

ÍNDICE

CONDIÇÕES GERAIS	3
CLÁUSULA PRELIMINAR	3
CLÁUSULA 1.ª – DEFINIÇÕES.....	3
CLÁUSULA 2.ª - OBJETO E ÂMBITO DO CONTRATO	6
CLÁUSULA 3.ª – CO-SEGURO	7
CLÁUSULA 4.ª - ÂMBITO TERRITORIAL.....	8
CLÁUSULA 5.ª - VALORES DO SEGURO	8
CLÁUSULA 6.ª - PESSOAS SEGURAS	9
CLÁUSULA 7.ª - PERÍODO DE CARÊNCIA	9
CLÁUSULA 8.ª – EXCLUSÕES GERAIS.....	10
CLÁUSULA 9.ª – INÍCIO E DURAÇÃO DO CONTRATO	13
CLÁUSULA 10.ª – FINALIZAÇÃO DO PERÍODO DE PRÉ-EXISTÊNCIAS PARA DOENÇAS DECLARADAS	14
CLÁUSULA 11.ª – ALTERAÇÕES CONTRATUAIS.....	14
CLÁUSULA 12.ª – TERMO DO CONTRATO	16
CLÁUSULA 13.ª – CÁLCULO DO PRÉMIO.....	18
CLÁUSULA 14.ª – PAGAMENTO DO PRÉMIO	18
CLÁUSULA 15.ª – FALTA DE PAGAMENTO DO PRÉMIO.....	19
CLÁUSULA 16.ª – OBRIGAÇÕES E DIREITOS.....	20
CLÁUSULA 17.ª – SINISTROS: ACESSO, PROCEDIMENTOS E REGULARIZAÇÕES.....	20
CLÁUSULA 18.ª – ATRIBUIÇÃO DE BÔNUS ANUAL	22
CLÁUSULA 19.ª – PLURALIDADE DE SEGUROS	23
CLÁUSULA 20.ª – SUB-ROGAÇÃO	23
CLÁUSULA 21.ª – PROTEÇÃO DE DADOS E CONFIDENCIALIDADE.....	24
CLÁUSULA 22.ª – COMUNICAÇÕES E NOTIFICAÇÕES ENTRE AS PARTES	25
CLÁUSULA 23.ª – INTERVENÇÃO DE DISTRIBUIDOR DE SEGUROS.....	25
CLÁUSULA 24.ª – RECLAMAÇÕES.....	25
CLÁUSULA 25.ª – RESPONSABILIZAÇÃO POR PRÁTICAS MÉDICAS	26
CLÁUSULA 26.ª – LEI APLICÁVEL, FORO E ARBITRAGEM	26
CONDIÇÕES ESPECIAIS	27
CAPÍTULO I – COBERTURAS BASE	27
CLÁUSULA 1.ª – INTERNAMENTO HOSPITALAR.....	27
CLÁUSULA 2.ª – PARTO	29

CLÁUSULA 3.ª – CONSULTAS, TRATAMENTOS E EXAMES	30
CLÁUSULA 4.ª – SUBSÍDIO DIÁRIO POR INTERNAMENTO HOSPITALAR	32
CLÁUSULA 5.ª – PORTABILIDADE AO ESTRANGEIRO	33
CLÁUSULA 6.ª – DOENÇAS GRAVES EM PORTUGAL	34
CLÁUSULA 7.ª – DOENÇAS GRAVES INTERNACIONAL.....	35
CLÁUSULA 8.ª – ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE A PREÇOS CONVENCIONADOS	40
CLÁUSULA 9.ª – ACESSO À REDE BEM-ESTAR.....	40
CLÁUSULA 10.ª – MÓDULO DE HIGIENE E PREVENÇÃO ORAL.....	41
CLÁUSULA 11.ª – MÉDICO 24/7.....	41
CLÁUSULA 12.ª – SEGUNDA OPINIÃO MÉDICA INTERNACIONAL.....	42
CLÁUSULA 13.ª – ASSISTÊNCIA EM PORTUGAL	43
CLÁUSULA 14.ª – ASSISTÊNCIA EM VIAGEM NO ESTRANGEIRO.....	45
ASSISTÊNCIA – TABELA DE LIMITES DE INDEMNIZAÇÃO	48
CAPÍTULO II - COBERTURAS COMPLEMENTARES	48
CLÁUSULA 15.ª - MEDICAMENTOS	49
CLÁUSULA 16ª - ÓCULOS E OUTRAS ORTÓTESES E PRÓTESES	49
CLÁUSULA 17.ª - ESTOMATOLOGIA	49

CONDIÇÕES GERAIS

CLÁUSULA PRELIMINAR

Entre o Segurador e o Tomador de Seguro identificado nas Condições Particulares, estabelece-se o presente Contrato de Seguro de Saúde, que, no âmbito e nos termos do regime jurídico do contrato de seguro, se regula por estas Condições Gerais, pelas Condições Especiais e pelas Condições Particulares da Apólice, contratada em conformidade com as declarações constantes da Proposta de Seguro que lhe serviu de base e que dela faz parte integrante.

CLÁUSULA 1.ª – DEFINIÇÕES

As definições constantes do presente contrato visam esclarecer o sentido das suas disposições e as expressões que correspondam a definições legais ou a conceitos médicos valerão com o sentido previsto na lei ou atribuído pela ordem dos médicos.

Acidente – Acontecimento fortuito, súbito e anormal, devido a causa exterior e alheia à vontade da Pessoa Segura, que lhe provoque uma lesão corporal. São equiparadas a acidente situações de afogamento, inalações de gases ou vapores e envenenamento.

Agregado familiar – Conjunto formado pela Pessoa Segura e:

- o seu cônjuge ou pessoa que com ele viva em união de facto;
- os seus descendentes ou ascendentes em linha reta ou colateral até ao 2.º grau e que se encontrem na dependência económica da Pessoa Segura.

Apólice – Documento que titula o contrato celebrado entre o Tomador do Seguro e o Segurador, e que inclui a Proposta de Seguro, as Condições Gerais, as Condições Especiais, as Condições Particulares e todas as atas adicionais que lhe sejam aplicáveis.

Ata adicional – Documento que formaliza uma alteração à Apólice.

Capitais, Limites e Sublimites de Responsabilidade Garantidos – Valores máximos da responsabilidade do Segurador, por Pessoa Segura e por anuidade ou por vida, conforme fixado nas Condições Especiais e nas Condições Particulares.

Capital Máximo por Vida – Montantes máximos disponíveis, por Pessoa Segura e pelo período total de duração do contrato, até aos quais o Segurador participará sinistros elegíveis, estipulados nas Condições Particulares.

Capital Seguro Universal – Montante máximo de participação de despesas de saúde disponível, por anuidade e por Pessoa Segura, estipulado nas Condições Particulares.

Código de Nomenclatura e Valor Relativo de Atos Médicos (CNVRAM) – Sistema de classificação de atos médicos, designado por Código de Nomenclatura e Valores Relativos de Atos Médico (versão de 1997), caracterizado pela associação de valores relativos (C e K) a cada ato, o que permite a sua valorização em número de “K” (fator indicativo da complexidade de cada ato médico) e/ou “C” (quantificação do custo técnico dos atos médicos).

Comparticipação – Montante das despesas médicas a cargo do Segurador.

Condições Especiais – Disposições contratuais que se destinam a esclarecer, completar ou especificar disposições das Condições Gerais.

Condições Gerais – Disposições contratuais que definem o enquadramento, os princípios gerais e as obrigações genéricas e comuns relativos ao contrato de seguro, aplicando-se a todos os contratos relativos a um mesmo ramo, modalidade ou operação de seguros.

Condições Particulares – Disposições que identificam cada contrato de seguro e individualizam as suas condições.

Copagamento – Parte das despesas médicas que fica a cargo da Pessoa Segura, paga diretamente ao prestador e cujo montante ou percentagem se encontra estipulado nas Condições Particulares ou Especiais.

Dedução – Montante estipulado nas Condições Particulares, que é deduzido pelo Segurador na altura do processamento de um pedido de reembolso.

Despesa Médica – Despesa realizada pela Pessoa Segura para aquisição de serviços clinicamente necessários, desde que prescritos ou realizados por um médico, para tratamento de doença ou de lesão resultante de acidente, durante a vigência do contrato.

Doença – Alteração do estado de saúde, estranha à vontade da Pessoa Segura e não causada por acidente, que se revele por sinais ou sintomas manifestos e seja reconhecida como tal por Médico.

Doença Manifestada ou Pré-existente – Toda a doença que tenha sido objeto de um diagnóstico inequívoco ou que, com suficiente grau de evidência, se tenha revelado, dando ou não lugar ao respetivo tratamento.

Doença ou Malformação Congénita – Doença e/ou malformação na constituição de um órgão ou conjunto de órgãos que determine uma anomalia morfológica estrutural que seja diagnosticada ou identificada durante a gravidez e até 30 dias após o nascimento, devido a causa genética, ambiental ou mista.

Doença súbita – Toda a doença que requeira tratamento de urgência em hospital, quer em regime de internamento, quer em regime ambulatorio.

Entidade Gestora – Entidade que organiza, administra e controla a rede de prestadores de cuidados médicos e gere, em nome e por conta do Segurador, as prestações devidas ao abrigo do presente contrato.

Episódio agudo de doença - Dias de tratamento, em regime de internamento, ou em regime ambulatorio, na fase aguda da doença, caracterizados pelo exacerbamento dos sintomas devido à presença continua do fator desencadeante e durante os quais o principal objetivo clínico é desenvolver uma, ou mais, das seguintes prestações médicas:

- Curar a doença ou proporcionar o tratamento definitivo da lesão;
- Realizar uma cirurgia;
- Aliviar os sintomas da doença ou lesão, excluindo os cuidados paliativos;
- Reduzir a severidade da doença ou lesão;
- Proteger contra a exacerbação e/ou complicação de uma doença e/ou danos que poderiam ameaçar a vida ou funções normais;
- Assistir o trabalho de parto.

Episódio crónico de doença – Dias de tratamento em fase crónica de doença, desde a data de admissão até à data de alta.

Franquia / Franquia Universal – Parcela do risco, expressa em valor, dias ou percentagem que, em caso de sinistro, fica a cargo da Pessoa Segura e cujo montante se encontra estipulado nas Condições Especiais e/ou Particulares da Apólice.

Hospital – O estabelecimento público ou privado, legalmente reconhecido, qualquer que seja a sua designação (nomeadamente as de hospital ou clínica), dotado de uma direção técnica e de uma administração própria, oficialmente reconhecido como destinado e habilitado ao tratamento de doentes, acidentados ou grávidas e recém-nascidos e que disponha permanentemente (24 horas por dia) de assistência médica, cirúrgica e de enfermagem. Excluem-se, expressamente, casas de repouso e de convalescença, bem como termas, sanatórios, lares de terceira idade, centros de tratamento de toxicodependentes e alcoólicos e outras instituições similares.

Intervenção Cirúrgica – Um ou mais atos operatórios inseridos no capítulo “Cirurgia” do CNVRAM.

Equiparam-se a cirurgias, para efeitos da cobertura da apólice, os atos médicos classificados no CNVRAM como técnicas invasivas, diagnósticas ou terapêuticas, do foro cardiovascular.

Intervenção Cirúrgica Grande – Todo o ato médico inserido no capítulo “Cirurgia” do CNVRAM e classificado pela Ordem dos Médicos com um grau de complexidade igual ou superior a 50 K. Equiparam-se as técnicas invasivas, diagnósticas ou terapêuticas do foro Cardiovascular com mais de 50 K.

Intervenção Cirúrgica Pequena – Todo o ato médico inserido no capítulo “Cirurgia” do CNVRAM e classificado pela Ordem dos Médicos com um grau de complexidade inferior a 50 K. Apenas podem ser realizados como tratamentos ambulatoriais, não dando origem a qualquer internamento ou constituição de equipa cirúrgica.

Medicamento – Agente, substância ou composto que se administra no interior ou exterior da pessoa com objetivo terapêutico.

Médico – O licenciado por uma Faculdade de Medicina, legalmente autorizado a exercer a sua profissão no país onde o ato médico tiver lugar e inscrito na Ordem dos Médicos ou organismo equivalente nesse país.

Ortótese – Aparelho que auxilia na execução da função de um órgão ou membro.

Pequena Cirurgia em ambiente hospitalar – São entendidas como tal as situações em que é realizado um ato cirúrgico ou outro equiparado, cujo grau de complexidade estipulado no CNVRAM seja superior ou igual a 50K, mas que não requeira a permanência, da Pessoa Segura intervencionada, em regime de hospitalização. Nestas situações serão também participados os honorários médicos da equipa cirúrgica, os custos com o Bloco operatório ou com o Recobro ou com a Sala de Reanimação (um ou outro), com os medicamentos administrados e demais despesas com serviços clinicamente necessários,

prestados ou administrados exclusivamente no dia da cirurgia efetuada.

Período de Carência – Prazo que decorre entre a data de inclusão de cada pessoa na apólice e a data de entrada em vigor das coberturas.

Pessoa Segura – Pessoa singular identificada nas Condições Particulares, cuja saúde ou Integridade física se segura.

Portabilidade - Benefício que permite à Pessoa Segura estender as coberturas contratadas ao estrangeiro e cujas condições de utilização estão definidas nas Condições Especiais e Particulares.

Pré-Autorização – Aprovação ao acesso a serviços clínicos solicitados pelas Pessoas Seguras, dado pelo Segurador, através dos seus serviços clínicos ou dos serviços clínicos da Entidade Gestora.

Prémio – Contrapartida devida pelo Tomador do Seguro ao Segurador pelas coberturas acordadas, incluindo os encargos fiscais e parafiscais que lhe correspondam.

Prestações Convencionadas – Serviços de cuidados de saúde realizados na rede de prestadores. A Entidade Gestora assegura, pelo Segurador, o pagamento direto aos prestadores da comparticipação do Segurador nas despesas médicas, até ao limite estabelecido nas Condições Particulares.

Prestações por Reembolso – Serviços de cuidados de saúde nos quais as despesas são pagas pela Pessoa Segura, sendo posteriormente participados pelo Segurador, nos termos do disposto nas Condições Particulares.

Proposta – Documento, normalmente correspondente a um formulário a preencher e assinar pelo Tomador de Seguro e pelas Pessoas Seguras, do qual constam os elementos de informação essenciais para a apreciação do risco proposto e que, se aceite, constituirá base essencial do contrato. Quando a proposta respeite ao

agregado familiar, a aceitação ou recusa da cobertura proposta será decidida individualmente.

Prótese – Aparelho ou dispositivo utilizado para substituir total ou parcialmente a função de um órgão ou membro destruído ou gradualmente afetado.

Prótese Intracirúrgica – Elemento que é implantado no interior do corpo de forma temporária ou permanente mediante técnica especial cirúrgica.

Questionário Clínico – Documento, anexo à proposta, destinado a recolher as declarações das Pessoas Seguras sobre o seu estado de saúde e os seus antecedentes, e que constituirá base essencial do contrato e da decisão do Segurador sobre a aceitação ou a recusa do risco proposto.

Rede de Prestadores – Conjunto de profissionais e prestadores de cuidados de saúde, como médicos, hospitais, clínicas, centros de diagnóstico e outras unidades habilitadas para a prestações de cuidados médicos ou serviços complementares, indicados pelo Segurador ou pela Entidade Gestora, ainda que atuando de forma autónoma. A constituição desta rede poderá variar no tempo sem que isso possa ser tido como uma qualquer modificação do contrato de seguro e sem que isso torne o Segurador responsável pelos cuidados profissionais que de forma livre e independente sejam chamados a prestar.

Reembolso Máximo – Valor máximo reembolsável por consulta após dedução da franquia e aplicação da percentagem de comparticipação pelo Segurador.

Residência Permanente – São considerados como residentes em território português as Pessoas Seguras que nele hajam permanecido mais de 183 dias, seguidos ou interpolados.

Segurador – Entidade(s) legalmente autorizada(s) a exercer a atividade seguradora e que subscreve(m) com o Tomador de Seguro o contrato de seguro.

Serviços Clinicamente Necessários – Bens, Serviços ou Cuidados de Saúde considerados pelo Segurador, ou pela Entidade Gestora, como:

- Adequados à situação diagnosticada;
- De reconhecida validade clínica;
- Prescritos e/ou realizados por médico ou outros profissionais da saúde;
- Prestados da forma mais eficiente em termos de custo e mais adequada ao tipo de serviço a prestar.

Tomador do Seguro – Pessoa singular ou coletiva que, por sua conta ou por conta de uma ou várias outras pessoas, celebra o contrato de seguro com o Segurador, sendo responsável pelo pagamento dos prémios.

Urgência Médica – Condição clínica grave manifestada subitamente ou episódio agudo de doença, sobre a qual qualquer pessoa, mesmo que leiga em assuntos médicos, reconheça a necessidade de recurso imediato a cuidados médicos profissionais, sob pena de se poderem produzir os seguintes efeitos:

- Sério agravamento do estado de saúde;
- Comprometimento das funções corporais;
- Disfunção orgânica grave;
- Em caso de acidente, feridas abertas.

CLÁUSULA 2.ª - OBJETO E ÂMBITO DO CONTRATO

1. COBERTURAS BASE

O contrato de seguro inclui, nos termos e limites fixados nas Condições Especiais e Particulares, as seguintes coberturas:

- Internamento Hospitalar;**
- Parto;**
- Consultas, Tratamentos e Exames;**
- Subsídio Diário por Internamento Hospitalar;**
- Portabilidade ao Estrangeiro;**

- f) Doenças Graves em Portugal;
- g) Doenças Graves Internacional;
- h) Acesso a Cuidados de Saúde a preços convencionados;
- i) Acesso à Rede Bem-Estar;
- j) Módulo de Higiene e Prevenção Oral;
- k) Médico 24/7;
- l) Segunda Opinião Médica Internacional;
- m) Assistência em Portugal;
- n) Assistência em Viagem no Estrangeiro.

2. COBERTURAS COMPLEMENTARES

O contrato de seguro, se contratadas as coberturas complementares, inclui:

- a) Medicamentos;
- b) Óculos e outras Ortóteses e Próteses;
- c) Estomatologia.

3. As coberturas do presente contrato, identificadas nas Condições Particulares, podem integrar, em consequência de doença manifestada ou acidente ocorrido durante a sua vigência, prestações por reembolso, prestações convencionadas, atribuição de um subsídio diário por internamento hospitalar, acesso à rede e serviços de assistência.

4. Em caso de Prestações por Reembolso, a Pessoa Segura liquida ao prestador o montante total da despesa. A participação do Segurador é feita à Pessoa Segura de acordo com os limites fixados nas Condições Particulares e concorre para o limite anual fixado nas mesmas.

5. Em caso de Prestações Convencionadas, a Pessoa Segura liquida ao prestador apenas o montante a seu cargo. A participação do Segurador é paga diretamente ao prestador e

concorre para o limite anual fixado nas Condições Particulares.

6. Quaisquer avanços científicos, nas áreas de diagnóstico e terapêutica, ocorridos durante o período de vigência da apólice de seguro serão tidos em conta no âmbito do presente contrato, desde que confirmados pelas autoridades competentes ou considerados como tratamento generalizado pelo Serviço Nacional de Saúde.

7. Em caso de não renovação do contrato ou da cobertura, e desde que o mesmo risco não passe a estar coberto por outro contrato de seguro posterior, o Segurador assumirá, nos termos legais aplicáveis – durante os dois anos posteriores ao momento da cessação do contrato, e até que se mostre esgotado o capital seguro no último período de vigência do contrato ou da cobertura – as prestações relativas a cuidados médicos decorrentes de acidente ocorrido ou doença manifestada durante a vigência do contrato ou da cobertura, desde que tais cuidados se devessem considerar garantidos, não fora a não renovação do contrato. Para que este prolongamento se possa verificar deve o Segurador ser informada da doença ou acidente nos 30 dias imediatos ao termo do contrato, salvo justo impedimento.

CLÁUSULA 3.ª – CO-SEGURO

1. O presente Contrato de Seguro de Saúde poderá ser celebrado em regime de co-seguro entre o Tomador do Seguro e o Segurador, nos termos acordados nas Condições Particulares, onde se estipulará, designadamente, a identificação da seguradora líder do co-seguro e a quota-parte do risco garantido ou a parte percentual do capital seguro assumido por cada co-segurador.

2. A responsabilidade dos co-seguradores não é solidária.
3. Sem prejuízo do estipulado em lei e no presente Contrato de Seguro de Saúde, sempre que estiver determinado nas Condições Particulares que o presente Contrato de Seguro de Saúde se encontra sujeito ao regime do co-seguro, caberá ao líder do co-seguro as seguintes funções:
 - a) Receber do Tomador do Seguro a declaração do risco a segurar, bem como as declarações posteriores de agravamento ou de diminuição desse mesmo risco;
 - b) Fazer a análise do risco, estabelecer as condições do Contrato de Seguro de Saúde e emitir a Apólice;
 - c) Proceder à cobrança dos prémios, emitindo os respetivos recibos;
 - d) Desenvolver, se for caso disso, as ações previstas nas disposições legais aplicáveis em caso de falta de pagamento de um prémio ou de uma fração de prémio;
 - e) Receber as participações de sinistros e proceder à sua regularização e liquidação de acordo com as coberturas consignadas no presente Contrato de Seguro de Saúde;
 - f) Aceitar e propor a cessação do presente Contrato de Seguro de Saúde.

CLÁUSULA 4.ª - ÂMBITO TERRITORIAL

1. **As coberturas de Internamento Hospitalar, Consultas, Tratamentos e Exames e Parto, são válidas em Portugal e no resto do mundo, sempre que a(s) pessoa(s) segura(s) tenha(m) residência permanente em Portugal e de acordo com o definido no âmbito da Portabilidade ao Estrangeiro.**
2. **Se contratadas as Coberturas Complementares, as coberturas de Medicamentos, Óculos e outras Ortóteses e Próteses e Estomatologia, são válidas em**

Portugal e no resto do mundo, sempre que a(s) pessoa(s) segura(s) tenha(m) residência permanente em Portugal e de acordo com o definido no âmbito da Portabilidade ao Estrangeiro.

3. **A cobertura de Subsídio Diário por Internamento Hospitalar é válida em todo o mundo.**
4. **A cobertura de Acesso a Cuidados de Saúde a Preços Convencionados é válida para os cuidados prestados em Portugal e é limitado à rede de prestadores disponibilizados pela Entidade Gestora.**
5. **Relativamente às restantes coberturas o âmbito territorial encontra-se definido na respetiva Condição Especial.**

CLÁUSULA 5.ª - VALORES DO SEGURO

1. A participação, o limite de responsabilidade e todos os outros valores do seguro aplicáveis a cada cobertura contratada estão fixados nas Condições Particulares.
2. Serão consideradas no âmbito do capital seguro universal as despesas de saúde enquadradas no contrato de seguro, com exceção de despesas relativas à cobertura de Doenças Graves Internacional e despesas referentes a Enfermagem ao domicílio incluída na cobertura de Assistência em Portugal.
3. Caso, no decurso duma anuidade, o capital seguro universal seja esgotado, será disponibilizado novo montante de igual valor, sem pagamento de prémio adicional, que poderá ser utilizado conforme descrito na Cláusula 6.ª das Condições Especiais.
4. Para o apuramento da Franquia Universal, se aplicável, não serão consideradas:

- a) Despesas não enquadráveis no contrato;
 - b) Valores recebidos no âmbito da cobertura de Subsídio Diário por Internamento Hospitalar;
 - c) Pagamentos efetuados pela Pessoa Segura por tratamentos não incluídos nos cuidados básicos da cobertura de Módulo de Higiene e Prevenção Oral;
 - d) Despesas efetuadas no âmbito da cobertura de Doenças Graves Internacional;
 - e) Despesas efetuadas no âmbito da cobertura de Segunda Opinião Médica;
 - f) Copagamentos no âmbito da cobertura de Assistência em Portugal;
 - g) Despesas suportadas pela Pessoa Segura ao abrigo da cobertura Rede Bem-Estar;
 - h) Despesas que excedam os limites da cobertura de Assistência em Viagem no Estrangeiro.
5. Os valores do seguro podem ser alterados no vencimento do contrato mediante aviso ao Tomador do Seguro com uma antecedência mínima de 30 dias.

CLÁUSULA 6.ª - PESSOAS SEGURAS

1. Beneficiam das coberturas conferidas pelo presente contrato as Pessoas Seguras que, à data da proposta de seguro ou da proposta de inclusão na Apólice, satisfaçam, cumulativamente, as seguintes condições:
 - a) Representem um risco segurável conforme os parâmetros de avaliação e os critérios de aceitação fixados pelo Segurador;
 - b) Preencham com verdade, exatidão, sem reservas e assinem o questionário clínico;
 - c) Aceitem as regras aplicáveis ao funcionamento e à utilização do contrato;
 - d) Sejam aceites pelo Segurador, expressamente e nas condições que resultem do regime legal do contrato de seguro.

2. A formalização do seguro é feita pelo Segurador através da emissão de uma Apólice e também de um Cartão Individual relativo a cada Pessoa Segura.

CLÁUSULA 7.ª - PERÍODO DE CARÊNCIA

1. COBERTURAS BASE

Salvo disposição em contrário, todos os cuidados de saúde ao abrigo das Coberturas Base consideram-se garantidos após o decurso de 60 dias a contar da data de início do contrato ou da adesão das Pessoas Seguras.

Aplica-se um período de carência de 180 dias para as situações de primeiro diagnóstico ao abrigo da cobertura de Doenças Graves Internacional.

Aplica-se um período de carência de 365 dias para:

- a) **Intervenção cirúrgica e tratamento às varizes;**
- b) **Intervenção cirúrgica a hérnias;**
- c) **Litotricia renal, vesicular e vesical;**
- d) **Hemorroidectomia;**
- e) **Intervenção cirúrgica a úlcera gastroduodenal;**
- f) **Histerectomia ou qualquer outra doença do foro ginecológico por patologia benigna;**
- g) **Mastectomia por patologia benigna;**
- h) **Tiroidectomia por patologia benigna;**
- i) **Colecistectomia;**
- j) **Gravidez, Parto e Interrupção Involuntária da Gravidez;**
- k) **Artroscopia, meniscectomia e ligamentoplastia;**
- l) **Uvulopalatoplastia;**
- m) **Extração de lesões benignas da pele, tais e como nevos, sinais, quistos e verrugas;**
- n) **Tratamentos refrativos à miopia, astigmatismo, hipermetropia e presbiopia (cirúrgicos ou a laser), para situações em que o equivalente esférico, por olho, é superior a 6 dioptrias;**

- o) Cirurgias a Cataratas e vitrectomias;
- p) Todas as patologias do foro otorrinolaringologia;
- q) Hemodiálise;
- r) Prostatectomia por patologia benigna e demais cirurgias ao aparelho urinário por patologia benigna.

O período de carência não se aplica em caso de acidente que requeira tratamento de urgência em hospital, quer em regime de internamento, quer em regime ambulatorio. Também não se aplica a:

- a) Assistência em Portugal;
- b) Médico 24/7;
- c) Segunda Opinião Médica Internacional;
- d) Acesso à Rede Bem-Estar;
- e) Acessos a Cuidados de Saúde a preços convencionados;
- f) Módulo de Higiene e Prevenção Oral;
- g) Assistência em Viagem no Estrangeiro.

2. COBERTURAS COMPLEMENTARES

Todos os cuidados de saúde ao abrigo das Coberturas Complementares (coberturas de Medicamentos, Óculos e Outras Ortóteses e Próteses e Estomatologia) consideram-se garantidos após o decurso de 120 dias a contar da data de início do contrato ou da adesão das Pessoas Seguras.

CLÁUSULA 8.ª – EXCLUSÕES GERAIS

Salvo disposição em contrário, ficam excluídas do contrato as prestações relativas ou decorrentes de:

- a) Doença ou gravidez manifestada, ou acidente ocorrido, antes da data de inclusão da pessoa no seguro, exceto situações expressamente aceites pelo Segurador;

- b) Situações de anomalia física ou funcional, congénitas ou não, manifestadas ou ocorridas antes da data da inclusão da pessoa no seguro, salvo quando se trate de recém-nascidos incluídos na Apólice desde o seu nascimento;
- c) Doenças crónicas do foro psíquico, ficando todas as outras doenças do mesmo foro sujeitas aos seguintes limites:
 - i. 15 dias de Internamento Hospitalar por anuidade em caso de episódio agudo;
 - ii. 10 consultas de psiquiatria por anuidade;
- d) Transtornos de alienação mental, estados de depressão psíquica, neuroses ou psicoses, esquizofrenias e psicoses afetivas, quaisquer que sejam as suas manifestações clínicas. Excluem-se ainda a hipnose e terapia do sono;
- e) Cirurgia, consultas, exames e tratamentos de carácter estético ou plástico e reconstrutivo, nomeadamente, de entre outros, mamoplastias, abdominoplastias, rinoplastias não sendo motivo válido razões psicológicas. Excetuam-se desta exclusão, situações em consequência de acidente ocorrido na vigência do contrato ou doença maligna, confirmada por exame anátomo-patológico e manifestada durante a vigência desta apólice e as intervenções decorrentes como consequência de cirurgias bariátricas ao abrigo da apólice por Obesidade Mórbida;
- f) Cirurgia, consultas, exames, e tratamentos de obesidade. Estão, no entanto, incluídas as cirurgias Bariátricas praticadas para tratamento e a correção da obesidade mórbida desenvolvida durante a vigência do contrato e suas consequências, nos casos em

- que o IMC “Índice de Massa Corporal” seja igual ou superior a 40 (IMC= peso/altura²), limitando-se a um benefício único para toda a vida do contrato, estipulado nas Condições Particulares. Uma vez esgotado este sublimite o benefício não será elegível para futuras renovações do contrato;
- g) Tratamentos de esclerose de varizes de carácter predominantemente estético e sem manifestações validadas através de eco-doppler;
- h) Todas e quaisquer técnicas cirúrgicas ou a laser, destinadas a corrigir erros de refração de miopia, astigmatismo, hipermetropia e presbiopia, salvo as situações em que o equivalente esférico seja superior a 6 dioptrias, por olho;
- i) Tratamentos com recurso à utilização de Fatores de Crescimento em lesões osteo-articulares;
- j) Tratamentos realizados com recurso a Câmara Hiperbárica, com exceção das situações decorrentes da necessidade de descompressão e até um sublimite indicado nas Condições Particulares;
- k) Embolizações uterinas para tratamento ou diagnóstico de miomas, exceto se clinicamente justificados;
- l) Infertilidade (consultas, testes, exames, medicamentos, tratamentos e cirurgias) e inseminação artificial, bem como os partos múltiplos decorrentes destes tratamentos;
- m) Interrupção voluntária da gravidez (IVG), mesmo que devida a causa que legitime a sua realização no prazo mais alargado previsto na Lei, assim como todos os atos médicos com ela relacionados;
- n) Laqueação de trompas, vasectomia, colocação de DIU, ou outros tratamentos anticoncepcionais, bem como, as despesas efetuadas com o objetivo de reverter os efeitos de uma cirurgia de esterilização realizada voluntariamente;
- o) Disfunções sexuais, qualquer que seja a sua causa;
- p) Mudança de sexo ou relativas a qualquer tratamento por desordens do género e as complicações e as consequências da mesma;
- q) Hemodiálise crónica. Serão comparticipados exclusivamente os episódios agudos de insuficiência renal com recurso a Hemodiálise, até ao limite de sessões fixado nas Condições Particulares;
- r) Transplantes de órgãos e suas implicações, salvo convenção expressa em contrário nos termos da Condição Especial da cobertura Doenças Graves Internacional;
- s) SIDA e suas implicações ou das doenças dela resultantes ou do seu tratamento, incluindo a doença conhecida como “Kaposi Sarcoma”, bem como de hepatites virais e suas consequências;
- t) Queimaduras por exposição solar ou por utilização de solários, câmaras solares ou semelhantes e suas consequências;
- u) Lesões ou doenças provocadas por irradiações ou emanações nucleares ou ionizantes;

- v) Alcoolismo e tratamentos relativos a toxicodependência ou consumo de estupefacientes ou narcóticos, ainda que prescritos por médico;
- w) Ação ou omissão da Pessoa segura, influenciada pelo uso de estupefacientes (sem prescrição médica) ou bebidas alcoólicas de que resulte grau de alcoolemia igual ou superior àquele que, em caso de condução sob o efeito do álcool, determine a prática de contraordenação ou crime;
- x) Suicídio ou tentativa de suicídio da Pessoa Segura, bem como outros atos intencionais praticados sobre si própria;
- y) Atos praticados pela Pessoa Segura intencionalmente ou com negligência grave, designadamente atos temerários, apostas ou desafios;
- z) Ato criminoso ou contrário à ordem pública de que o Tomador de Seguro ou a Pessoa Segura seja autor(a) material ou moral ou de que seja cúmplice;
- aa) Intervenção em rixas, salvo em legítima defesa, própria ou alheia, de bens e pessoas;
- bb) Internamentos com o propósito de obter cuidados paliativos a longo prazo;
- cc) Internamentos com o propósito de receber tratamentos de Fisioterapia;
- dd) Quando a hospitalização tenha por objeto principal o diagnóstico, análises, radiografias ou radioscopia, exceto quando em consequência do referido diagnóstico e da posterior avaliação médica (relatório) a Pessoa Segura tenha necessidade de ficar internada;
- ee) Assistência e tratamento hospitalar por razões de carácter social ou sociofamiliar;
- ff) Tratamentos em termas, Spa, sanatórios, casas de repouso, lares de terceira idade, centros de tratamento de toxicodependentes e alcoólicos e outros estabelecimentos similares;
- gg) Prática profissional de desportos e acidentes ocorridos durante a participação em competições desportivas com veículos a motor ou nos respetivos treinos;
- hh) Acidentes ocorridos e doenças contraídas por força de calamidades naturais de tipo catastrófico, de atos de terrorismo, durante revoluções, devido à existência de um estado de guerra, declarado ou não;
- ii) Doenças infeto-contagiosas quando em situação de pandemia ou epidemia declarada;
- jj) Todas as despesas realizadas no âmbito da medicina regenerativa, biológica e da imunoterapia, assim como, qualquer meio de diagnóstico e/ou tratamento realizado no âmbito da terapia genética, estudos para a determinação do mapa genético e qualquer outra técnica;
- kk) Tratamentos, Hospitalizações ou Medicamentos e Produtos utilizados e realizados no âmbito de especialidades não reconhecidas pela Ordem dos Médicos, tais como, entre outras, homeopatia, osteopatia,

fitoterapia, quiroprática, psicologia, parapsicologia, etc;

ll) **Tratamentos, cirúrgicos ou outros, considerados experimentais ou de investigação;**

mm) **Check-up e exames gerais de saúde;**

nn) **Consultas ou exames médicos que sejam necessários para a emissão de certificados, declarações ou informação para qualquer tipo de documento que não tenha uma clara função assistencial;**

oo) **Despesas que sejam abrangidas por protocolos, sistemas ou subsistemas de saúde ou outras formas de participação a que a Pessoa Segura tenha direito ou de que beneficie, exceto na parte remanescente e não comparticipada pelos mesmos;**

pp) **Despesas realizadas com médicos que sejam: a própria Pessoa Segura, seu cônjuge, seus pais, sogros, filhos, irmãos ou cunhados;**

qq) **Doenças profissionais e acidentes de trabalho;**

rr) **Despesas com outros serviços que não sejam clinicamente necessários.**

CLÁUSULA 9.ª – INÍCIO E DURAÇÃO DO CONTRATO

1. Salvo disposição contratual ou legal diferente, o contrato de seguro ter-se-á normalmente por aceite na data em que o Segurador manifestar a sua aceitação da proposta do contrato de seguro ou de adesão.
2. Salvo quando o Tomador do Seguro for pessoa coletiva, considera-se aceite a proposta de seguro,

nos termos propostos, em caso de silêncio do Segurador, durante 14 dias, contados da data de receção da proposta do Tomador de Seguro, desde que devidamente preenchida e acompanhada dos documentos que o Segurador tenha indicado como necessários.

3. Considerar-se-ão como rececionadas, as propostas que tenham dado entrada na sede social do Segurador ou numa das suas delegações, ou pelos meios eletrónicos por si disponibilizados.
4. O Tomador do Seguro poderá invocar eventuais desconformidades entre o acordado e o conteúdo da Apólice no prazo de 30 dias contados a partir da data da sua entrega. Decorrido aquele prazo, só são invocáveis divergências que resultem de documento escrito ou de outro suporte duradouro.
5. **O presente contrato considera-se celebrado pelo período de um ano, podendo ser renovado por períodos idênticos e ajustado ao dia 1 do mês de início do contrato, desde que o prémio ou fração inicial seja previamente pago e produzirá os seus efeitos a partir das zero horas da data indicada nas Condições Particulares.**
6. O contrato objeto de prorrogação é considerado como contrato único.
7. **Sem prejuízo da possibilidade de resolução nos termos convencionados, não existe limite de idade para a cessação do contrato, com exceção da cobertura de Doenças Graves Internacional em que o respetivo benefício cessa na data de vencimento do contrato imediatamente a seguir à data em que a Pessoa Segura complete 70 anos.**
8. **Fixa-se a idade limite máxima de 64 anos para o início do contrato.**

9. Para os filhos e outros menores, adotados ou não, fixa-se a idade limite máxima de 29 anos para o início do seguro no mesmo contrato do agregado familiar.
10. Não será aceite a subscrição de contratos por menores de 12 anos, sem que seja também incluído, como Pessoa Segura, um dos pais ou o respetivo tutor legal. Excetuam-se as situações em que os pais ou respetivos tutores legais sejam já Pessoas Seguras no Segurador, ao abrigo de outros seguros, nomeadamente de Grupo, que não possibilitem a inclusão dos respetivos agregados familiares.

CLÁUSULA 10.ª – FINALIZAÇÃO DO PERÍODO DE PRÉ-EXISTÊNCIAS PARA DOENÇAS DECLARADAS

1. Após a prorrogação contínua do presente contrato, por 5 períodos iguais e sucessivos de um ano, sem que se tenha verificado qualquer interrupção, o Segurador revogará a aceitação clínica restritiva que tenha sido aplicada de forma temporária e que se encontre referida como tal nas Condições Particulares.
2. No âmbito das coberturas Doenças Graves Internacional e Doenças Graves em Portugal nunca serão revogadas as doenças pré-existent.

CLÁUSULA 11.ª – ALTERAÇÕES CONTRATUAIS

1. Inclusão de Pessoas Seguras

Durante a vigência do contrato o Tomador do Seguro pode pedir a inclusão de pessoas que façam parte do seu agregado familiar.

A estas Pessoas Seguras serão aplicados os períodos de carência previstos na cláusula 7.ª destas condições, beneficiando as mesmas dos

limites de cobertura e prestações que estiverem em vigor na anuidade em que for solicitada a sua inclusão.

A inclusão de recém-nascidos num contrato que tenha como Pessoa Segura pelo menos um dos Pais durante uma anuidade completa é aceite, sem aplicação de períodos de carência, sem doenças preexistentes e sem exclusão de doenças e malformações congénitas. Para aplicação destas condições, a adesão deve ser feita nos primeiros 30 dias de vida do recém-nascido, mediante o preenchimento de proposta de inclusão sem necessidade de preenchimento de questionário clínico. Neste caso, aceite a inclusão do recém-nascido como Pessoa Segura, será devido o correspondente prémio a partir do seu nascimento. Para efeitos desta inclusão, poderá ser enviada cópia da certidão de nascimento, mas deverá ser apresentado o respetivo NIF do recém-nascido.

2. Exclusão de Pessoas Seguras

Durante a vigência do contrato o Tomador do Seguro pode pedir, por escrito, a exclusão de pessoas que façam parte do seu agregado familiar. A exclusão só produzirá efeito na data de renovação do contrato, salvo em caso de falecimento da Pessoa Segura ou em caso de divórcio ou separação judicial de pessoas e bens. Apenas nestes casos específicos, o Segurador estornará o prémio relativo ao período já pago e ainda não decorrido e não cobrará os prémios vincendos.

Os filhos das Pessoas Seguras que deixem de se enquadrar na definição de agregado familiar podem, no prazo de 30 dias após a exclusão do seguro, subscrever um novo contrato dentro dos planos e regras de subscrição que o Segurador tenha disponível na altura.

3. Transferência de Pessoas Seguras

É possível a contratação de apólices individuais por transferência nas seguintes condições:

- O plano anteriormente em vigor tenha, pelo menos, um ano de antiguidade;
- Não exista um diferimento superior a 30 dias entre a data efeito da anulação do anterior contrato e o pedido de transferência;
- A data de início da nova apólice coincida com a data fim da apólice anterior;
- A idade da pessoa a segurar na data da transferência seja inferior ou igual aos limites estabelecidos para a subscrição;
- A idade da pessoa a segurar no caso de apólices isoladas seja igual ou superior a 12 anos;
- Até ao limite dos capitais existentes no anterior contrato, não serão aplicados períodos de carência, com exceção da cobertura de Parto, que terá sempre período de carência de 365 dias, e da cobertura Doenças Graves Internacional, cuja carência é de 180 dias para o primeiro diagnóstico.

Para a formalização da nova apólice, para além do preenchimento da nova proposta e do questionário clínico será necessário anexar documentação comprovativa emitida pelo anterior Segurador, onde conste: data de início do contrato, quadro de coberturas em vigor à data de anulação, data de adesão das Pessoas Seguras, data efeito da anulação e motivo.

As doenças e lesões pré-existentes ficam excluídas da nova apólice, salvo convenção expressa em contrário nas Condições Particulares mediante o acordo prévio do Segurador.

Os pedidos de transferência não terão aceitação automática. Será decisão do Segurador a aceitação de cada pedido de transferência.

4. Alterações ao Contrato

- a) **O Segurador poderá propor a alteração dos valores da apólice (copagamento, comparticipação, franquias, limite de responsabilidade e todos os outros valores do Seguro), bem como dos critérios de utilização da Rede de Prestadores, para vigorar na anuidade seguinte, desde que tais alterações sejam comunicadas ao Tomador do Seguro com antecedência não inferior a 30 dias em relação à data de renovação do contrato.**

As alterações ter-se-ão por aceites se o Tomador de Seguro nada disser no prazo de 30 dias contados da receção da proposta.

Caso as alterações propostas pelo Segurador não sejam aceites, o contrato resolver-se-á no termo do prazo contratual em curso, salvo convenção em sentido contrário.

O Segurador comunicará ao Tomador de Seguro as novas condições do contrato através da emissão de uma ata adicional.

- b) **O Tomador de Seguro pode solicitar, por escrito, para produzir efeito na data de renovação do contrato e com uma antecedência mínima de 30 dias em relação a esta mesma data, as seguintes alterações:**

- **A mudança entre as modalidades VICTORIA Saúde Universal Ativo TOP e VICTORIA Saúde Universal Valor TOP, sem limite de idade, sem necessidade de preenchimento de questionário clínico e sem aplicação de período de carência. Se contratadas as Coberturas Complementares, mantém-se o**

histórico de evolução do capital das mesmas;

- A inclusão das Coberturas Complementares, sem limite de idade e sem necessidade de preenchimento de questionário clínico, mas aplicando-se o respetivo período de carência a partir da data efeito da alteração;
- A exclusão das Coberturas Complementares, se previamente contratadas.

CLÁUSULA 12.ª – TERMO DO CONTRATO

1. Nos termos legais e contratuais, e sem prejuízo do que resulte da impossibilidade do objeto ou do regime aplicável ao pagamento dos prémios dos seguros, o presente Contrato pode cessar pela verificação do momento ou da condição prevista para o seu termo ou ainda por denúncia, revogação ou resolução.
2. Têm-se por devidos os prémios anuais. O Segurador obriga-se no entanto a estornar o prémio *pro rata temporis* e de acordo com a lei, sempre que e apenas quando, por extinção do risco (por exemplo por morte da Pessoa Segura), o contrato ou a adesão ao seguro deva cessar antes do período de vigência acordado, e desde que não tenha havido pagamento da prestação decorrente de sinistro ou não se tenha convencionado diferentemente.
3. Quando o Tomador do Seguro seja pessoa singular, independentemente de o contrato de seguro ser ou não tido como “contrato de seguro celebrado à distância”, o mesmo poderá solicitar a sua livre resolução, sem

necessidade de fundamento específico e desde que o faça nos 30 dias a seguir à data da receção da Apólice em forma escrita ou por outro meio duradouro disponível e acessível ao Segurador.

A resolução terá efeito retroativo, podendo o Segurador ter direito às seguintes prestações:

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

A livre resolução não se aplica às Pessoas Seguras nos seguros de grupo.

4. O Segurador e o Tomador de Seguro podem a todo o tempo, revogar por mútuo acordo o contrato de seguro, salvo no caso de o Tomador de Seguro não coincidir com a Pessoa Segura, caso em que esta deverá dar o seu próprio consentimento.
5. O contrato pode ser denunciado por qualquer das partes com efeito no termo da anuidade que estiver em curso, mediante aviso prévio enviado com a antecedência de 30 dias relativamente à data da prorrogação do contrato.
6. O Segurador ou o Tomador de Seguro podem ainda resolver o contrato com justa causa, mediante correio registado.

O montante do prémio a devolver ao Tomador do Seguro em caso de cessação antecipada do contrato é calculado proporcionalmente ao período de tempo que decorreria da data da

cessação da cobertura até ao vencimento do contrato, salvo previsão de cálculo diverso pelas partes em função de razão atendível, como seja a cobertura de separação técnica entre a tarificação dos seguros anuais e a dos seguros temporários.

A resolução do contrato produz os seus efeitos às 24 horas do dia em que seja eficaz.

Sempre que o Tomador do Seguro não coincida com a Pessoa Segura, o Segurador deve avisar a Pessoa Segura da resolução do contrato logo que possível, no máximo até 20 dias após a não renovação ou a resolução.

A declaração de resolução do contrato produz efeitos decorridos 10 dias da data do seu envio.

7. A omissão ou inexatidão dolosa de quaisquer circunstâncias conhecidas do Tomador de Seguro ou das Pessoas Seguras e que este deva ter como razoavelmente significativas para a apreciação do risco pelo Segurador e que estão devidamente identificadas na Proposta e no Questionário Clínico, tornam o contrato de seguro anulável, mediante declaração enviada ao Tomador de Seguro, no prazo de três meses a contar do conhecimento daquele incumprimento, desde que não tenha ocorrido nenhum sinistro.

7.1. Nos termos desta Cláusula, entende-se por omissão ou inexatidão dolosa aquela que é propositada, ou seja, que tenha lugar por recurso a qualquer sugestão ou artifício com a intenção ou consciência de induzir ou manter em erro a outra parte.

7.2. O Segurador terá o direito de recusar qualquer sinistro que ocorra em momento anterior ou posterior ao do efetivo conhecimento de tais omissões

ou inexatidões dolosas ou durante o referido prazo de três meses.

8. Salvo nos casos em que tenha havido dolo ou negligência por parte do Segurador ou de algum seu representante, este terá, pelo menos, direito ao prémio proporcional correspondente. Mas nos casos em que tenha havido dolo do Tomador de Seguro ou das Pessoas Seguras, com o propósito de obter uma vantagem, o Segurador terá direito ao prémio devido até ao termo do contrato.

9. A falta de declaração exata de todas as circunstâncias conhecidas do Tomador de Seguro, que este deva ter como razoavelmente significativas para a apreciação do risco pelo Segurador e que foram devidamente identificadas na Proposta e no Questionário Clínico, e que se devam a negligência do Tomador de Seguro ou das Pessoas Seguras, permite àquele, mediante declaração a enviar ao Tomador de Seguro no prazo de três meses a contar do seu conhecimento:

a) Propor uma alteração do contrato, fixando um prazo não inferior a 14 dias para confirmação da aceitação;

b) Fazer cessar o contrato, demonstrando que o Segurador não teria celebrado o contrato se conhecesse as informações omitidas.

Deve entender-se por “todas as circunstâncias que conheça e razoavelmente deva ter por significativas para a apreciação do risco pelo segurador” as informações solicitadas pelo Segurador nos questionários da Simulação, do Questionário Clínico e da Proposta de Seguro bem

como circunstâncias cuja menção não seja solicitada em questionário fornecido pelo Segurador para o efeito.

10. Neste caso, o contrato cessará os seus efeitos logo que decorridos 30 dias após o envio da declaração de cessação ou 20 dias após a receção pelo Tomador de Seguro da proposta de alteração, caso este não lhe responda ou a rejeite expressamente.

11. No caso de ocorrer um sinistro, cuja verificação ou consequências tenham sido influenciadas por facto em relação ao qual tenha havido omissões ou inexatidões negligentes, o Segurador optará, então, por uma de duas hipóteses:

- a) O Segurador poderá cobrir o sinistro na proporção da diferença entre o prémio pago e o prémio que seria devido se, no momento da celebração do contrato, tivesse conhecido o facto omitido ou declarado inexatamente; ou
- b) O Segurador não cobrirá o sinistro, mas devolverá o prémio correspondente, se o risco em causa não fosse, em caso algum, aceite se tivesse conhecido tais omissões ou inexatidões.

12. Os deveres e obrigações de informação acima referidos, aplicam-se, na mesma medida, às declarações da(s) Pessoa(s) Segura(s) na parte aplicável.

CLÁUSULA 13.ª – CÁLCULO DO PRÉMIO

1. Sendo o contrato celebrado por um ano e podendo ser renovado por períodos idênticos, os prémios que sejam devidos na data de início de cada

anuidade serão calculados ou recalculados, de acordo com as tarifas em vigor, para o produto contratado, sem prejuízo do que for estabelecido nas Condições Particulares.

- 2. Todos os encargos que incidem sobre o prémio do contrato são da responsabilidade do Tomador.
- 3. Desde que assim acordado, nos contratos celebrados por um ano e renováveis anualmente, pode ser facilitado o fracionamento do pagamento do prémio, sendo da responsabilidade do Tomador os respetivos encargos.
- 4. Desde que comunicado com uma antecedência mínima de 30 dias, o Segurador pode proceder a um ajustamento do prémio, a cada data de vencimento, para fazer face à sinistralidade da carteira de contratos desta modalidade e à inflação dos custos de saúde.
- 5. O prémio será também ajustado tendo em conta a idade da Pessoa Segura no início de cada renovação do contrato.
- 6. No caso de o Tomador do Seguro entender não aceitar as alterações previstas nos pontos 4 e 5 da presente Cláusula, deverá comunicá-lo ao Segurador nos 15 dias seguintes à receção da comunicação, reservando-se então o Segurador o direito de denunciar o contrato.

CLÁUSULA 14.ª – PAGAMENTO DO PRÉMIO

1. O Prémio ou fração inicial tem-se por devido na data da celebração do contrato, pelo que a eficácia deste dependerá do respetivo pagamento. As frações seguintes do prémio inicial, o prémio de anuidades subsequentes e as sucessivas frações deste são devidos nas datas estabelecidas no contrato. A parte do prémio de montante variável que deva corresponder a acerto do seu valor ou a parte do prémio relativa a alterações

supervenientes do contrato só se terão por devidas nas datas indicadas nos respetivos avisos.

2. Salvo disposição contrária, a indicar nas Condições Particulares, o prémio do seguro poderá ser pago por cheque bancário ou referência multibanco, por transferência bancária ou débito direto, por vale postal ou outro meio eletrónico de pagamento quando implementado.

2.1. O pagamento do prémio por cheque bancário fica subordinado à condição da sua boa cobrança e, verificada esta, considera-se como data de liquidação a data da receção daquele;

2.2. O pagamento por débito direto fica subordinado à condição da não anulação posterior do débito, por retratação do autor do pagamento, no quadro de legislação especial que a permita;

2.3. A falta de cobrança do cheque ou a anulação do débito direto equivale à falta de pagamento do prémio, sem prejuízo de mora do Segurador na receção do prémio.

3. O Segurador avisará o Tomador de Seguro por escrito, com antecedência não inferior a 30 dias, em relação à data em que o prémio se deva considerar devido, do valor a pagar, da forma e do lugar de pagamento e das consequências da falta de pagamento do prémio ou fração, a menos que o prémio seja devido mensalmente e o Tomador de Seguro se deva ter por antecipada e adequadamente informado daquela obrigação e dos seus prazos.

4. O fracionamento do prémio seguirá o que estiver fixado nas Condições Particulares.

CLÁUSULA 15.ª – FALTA DE PAGAMENTO DO PRÉMIO

1. A cessação do contrato por efeito do não pagamento do prémio, ou de parte ou fração deste, não exonerará o Tomador de Seguro da obrigação de pagamento do prémio correspondente ao período em que o contrato haja vigorado, acrescido dos juros de mora devidos.

2. A falta de pagamento do prémio inicial ou da primeira fração deste, na data de vencimento, determinará a resolução automática do contrato a partir da data da sua celebração.

3. A falta de pagamento do prémio de anuidades subsequentes ou da primeira fração deste, na data do vencimento, impedirá a renovação do contrato.

4. A falta de pagamento determinará a resolução automática do contrato na data de vencimento de:

- 1. Uma fração do prémio no decurso de uma anuidade;**
- 2. Um prémio de acerto ou parte de um prémio de montante variável;**
- 3. Um prémio adicional resultante de uma modificação do contrato, fundada num agravamento superveniente do risco.**

5. A falta de pagamento, até à data do respetivo vencimento, de prémio adicional resultante de uma alteração contratual, determinará a ineficácia da própria alteração, mantendo-se o contrato com o âmbito e nas precisas condições que vigorarem antes da pretendida alteração, salvo se a subsistência do contrato se revelar impossível, devendo o mesmo ter-

se por resolvido na data de vencimento do prémio não pago.

nos termos do contrato, nem criará o direito a quaisquer coberturas ou benefícios que não tenham sido efetivamente contratados.

CLÁUSULA 16.ª – OBRIGAÇÕES E DIREITOS

1. Do Segurador

O Segurador tem o dever de:

- Facultar, a pedido das Pessoas Seguras, todas as informações necessárias para a efetiva compreensão do contrato;
- Solver os compromissos por si assumidos perante o Tomador do Seguro e as Pessoas Seguras;
- Informar o Tomador de Seguro, durante a vigência do contrato, de todas as alterações ao mesmo e da execução das obrigações do Segurador que possam influir na formação da sua vontade de manter em vigor o contrato.

2. Do Tomador do Seguro e das Pessoas Seguras

- O Tomador do Seguro deverá pagar ao Segurador o prémio correspondente às coberturas que subscreveu, nas datas e pelas importâncias estipuladas nos termos contratuais.
- As Pessoas Seguras, mesmo no regime de prestações convencionadas, têm o direito de escolher os médicos, as clínicas ou quaisquer outros prestadores de serviços de entre todos os prestadores integrados nas redes sob administração da Entidade Gestora, não cabendo ao Segurador qualquer responsabilidade por essa escolha ou pela própria prestação.
- A ocorrência de um eventual erro administrativo não privará as Pessoas Seguras das prestações que se devam ter por devidas

CLÁUSULA 17.ª – SINISTROS: ACESSO, PROCEDIMENTOS E REGULARIZAÇÕES

1. Obrigações do Segurador em caso de sinistro

O Segurador, por si ou por intermédio da Entidade Gestora, obriga-se a:

- Proceder com diligência e prontidão a todas as averiguações indispensáveis para a correta regularização dos sinistros;
- No caso de prestações por reembolso, pagar o montante devido no prazo máximo de 8 dias úteis após a receção do pedido de comparticipação e de todos os documentos necessários para a regularização dos sinistros, conforme referido nestas Condições Gerais e Especiais.
- **O Segurador apenas cobre o pagamento das prestações convencionadas ou das despesas efetuadas em cada ano de vigência do contrato.**

2. Procedimentos para a regularização de sinistro

2.1. Utilização da Rede Convencionada

De modo a permitir a aplicação da máxima extensão das respetivas coberturas, as Pessoas Seguras devem observar os seguintes procedimentos:

- Identificarem-se como titulares do contrato de seguro ou exibirem o seu cartão de saúde aos prestadores convencionados que tenham escolhido;
- Pagar ao prestador a totalidade ou a parte da despesa que têm a seu cargo;

- Fornecer as informações necessárias e adequadas a uma correta avaliação do respetivo estado de saúde;
- Solicitar ao Segurador atempadamente o pedido de Pré-Autorização antes de receber os tratamentos, no caso dos atos médicos indicados como tendo esse requisito;
- Apresentar ao Prestador o Termo de Responsabilidade ou a Pré-Autorização que tenham sido emitidos pelo Segurador, antes de receber os tratamentos.

2.2. Prestações por Reembolso

As Pessoas Seguras devem observar os seguintes procedimentos:

- Selecionar um prestador livremente (se for um prestador da Rede Convencionada apresentar o seu cartão) e pagar a totalidade da despesa realizada para posteriormente enviá-la para reembolso;
- Solicitar a comparticipação através do impresso de Pedido de Reembolso ou submeter a despesa através do Portal de Clientes;
- Apresentar prescrição médica para os exames complementares de diagnóstico e tratamentos realizados;
- Apresentar prescrição médica para os medicamentos, óculos ou outras ortóteses e próteses adquiridos;
- Em caso de despesas de estomatologia, apresentar a ficha de tratamento dentário (impresso próprio do Segurador), devidamente preenchida pelo médico;
- Apresentar os recibos das despesas realizadas, que terão de indicar o nome do doente a que respeitam e a data de prestação dos atos médicos, discriminar os serviços prestados ou os bens fornecidos, indicar o diagnóstico e obedecer às normas legais aplicáveis, de ordem fiscal ou outra. Os recibos de honorários médicos deverão ainda indicar a especialidade médica;

- Apresentar os originais de todos os recibos de despesas. Serão aceites fotocópias dos recibos desde que tenham comparticipação prévia por qualquer outra instância, sistema ou subsistema de saúde. As cópias dos recibos devem ser acompanhadas de documento original que faça prova do montante despendido e do montante recebido. Para efeitos de cálculo de reembolso, será considerada a diferença entre a despesa original e o montante já auferido da primeira entidade.
- **Proceder à apresentação dos documentos relativos ao pedido de reembolso no prazo máximo de 90 dias, contados desde o último dia da anuidade de realização das despesas. Ultrapassado este prazo as despesas recebidas não serão comparticipadas.**

2.3. Informação clínica

As Pessoas Seguras devem em qualquer das circunstâncias previstas nos números anteriores:

- Informar com verdade o Segurador, por intermédio da Entidade Gestora, sobre as circunstâncias e consequências da doença ou acidente;
- Cumprir as prescrições do médico a que tenham recorrido;
- Autorizar os médicos, hospitais e outros quaisquer prestadores a que tenham recorrido, a facultar ao Segurador, através dos seus serviços clínicos ou dos serviços clínicos da Entidade Gestora, os relatórios clínicos e quaisquer outros elementos que se devam ou apenas possam ter como convenientes para documentar o processo;
- **Em caso de acidente, comunicar, no prazo máximo de 15 dias, a sua ocorrência, indicando a sua descrição (data, local, hora, intervenientes, causas e**

consequências), o hospital a que tenham recorrido, as eventuais testemunhas, as autoridades que dele tenham tomado conhecimento e, consoante os casos, a identificação dos eventuais responsáveis. Este prazo poderá ser prorrogado por motivo justificado da Pessoa Segura, desde que devidamente documentado.

2.4. Pré-autorizações

As Pessoas Seguras devem assegurar que seja solicitada pré-autorização ao Segurador, por intermédio dos serviços clínicos da Entidade Gestora e até 15 dias antes da data prevista de ocorrência, para a realização de despesas no âmbito de:

- Internamento hospitalar;
- Parto;
- Consultas, Tratamentos e Exames:

Consultas:

- Genética médica;

Tratamentos:

- Fisioterapia;
- Terapia de Fala;
- Tratamento da dor crónica;
- Laserterapia;

Exames de Diagnóstico:

- Ressonância Magnética;
- Arteriografia/Angiografia;
- Polissonografia;
- Embolização Arterial;
- Amniocentese;
- Medicina Nuclear: exames auxiliares de diagnóstico, nomeadamente PET Scan, cintigrafia, cintilografia, ARN, entre outros;
- Exames com recurso a sedo analgesia/anestesia geral;

Tratamento cirúrgico em ambulatório.

2.5. Responsabilidade do Tomador do Seguro e das Pessoas Seguras

O Tomador do Seguro e/ou as Pessoas seguras responderão por perdas e danos caso não sejam seguidos os procedimentos previstos nos números anteriores.

2.6. Pagamentos

Os pagamentos devidos pelo Segurador são efetuados em Portugal e em moeda corrente. No caso de despesas efetuadas em moeda estrangeira, a conversão em moeda corrente é feita à taxa de câmbio indicativa, publicada pelo Banco de Portugal no dia de realização da despesa.

Os custos relativos a eventuais traduções de informações médicas, de faturas ou de recibos relativos a honorários médicos ou a outras despesas realizadas no estrangeiro serão suportados pela Pessoa Segura.

O Segurador apenas comparticipará despesas desde que os originais das informações médicas, das faturas ou dos recibos relativos a honorários médicos ou a outras despesas realizadas estejam redigidos em português, em espanhol, francês ou inglês pelos próprios prestadores ou traduzidos por profissionais registados.

CLÁUSULA 18.ª – ATRIBUIÇÃO DE BÓNUS ANUAL

1. Se após o decurso da primeira anuidade do contrato não se verificar para alguma das Pessoas Seguras a comparticipação de qualquer despesa referente à anuidade anterior, será calculado um bónus anual. O valor do bónus será igual a 25% do prémio dessa Pessoa Segura e dessa anuidade, líquido do valor do Imposto do Selo e INEM.

2. O cálculo do bónus será realizado após o decurso da primeira anuidade e sucessivamente por períodos completos de 12 meses.
3. Uma Pessoa Segura incluída no decurso de uma anuidade, apenas será considerada para apuramento do bónus após o decurso de uma anuidade completa.
4. O apuramento do bónus será efetuado decorridos seis meses após a data de renovação de cada anuidade, desde que o contrato se encontre em vigor e com todos os prémios vencidos a essa data devidamente liquidados.
5. São consideradas para efeito do cálculo do bónus despesas efetuadas no âmbito das seguintes coberturas:
 - Internamento Hospitalar
 - Consultas, Tratamento e Exames
 - Parto
 - Subsídio Diário por Internamento Hospitalar
 - Portabilidade ao Estrangeiro
 - Medicamentos
 - Óculos e outras Ortóteses e Próteses
 - Estomatologia
 - Doenças Graves em Portugal
 - Doenças Graves Internacional
6. A utilização das seguintes coberturas não será considerada para efeito do cálculo do bónus:
 - Assistência em Portugal
 - Médico 24/7
 - Segunda Opinião Médica Internacional
 - Acesso à Rede Bem-Estar
 - Acessos a Cuidados de Saúde a Preços Convencionados
 - Módulo de Higiene e Prevenção Oral
 - Assistência em Viagem no Estrangeiro
7. Caso o Segurador entenda proceder à denúncia do contrato, com efeito no termo da anuidade que estiver em curso e mediante aviso prévio enviado com a antecedência de 30 dias, o cálculo do

apuramento do Bónus será também efetuado decorridos seis meses, após a data de anulação da apólice e desde que se verifiquem as condições descritas nos números 1 a 3 da presente Cláusula.

CLÁUSULA 19.ª – PLURALIDADE DE SEGUROS

Ainda que se não aplique aos Seguros de Saúde a obrigação legal de informação sobre a existência de várias apólices com o mesmo objeto, as prestações garantidas não poderão acumular-se com as participações ou reembolsos que as Pessoas Seguras tenham recebido ou venham a receber ao abrigo de protocolos, sistemas ou subsistemas de saúde ou outras formas de participação ou de Seguro, exceto na parte remanescente e não participada pelos mesmos, não podendo a sua acumulação determinar uma vantagem superior ao próprio encargo.

CLÁUSULA 20.ª – SUB-ROGAÇÃO

- 1. Fica expressamente convencionado que quando as prestações de natureza indemnizatória relativas a cuidados de saúde, asseguradas ou suportadas pelo Segurador, resultem de situação da responsabilidade de um terceiro, aquele ficará sub-rogado, naquela exata medida, nos eventuais direitos das Pessoas Seguras contra este.**
- 2. O Tomador do Seguro ou as Pessoas Seguras responderão, até ao limite da indemnização suportada pelo Segurador, por ato ou omissão que prejudique o Segurador quanto ao exercício do direito previsto no número anterior.**
- 3. No caso de a sub-rogação ser apenas parcial, as Pessoas Seguras e o Segurador concorrerão no exercício dos respetivos direitos de regresso contra o terceiro responsável.**

4. Nos termos que resultem expressamente da lei, não existirá sub-rogação do Segurador nem contra as próprias Pessoas Seguras, se estas deverem responder legalmente pelo terceiro responsável, nem contra o cônjuge, companheiro em união de facto, ascendente ou descendente das Pessoas Seguras que com elas vivam em economia comum, a menos que esteja em causa a sua responsabilidade por atos dolosos.

CLÁUSULA 21.ª – PROTEÇÃO DE DADOS E CONFIDENCIALIDADE

1. Os dados pessoais do Tomador do Seguro, de qualquer Pessoa Segura ou outro titular de dados pessoais são considerados como informação restrita, assim como quaisquer dados pessoais transmitida ao Segurador ou a que o mesmo tenha, por qualquer meio, acesso por via do presente contrato, considerando-se como dado pessoal a informação como tal definida no Regulamento Geral de Proteção de Dados – RGPD (Regulamento UE 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho de 27 de abril de 2016 relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados) ou em qualquer outra legislação ou regulamentação respeitante à proteção de dados pessoais ou à atividade seguradora sucessivamente aplicável.

2. O Segurador compromete-se a respeitar e cumprir integralmente o estabelecido na legislação de proteção de dados pessoais aplicável, nomeadamente a:

a) Tratar os dados pessoais de forma lícita e com respeito pelos direitos dos titulares dos dados, utilizando-os exclusivamente para as finalidades a que se reporta o presente contrato, não podendo ser posteriormente tratados de forma incompatível com tais finalidades sem que o titular nisso consinta;

b) Implementar as medidas técnicas e organizativas para proteger os dados contra destruição accidental ou ilícita, perda accidental, alterações, difusão ou acesso não autorizados, bem como contra qualquer outra forma de tratamento ilícito dos dados pessoais;

c) Manter os dados pessoais como estritamente confidenciais e efetuar o tratamento dos dados pessoais em consonância com a legislação aplicável por parte dos respetivos trabalhadores, colaboradores, agentes, auxiliares ou subcontratados.

3. O Segurador compromete-se a guardar e manter total sigilo sobre qualquer informação de âmbito confidencial, independentemente do respetivo suporte, (nomeadamente referente a documentos, factos ou pessoas a que aceda por via do presente contrato) e a assegurar, a confidencialidade dessa informação.

4. O dever de sigilo previsto compreende, assim, quer o dever legal de sigilo previsto especificamente na lei para a atividade seguradora, quer também, um dever contratual de sigilo que, no entanto, não deverá prejudicar, de nenhuma forma, os deveres legais de informação ou outros a que o Segurador se encontre legalmente adstrito.

5. A conciliação entre os deveres legais de sigilo e os deveres legais de informação far-se-á segundo o que estiver disposto na lei ou resulte dos princípios gerais de direito aplicáveis.

6. O dever contratual de sigilo cederá, nomeadamente, perante os deveres prescritos pelo regime legal da atividade seguradora ou por quaisquer outras normas legais ou regulamentares aplicáveis, perante o dever de cooperação com as autoridades de regulação competentes, quer ainda perante os deveres legais de relato ou de denúncia obrigatória de operações ilegais que lhe sejam propostas.

7. Sem prejuízo do disposto nos números anteriores, para efeitos de efetivação do dever de informação em sede de RGPD, nomeadamente quando os dados não são recolhidos junto do titular, o Tomador do Seguro deverá garantir a divulgação de todas as informações que integram o dever de informação junto das Pessoas Seguras ou Beneficiários.
8. Para assegurar a prestação de informação nos termos do número anterior, o Segurador facultará ao Tomador do Seguro as informações necessárias para cumprimento do dever de informação junto do titular dos dados.
9. Dentro dos limites legais aplicáveis, as obrigações que constam da presente cláusula não se extinguem com a cessação, por qualquer causa, do presente contrato.

CLÁUSULA 22.ª – COMUNICAÇÕES E NOTIFICAÇÕES ENTRE AS PARTES

1. As comunicações ou notificações do Tomador do Seguro previstas nesta apólice consideram-se válidas e plenamente eficazes caso sejam efetuadas por escrito, ou por outro meio do qual fique registo duradouro, para a sede social do Segurador.
2. As comunicações ou notificações do Segurador previstas nesta apólice consideram-se válidas e plenamente eficazes caso sejam efetuadas por escrito ou por outro meio do qual fique registo duradouro, para a última morada do Tomador do Seguro constante do contrato, ou entretanto comunicada nos termos previstos no número anterior.
3. Todavia, a alteração de morada ou de sede do Tomador do Seguro deve ser comunicada ao Segurador, nos 30 (trinta) dias subsequentes à data em que se verifiquem, sob pena de as comunicações ou notificações que o Segurador venha a efetuar para a morada desatualizada se terem por válidas e eficazes.

CLÁUSULA 23.ª – INTERVENÇÃO DE DISTRIBUIDOR DE SEGUROS

1. Nenhum distribuidor de seguros se presume autorizado a, em nome do Segurador, celebrar ou extinguir contratos de seguro, a contrair ou alterar as obrigações deles emergentes ou a validar declarações adicionais, salvo o disposto nos números seguintes.
2. Pode celebrar contratos de seguro, contrair ou alterar as obrigações deles emergentes ou validar declarações adicionais, em nome do Segurador, o distribuidor de seguros ao qual o Segurador tenha conferido, por escrito, os necessários poderes.
3. Não obstante a carência de poderes específicos para o efeito da parte do distribuidor de seguros, o seguro considera-se eficaz quando existam razões ponderosas, objetivamente apreciadas, tendo em conta as circunstâncias do caso, que justifiquem a confiança do Tomador do Seguro de boa fé na legitimidade do distribuidor, desde que o Segurador tenha igualmente contribuído para fundar a confiança do Tomador do Seguro.

CLÁUSULA 24.ª – RECLAMAÇÕES

1. Podem ser apresentadas reclamações no âmbito do presente contrato, através de correio eletrónico ou postal para o Segurador.
2. A autoridade de supervisão da atividade seguradora é a Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões (www.asf.com.pt).
3. O Tomador do Seguro e as Pessoas Seguras podem ainda recorrer às entidades alternativas de resolução de litígios (Entidades RAL). Mais informação disponível no sítio institucional do Segurador.

CLÁUSULA 25.ª – RESPONSABILIZAÇÃO POR PRÁTICAS MÉDICAS

1. É da inteira responsabilidade da Pessoa Segura a escolha dos profissionais médicos, auxiliares, técnicos, hospitais e/ou outros estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde.
2. O Segurador não se responsabiliza pelos atos médicos prestados ou pela qualidade dos tratamentos efetuados por qualquer instituição ou indivíduo nem pelas suas consequências.
3. De igual forma, não será imputável ao Segurador qualquer responsabilidade relativa a atos de negligência médica.

CLÁUSULA 26.ª – LEI APLICÁVEL, FORO E ARBITRAGEM

1. O presente contrato está sujeito à lei portuguesa e às suas disposições imperativas que se devam considerar sucessivamente em vigor.
2. Os casos duvidosos ou omissos serão resolvidos de acordo com as regras aplicáveis à interpretação e integração dos negócios jurídicos.
3. A indicação de epígrafes para as diferentes Cláusulas do contrato não deve limitar a interpretação literal, sistemática e teleológica das respetivas disposições.
4. As expressões usadas no presente contrato que correspondam a definições legais constantes da legislação aplicável à atividade seguradora e ao contrato de seguro, valerão com o sentido previsto na lei.
5. Caso o presente Contrato de Seguro esteja sujeito ao regime do co-seguro, a ação judicial decorrente do mesmo deverá ser intentada contra todos os co-seguradores.

6. O foro competente para dirimir qualquer litígio emergente deste contrato é o fixado na lei processual civil.
7. Se nisso convierem prévia e especificamente, podem as partes dirimir por recurso a arbitragem, nos termos previstos e consentidos pela lei, eventuais litígios emergentes de validade, interpretação, execução e incumprimento do contrato de seguro.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

CAPÍTULO I – COBERTURAS BASE

CLÁUSULA 1.^a – INTERNAMENTO HOSPITALAR

Por esta Condição Especial o Segurador garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, o pagamento das despesas efetuadas em ambiente hospitalar com internamento de duração superior a 24 horas ou decorrentes de cirurgia em regime ambulatorio.

1. Âmbito da cobertura

A) Internamento Hospitalar de duração superior a 24 horas e Cirurgia em regime Ambulatorio

No caso de internamentos cirúrgicos, apenas serão considerados cobertos quando os atos médicos praticados tenham um grau de complexidade, estipulado no CNVRAM, superior ou igual a 50K.

Para efeitos desta Cláusula, estabelece-se que um sinistro de Hospitalização se enquadra na anuidade contratual a que pertence o primeiro dia da hospitalização da Pessoa Segura, ainda que o internamento decorra em mais que uma unidade hospitalar (situações de transferências de doentes acamados) e sempre que não exista uma interrupção ou Alta hospitalar superior a 12 horas. Para os casos de re-hospitalizações com interrupção superior a 12 horas, será contado como um novo Episódio de Internamento e poderá, eventualmente, estar enquadrado na seguinte anuidade contratual.

Despesas de Hospital ou Clínica

- Diárias (utilização de cama ou quarto normal individual, alimentação e serviços de enfermagem do piso de internamento);
- Diárias de acompanhante, no caso de internamento de criança até aos 12 anos de idade (utilização de cama extra, pequeno-almoço e mais duas refeições diárias desde que fornecidas pela unidade hospitalar);
- Sala de operações ou bloco operatório e de reanimação e os meios materiais de intervenção, de diagnóstico ou de terapêutica, aplicados ou administrados durante o ato cirúrgico;
- Unidade de cuidados intensivos;
- Medicamentos, desde que relacionados com as causas da hospitalização. Não são abrangidos por esta cobertura os medicamentos facultados pelo hospital ou clínica, após alta hospitalar da Pessoa Segura;
- Exames complementares de diagnóstico ligados às causas da hospitalização e realizados durante o internamento;
- Próteses Intra-cirúrgicas.

Nas situações de internamentos programados, não serão participáveis no âmbito desta cobertura as diárias anteriores ao dia de ocorrência da cirurgia e os exames pré-operatórios.

Honorários Médicos

- Até uma despesa, por cada dia de hospitalização, decorrente da visita de médico especialista que não seja o cirurgião;
- Equipa Cirúrgica, em função dos princípios gerais quanto à sua formação de acordo com o Código de Nomenclatura e Valores Relativos de Atos Médicos (CNVRAM) na versão de 1997.

Intervenções Cirúrgicas	N.º máximo de Ajudantes (por intervenção)	Cálculo de Honorários (valorizado em % dos honorários do Cirurgião)
51 K a 150 K	1 Ajudante	20%
151 K a 250 K	2 Ajudantes	1º Ajudante – 20% 2º Ajudante – 10%
> 250 K	3 Ajudantes	1º Ajudante – 20% 2º e 3º Ajudante – 10%

Os Honorários dos Instrumentistas encontram-se abrangidos apenas para intervenções cirúrgicas superiores ou iguais a 50K e serão valorizados em 10% dos honorários atribuídos ao cirurgião.

Os Honorários dos Anestesiistas são valorizados em número máximo de “K” de anestesia, estabelecidos em tabela própria no CNVRAM.

Limite dos Honorários Médicos

Salvo disposição em contrário, os honorários médicos da Equipa Cirúrgica são limitados aos montantes que resultem da aplicação do valor K, estipulado nas Condições Particulares.

B) Quimioterapia e Radioterapia em Regime Ambulatório

Quando previamente autorizado pelo Segurador e mediante a respetiva justificação clínica, poderá ser aceite excecionalmente, para a 1ª sessão do tratamento, uma noite de internamento hospitalar.

C) Transporte terrestre de ambulância

Desde que exclusivamente fornecido pelo Serviço de Assistência.

2. Salvo disposição em contrário e sem prejuízo das exclusões constantes nas Condições Gerais, ficam excluídas desta cobertura as prestações devidas a:

- Despesas de natureza particular (telefone, aluguer de TV, etc.);
- Despesas com acompanhantes, exceto em caso de internamento de crianças até aos 12 anos de idade;
- Enfermagem privativa;
- Cirurgia do foro estomatológico ou maxilo-facial, exceto se consequência de doença maligna manifestada na vigência do contrato ou de acidente que requeira tratamento de urgência em hospital, quer em regime de internamento, quer em regime ambulatorio;
- Reduções mamárias, exceto em caso de patologia secundária que o justifique;
- Mamoplastias de aumento ou redução, ou qualquer outro tratamento, realizados depois de qualquer reconstrução mamária com o propósito de alcançar simetria bilateral, mesmo que a reconstrução tenha sido participada pelo Segurador;
- Roncopatias e Síndrome de Apneia do Sono, exceto para situações em que se verifiquem alterações graves do estudo polisonográfico (com índice superior a 15/hora) ou falência de outros tratamentos não cirúrgicos;
- Cirurgia ou Ato Médico invasivo, cujo grau de complexidade, estipulado no CNVRAM, seja inferior a 50K;
- Parto, Cesariana e Interrupção involuntária de gravidez;
- Utilização específica do robô nas “Cirurgias Robóticas”, garantindo o Segurador a participação das despesas médicas decorrentes desta técnica cirúrgica por analogia com a técnica tradicional prevista no CNVRAM e até ao valor máximo que seria participável pela aplicação desta equivalência de ato médico;

- Os custos relacionados com o valor intrínseco do sangue.

3. Todas as despesas incluídas nesta cobertura necessitam de pré-autorização.

CLÁUSULA 2.ª – PARTO

Por esta Condição Especial o Segurador garante a comparticipação das despesas médicas com as prestações convencionadas e as prestações por reembolso, com parto normal ou por cesariana e interrupção involuntária de gravidez, desde que ocorridas durante o período de internamento hospitalar da Pessoa Segura, de acordo com os limites fixados nas Condições Particulares.

1. Âmbito da cobertura

As despesas incluídas nesta cobertura são:

Despesas de Hospital ou Clínica

- Diárias (utilização de cama ou quarto normal individual, alimentação e serviços de enfermagem do piso de internamento);
- Sala de Partos ou Bloco Operatório e os meios materiais de intervenção, de diagnóstico ou de terapêutica aplicados ou administrados durante o ato cirúrgico;
- Unidade de cuidados intensivos;
- Utilização de incubadora e de berçário;
- Medicamentos, desde que relacionados com as causas da hospitalização. Não são abrangidos por esta cobertura os medicamentos facultados pelo hospital ou clínica, após alta hospitalar da pessoa segura;
- Exames complementares de diagnóstico ligados às causas da hospitalização e realizados durante o internamento.

Honorários Médicos

- Obstetra, ou equipa cirúrgica para situações de cesariana ou interrupção involuntária de gravidez. Nestas situações os honorários da equipa cirúrgica serão reembolsados em conformidade com o disposto na cobertura de Internamento Hospitalar;
- Pediatra para assistência neonatal durante o Parto ou Cesariana;
- Nos casos de Parto normal serão comparticipados os honorários da Enfermeira Parteira, os quais equivalem aos de um 1.º ajudante, conforme descrito na cobertura de Internamento Hospitalar.

Despesas decorrentes da hospitalização de neonatologia

- Sempre que o Parto estiver abrangido pelo contrato;
- Reportam à cobertura de Parto titulada pela mãe;
- Durante os 3 primeiros dias de internamento após o nascimento ou até à alta hospitalar da mãe.

As hospitalizações de neonatologia que excedam os referidos 3 dias, contados desde a data do nascimento, deverão ser novamente autorizadas pelo Segurador e reportarão à cobertura de Internamento Hospitalar da própria criança, que deverá ser imediatamente incluída na apólice, a pedido do Tomador.

Limite dos Honorários Médicos

Salvo disposição em contrário, os honorários médicos do Obstetra ou da Equipa Cirúrgica são limitados aos montantes que resultem da aplicação do valor K, estipulado nas Condições Particulares.

Transporte terrestre de ambulância

Desde que exclusivamente fornecido pelo Serviço de Assistência.

2. Salvo disposição em contrário e sem prejuízo das exclusões constantes nas Condições Gerais, ficam excluídas desta cobertura as prestações devidas a:

- Despesas de natureza particular (telefone, aluguer de televisão, etc.);
- Despesas com acompanhantes;
- Enfermagem privativa;
- Despesas com exames complementares realizados ao recém-nascido e que não se revistam de carácter urgente ou risco de vida, tais como otoemissões acústicas. Os referidos exames poderão ser realizados com recurso à cobertura de Consultas, Tratamentos e Exames, quando contratada e após inclusão da criança na apólice.

3. Todas as despesas incluídas nesta cobertura necessitam de pré-autorização.

CLÁUSULA 3.ª – CONSULTAS, TRATAMENTOS E EXAMES

Por esta Condição Especial o Segurador garante a comparticipação das despesas médicas com as prestações convencionadas e as prestações por Reembolso, abaixo referidas, de acordo com os limites fixados nas Condições Particulares.

1. Âmbito da cobertura

As despesas incluídas nesta cobertura são:

Taxas Moderadoras

Honorários médicos

- Consultas de clínica geral e de especialidade;
- Atos médicos, cirúrgicos ou não, realizados em regime ambulatorio, no consultório do médico, hospital ou clínica;
- Extração de lesões benignas da pele tais como: quisto sebáceo, quisto epidermóide, queratose seborreica, dermatofibroma, nevo sebáceo, nevo verrugoso, entre outros, até ao limite máximo estipulado nas Condições Particulares.

Exames complementares de diagnóstico (desde que prescritos por médico)

- Análises clínicas e exames citohistológicos;
- Imagiologia, incluindo radiografias, arteriografias, cintigrafia, ecotomografia, TAC, RMN e exames doppler;
- Outros exames complementares, tais como E.C.G., E.E.G., eletromiogramas, audiogramas, etc.;
- Testes alergológicos.

Urgências médicas

- Honorários médicos;
- Sala de tratamentos e material utilizado;
- Exames complementares de diagnóstico;
- Transporte terrestre de ambulância, desde que exclusivamente fornecido pelo Serviço de Assistência.

Tratamentos (desde que prescritos por médico)

- Fisioterapia, em caso de:
 - acidente ocorrido na vigência do contrato,
 - situação aguda,
 - situação pós-cirúrgica,
 - acidente vascular cerebral,
 - cinesiterapia originada por doença respiratória;

- Atos de enfermagem (exceto enfermagem privativa ou atos realizados no domicílio) incluindo a aplicação de injeções;
- Terapia da fala, em caso de situação pós-cirúrgica, acidente vascular cerebral, substituição de válvulas e situações traumáticas de origem maxilo-facial e crânio-encefálica;
- Cirurgia ou ato médico, cujo grau de complexidade, estipulado no CNVRAM, seja inferior a 50K;
- Laserterapia;
- Hemodiálise decorrente de episódio agudo de insuficiência renal até ao limite fixado nas Condições Particulares.

2. Salvo disposição em contrário e sem prejuízo das exclusões constantes nas Condições Gerais, ficam excluídas desta cobertura as prestações devidas a:

- Consultas, exames, tratamentos e cirurgia do foro estomatológico;
- Tratamentos da dor por radiofrequência por pulsos;
- Injeções radiculares por radiofrequência;
- Exercícios de ortóptica;
- Enfermagem privativa;
- Despesas relacionadas com consultas, tratamentos e/ou exames decorrentes de situações clínicas e/ou educativas, tais como: transtornos por deficit de atenção, perturbações de personalidade e/ou emocionais, perturbações do foro educativo, distúrbios de aprendizagem, dislexia, perturbações da fala, entre outros;
- Os tratamentos de fisioterapia e de reabilitação quando tenha sido atingida a recuperação funcional ou o máximo possível dela; quando a prestação se converta numa terapia de manutenção

ocupacional; a reabilitação em doenças crónicas do aparelho locomotor após terem sido estabilizadas as suas sequelas; assim como a reabilitação ou manutenção em lesões neurológicas irreversíveis de qualquer origem. Está ainda excluída a estimulação precoce;

- Terapia da fala como tratamento no desenvolvimento de atividades no âmbito da prevenção, avaliação e tratamento das perturbações da comunicação humana;
- Tratamentos relacionados com problemas do desenvolvimento físico, cognitivo ou da linguagem, bem como de aprendizagem ou comportamentais, designadamente, dislexia, défice de atenção ou hiperatividade.

3. Necessitam de pré-autorização as despesas com:

Consultas:

- Genética médica;

Tratamentos:

- Fisioterapia;
- Terapia de Fala;
- Tratamento da dor crónica;
- Laserterapia.

Exames de Diagnóstico:

- Ressonância Magnética;
- Arteriografia/Angiografia;
- Polissonografia;
- Embolização Arterial;
- Amniocentese;
- Medicina Nuclear: exames auxiliares de diagnóstico, nomeadamente PET Scan, cintigrafia, cintilografia, ARN, entre outros;
- Exames com recurso a sedo analgesia/anestesia geral;

Tratamento cirúrgico em ambulatório.

CLÁUSULA 4.ª – SUBSÍDIO DIÁRIO POR INTERNAMENTO HOSPITALAR

Por esta Condição Especial o Segurador garante o pagamento de um Subsídio Diário, de valor fixado nas Condições Particulares, em caso de internamento hospitalar por um período superior a 24 horas. Os dias subsequentes serão considerados por cada 24 horas e o último dia (dia de alta hospitalar) será indemnizável apenas quando a Pessoa Segura tiver alta posterior às 18 horas.

A esta cobertura será aplicada uma Franquia de 3 dias, por cada Episódio de Hospitalização.

1. Duração do pagamento

O subsídio diário será devido, por Pessoa Segura, a partir do 4º dia de internamento e até um limite máximo de 60 dias por Episódio de hospitalização e de 180 dias por anuidade.

2. Internamento simultâneo dos dois cônjuges

O Segurador pagará o dobro do subsídio devido a cada um dos cônjuges seguros, em caso de internamento hospitalar simultâneo de ambos, originado pelo mesmo acidente.

3. Internamento em Unidades de Cuidados Intensivos

O Segurador pagará o dobro do subsídio devido por cada dia que o doente fique hospitalizado numa unidade especial de cuidados intensivos. Para as situações em que o doente fique hospitalizado, alguns dias num quarto normal e outros numa unidade especial, durante o mesmo Episódio de Hospitalização, será efetuada a soma de todos os dias, para efeitos de cálculo de dias elegíveis para o benefício. A indemnização dos dias será efetuada unitariamente, ao valor mais

alto em caso de sobreposição, de acordo com o tipo de quarto/unidade utilizada.

4. Internamentos Sucessivos

Nos casos de internamentos sucessivos, originados pela mesma causa, que sejam separados por intervalos menores a 12 meses, serão considerados como continuação do anterior.

Para o caso de um internamento sucessivo se prolongar por mais de 12 meses, o limite máximo de 60 dias será restabelecido automaticamente.

5. Internamento em Hospitais Militares

Os internamentos em Hospitais Militares, Paramilitares e similares só serão abrangidos se a Pessoa Segura for sujeita a intervenção cirúrgica, ficando limitados aos valores estipulados nos pontos anteriores.

6. Procedimentos para a atribuição de Subsídio Diário por Internamento Hospitalar

Para os casos de Hospitalizações fora da Rede (cirúrgicas ou não), a Pessoa Segura deverá apresentar uma declaração, a ser emitida pela entidade hospitalar onde decorreu o internamento, onde conste detalhadamente:

- A sua duração, data e hora de internamento e de alta hospitalar;
- Relatório médico circunstanciado sobre as causas do internamento ou cirurgia, que poderá ser também facultado através do preenchimento de um impresso próprio a ser fornecido pela Entidade Gestora;
- O resultado da análise de anatomia-patológica da peça operatória, no caso de ter existido cirurgia.

CLÁUSULA 5.ª – PORTABILIDADE AO ESTRANGEIRO

O Segurador garante a comparticipação das despesas médicas realizadas no estrangeiro em regime de reembolso, de acordo com os limites fixados nas Condições Particulares e nesta Condição Especial, desde que a pessoa segura tenha residência permanente em Portugal.

Aplicam-se a todas as despesas realizadas por meio da portabilidade as Condições Gerais da Apólice e as Condições Especiais de cada cobertura.

Todo o Ato Médico realizado no estrangeiro será homologado à Tabela da Ordem dos Médicos Portuguesa, de 1997, na sua expressão mais ajustada à realidade, por forma a fazer face à multiplicidade de códigos e descritivos de atos médicos internacionais existentes.

A) Regras Especiais

1. Reembolso de despesas com Consultas

- Reembolso pela percentagem e até o Máximo por Consulta estipulado para Portugal, como reembolso Fora da Rede;
- Aplicação dos mesmos limites máximos que estejam estipulados para Portugal, para as restantes despesas;

2. Reembolso de despesas com Tratamentos e Exames, de acordo com os seguintes valores Máximos para cada unidade dos fatores indicativos “K” e “C”, em que são valorizados os Atos Médicos abrangidos pelo CNVRAM, com os seguintes critérios:

- Valor Máximo de “K” para Atos de Diagnóstico será de EUR 3,75 por unidade;
- Valor Máximo de “K” para Atos Terapêuticos será de EUR 6,50 por unidade;

- Valor Máximo de “K” para Atos de Fisioterapia será de EUR 1,50 por unidade;
- Valor Máximo de “C” para todos os Atos será de EUR 0,75 por unidade.

O valor máximo a reembolsar será a menor expressão resultante da aplicação da percentagem estabelecida e dos Valores Máximos de “K” e “C” que correspondam a cada Ato Médico coberto.

Após aplicação das percentagens de “K” e de “C” ainda se estabelece a seguinte regra específica como limite máximo para os seguintes exames de diagnóstico:

- TAC até EUR 120,00 por exame;
- RMN até EUR 320,00 por exame;
- Endoscopias até EUR 450,00 por exame;
- Medicina Nuclear até EUR 400,00 por exame;
- PET até EUR 1.000,00 por exame;
- DMD até EUR 250,00 por exame;
- Amniocentese até EUR 400,00 por exame.

3. Reembolso de despesas com Hospitalizações

Reembolso de um montante “per diem” para cada dia de hospitalização que ultrapasse as 24 horas ou para os casos de Cirurgia Ambulatória e que engloba todas as despesas do hospital com exceção dos Honorários Cirúrgicos. O “per diem” será o máximo reembolsável pelo Segurador por todas as prestações ministradas ao paciente hospitalizado (quarto, consumíveis, assistência médica, exames de diagnóstico, tratamentos e atos terapêuticos, visitas de controlo, interconsultas, medicação, material, entre outros.) e calculado como limite diário de reembolso após terem sido aplicadas as regras de comparticipação. O “per diem” é variável consoante a quantidade de dias de hospitalização

e o tipo de hospitalização: médica ou cirúrgica, aplicando-se para o cálculo as seguintes regras:

- Reembolso máximo ou “per diem” para cada um dos 3 primeiros dias de hospitalização médica ou cirúrgica, ou de 1 dia “per diem” nos casos de Cirurgia Ambulatória, será de EUR 350,00;
- Reembolso máximo ou “per diem” para cada um dos sucessivos dias de hospitalização médica ou cirúrgica a partir do 4º dia, será de EUR 250,00;
- Reembolso máximo complementar para Despesas do Bloco Operatório utilizado durante a intervenção cirúrgica, incluindo medicação, recobro, equipamentos de monitorização e de apoio, consumíveis, gases e respetiva rampa e todos os materiais suscetíveis de esterilização ou de uso único. A “Despesa do Bloco” é devida uma única vez por cada Episódio Cirúrgico, correspondendo-lhe um montante único que engloba todas as cirurgias realizadas no mesmo episódio. Para o apuramento da complexidade, serão somadas as unidades de “K” envolvidas nesse episódio e agrupadas em escalões de complexidade, a saber:

Somatório dos valores de “K” das Cirurgias realizadas:	Máximo Reembolsável em Despesas do Bloco Operatório:
Até 100 “K”	EUR 300,00
De 101 “K” até 199 “K”	EUR 500,00
De 200 “K” até 399 “K”	EUR 700,00
De 400 “K” até 699 “K”	EUR 800,00
Mais de 700 “K”	EUR 1.000,00

Quando se trate de Cirurgia Laparoscópica, acresce ao valor do Bloco acima estipulado, um

valor até EUR 1.300,00, exclusivamente para material específico laparoscópico.

- Para os Honorários Cirúrgicos aplicam-se as mesmas regras que para Portugal (Valor Máximo de “K” e constituição das Equipas Cirúrgicas).

4. Se contratadas as Coberturas Complementares, aplicam-se às coberturas de Óculos e outras Ortóteses e Próteses e Estomatologia as mesmas regras que para Portugal.

Para as despesas de Medicamentos, a percentagem de comparticipação será de 80%, dispensando-se neste caso a obrigatoriedade de pré-comparticipação pelo SNS.

B) Outras Disposições

O Segurado não emitirá qualquer Termo de Responsabilidade para as Hospitalizações, ficando a Pessoa Segura obrigada a efetuar os pagamentos das despesas na totalidade e apresentando, à posteriori, as faturas para a comparticipação.

CLÁUSULA 6.ª – DOENÇAS GRAVES EM PORTUGAL

1. Caso, no decurso duma anuidade, o capital seguro universal seja esgotado, será disponibilizado novo montante de igual valor, sem pagamento de prémio adicional.

2. Este montante apenas poderá ser utilizado em caso de:

- Doença oncológica;
- Neurocirurgia no âmbito da intervenção cirúrgica ao crânio ou qualquer outra estrutura intracraniana;

- Doença coronária arterial e substituição de válvulas;

3. Esta condição especial é válida exclusivamente em Portugal não se aplicando a portabilidade ao estrangeiro.

CLÁUSULA 7.^a – DOENÇAS GRAVES INTERNACIONAL

1. Todas as despesas realizadas ao abrigo desta cobertura necessitam de pré-autorização.

2. O Segurador garante, em regime exclusivo de prestações convencionadas, de acordo com o limite fixado nas Condições Particulares, a comparticipação de despesas realizadas pela Pessoa Segura, exclusivamente fora de Portugal, com tratamentos e serviços, considerados clinicamente necessários, em consequência de uma das doenças graves ou situações clínicas, a seguir enunciadas e desde que os primeiros sintomas e primeiro diagnóstico desta tenha ocorrido no âmbito da vigência do contrato após 180 dias contados a partir da data de admissão da Pessoa Segura no seguro.

3. Esta cobertura tem um Capital Máximo por Vida do contrato após as sucessivas renovações, estabelecido nas Condições Particulares.

4. É ainda requisito absoluto para a utilização desta cobertura que tenha existido recurso prévio ao serviço de segunda opinião médica e que este serviço considere que os tratamentos a realizar são os mais adequados à patologia em causa.

5. Esta cobertura é válida, exclusivamente, para despesas realizadas em qualquer parte do mundo, com exceção de Portugal, e dentro da Rede Internacional disponibilizada ao efeito.

6. São consideradas as seguintes 5 Doenças Graves abrangidas pela Cláusula:

6.1. Doença Oncológica: Tumor maligno não encapsulado formado pela multiplicação desordenada de células malignas de um tecido ou de um órgão.

Exclusões:

- Leucemia Linfocitária Crónica;
- Qualquer tumor cuja histologia indique como pré-maligno ou que apresente os primeiros sinais de malignidade;
- Tumores malignos não invasivos (“in situ” (a));
- Tumores relacionados com o vírus de imunodeficiência humana adquirida (HIV);
- Cancros de pele, com exceção do melanoma maligno;
- Cancro Papilar da bexiga.

(a) Considera-se cancro “in situ” uma neoplasia maligna que está limitada ao epitélio onde teve origem e que não invadiu tecidos adjacentes. É um tumor maligno pré-invasivo que, tendo sido diagnosticado numa fase inicial tem prognóstico favorável se totalmente removido.

6.2. Neurocirurgia: Intervenção cirúrgica ao crânio ou qualquer outra estrutura intracraniana.

Exclusões:

- Craniotomia quando em consequência de lesão traumática.

6.3. Doença Coronária arterial – “by-pass” das artérias coronárias: Intervenção cirúrgica que implica cirurgia de coração aberto e utilização de enxertos “by-pass” para correção de estenose de um mínimo de duas artérias coronárias. A pré-autorização desta cirurgia estará sempre dependente da evidência angiográfica da doença subjacente.

Exclusões:

- Intervenções cirúrgicas decorrentes de lesões traumáticas ou alterações congénitas das coronárias aórticas;
- Doenças coronárias cuja abordagem de tratamento seja não cirúrgica, como por exemplo, angioplastias;
- Quaisquer procedimentos cirúrgicos, corretivos de alterações congénitas das válvulas cardíacas.

6.4. Substituição de válvulas: Intervenção cirúrgica que se traduz na substituição total de uma ou mais válvulas do coração para tratamento de uma doença. A pré-autorização desta cirurgia estará sempre dependente da evidência angiográfica da doença subjacente.

Exclusões:

- Quaisquer procedimentos cirúrgicos, corretivos de alterações congénitas das válvulas cardíacas.

6.5. Transplante de Órgãos Maiores (Coração, Pulmão, Fígado, Rins, Pâncreas e Medula óssea): Refere-se ao ato de colher um órgão ou tecido, ou parte deles, de um indivíduo (doador) e implantá-lo (s) em outro indivíduo (recetor) (ou, no caso de tecidos, no próprio doador). Estão

abrangidos, quando se verifique a perda total e irreversível da respetiva função orgânica e desde que provenientes de outro ser humano identificado como doador, os transplantes de: coração, pulmão, fígado, rim, pâncreas ou medula óssea.

Exclusões:

- Transplantes quando consequência de cirrose hepática alcoólica;
- Autotransplantes, com exceção do transplante de medula óssea;
- Situação em que a Pessoa Segura seja dadora de órgãos para terceiros;
- Transplantes decorrentes de patologia congénita;
- Transplantes de outros órgãos diferentes aos especificamente abrangidos, tais como córnea, etc. ou ainda em processo experimental.

7. As despesas médicas incluídas nesta cobertura são:

7.1. Hospitalização, incluindo:

- a) Diárias da Pessoa Segura – são aqui englobadas as despesas de utilização, pela Pessoa Segura, num quarto individual, sala ou unidade de cuidados intensivos ou de vigilância, alimentação e despesas de serviço geral de enfermaria;
- b) Outros serviços hospitalares, considerando as consultas externas;
- c) Despesas correspondentes ao custo de uma cama adicional de acompanhante, quando o serviço for disponibilizado pelo Hospital.

7.2. Tratamentos ou cirurgias realizadas em centros médicos ambulatoriais, desde que realizados no âmbito da presente cobertura.

7.3. Honorários médicos por cirurgias, tratamentos, consultas ambulatoriais ou durante o internamento e demais cuidados médicos.

7.4. Serviços, tratamentos ou prescrições médicas e cirúrgicas, considerados clinicamente necessários à situação em causa, tais como:

a) Anestesia e respetiva aplicação quando prestada por um médico anestesista;

b) Exames de laboratório e patologia, radiografias com fins de diagnóstico, radioterapia, quimioterapia, eletrocardiogramas. Ecocardiogramas, mielogramas, eletroencefalogramas, angiografias, tomografias computadorizadas e outros exames de diagnóstico e/ou tratamentos considerados clinicamente necessários à situação em causa e que tenham sido prescritos ou realizados com a supervisão de um médico;

c) Transfusões de sangue, aplicação de plasmas e soros;

d) Consumo de oxigénio, aplicações intravenosas e injeções.

7.5. Serviços prestados durante o processo de obtenção de órgão ou tecidos de cadáveres dadores, com objetivo de realização de transplante na Pessoa

Segura, incluindo os custos de colheita, conservação e transporte do órgão ou tecido.

7.6. Serviços prestados durante o processo de obtenção de órgão ou tecidos de dadores vivos, com objetivo de realização de transplante na Pessoa Segura, incluindo:

a) O processo de procura de dadores potenciais;

b) Os serviços hospitalares prestados ao dador, incluindo as despesas de utilização de um quarto normal individual, sala ou unidade de cuidados intensivos, a sua alimentação e as despesas de serviço geral de enfermaria, bem como exames laboratoriais e outros serviços clinicamente necessários à obtenção do órgão ou tecido a transplantar para a Pessoa Segura;

c) A cirurgia e os outros atos médicos a que deve sujeitar-se o dador no processo de colheita do órgão ou tecido a transplantar.

7.7. Serviços, equipamento e materiais necessários a culturas de medula com vista a um transplante de tecido a realizar à Pessoa Segura, desde que prestado após o diagnóstico de doença grave.

7.8. Produtos farmacêuticos ou medicamentos, aplicados por prescrição médica durante o internamento ou, após a alta, durante um período máximo de 30 dias, desde que os produtos em causa tenham sido prescritos no âmbito de processos pós-operatórios.

7.9. Viagem de ida e volta, em linha aérea regular (classe económica), da Pessoa Segura doente e do seu acompanhante, bem como com a estadia deste último, até ao limite máximo por anuidade de EUR 3.000,00 para despesas da viagem e EUR 4.000,00 para despesas de Hotel, com um limite máximo de EUR 200,00 por dia e EUR 10.000,00 para repatriação.

7.10. Se a deslocação da Pessoa Segura doente exigir a utilização de ambulância, terrestre ou aérea, ficam garantidos os respetivos custos desde que a mesma seja prescrita por médico e pré-autorizada pelo Segurador, não se aplicando, neste caso o limite definido anteriormente.

7.11. Em caso de falecimento da Pessoa Segura durante o tratamento, o Segurador suportará as despesas relacionadas com as formalidades legais a cumprir no local de falecimento, bem como com as despesas decorrentes do transporte do corpo em urna para o local do funeral em Portugal.

8. Salvo disposição em contrário e sem prejuízo das exclusões constantes nas Condições Gerais, ficam ainda excluídas desta cobertura:

- Despesas realizadas em Portugal;
- Despesas realizadas fora do quadro de prestadores médicos internacionais contratados e recomendados;
- Despesas realizadas sem aprovação e pré-autorização, ainda que clinicamente necessárias e consideradas reembolsáveis ao abrigo desta condição;
- Despesas com qualquer doença grave e/ou tratamento não previsto nesta cláusula;
- Despesas com qualquer doença grave ou situação clínica diagnosticada antes de decorrido o período de carência da cobertura;
- Despesas realizadas antes da obtenção da segunda opinião médica;
- Despesas com doenças coronárias tratadas com recurso a técnicas não cirúrgicas;
- Despesas com qualquer tipo de angioplastia;
- Despesas com o tratamento de doenças causadas pelo transplante de órgãos, salvo se tal doença for considerada Doença Grave para efeitos desta cobertura, estando mencionada nesta cláusula;
- Despesas com serviços de custódia, cuidados de saúde domiciliários ou serviços prestados num centro ou instituição de convalescença, asilo ou lar de idosos, mesmo quando esses serviços sejam prescritos por médico em resultado de uma doença ou situação clínica coberta;
- Despesas com qualquer tipo de próteses, aparelhos ortopédicos, cintas, ligaduras, muletas, membros ou órgãos artificiais, perucas (mesmo quando o seu uso for considerado necessário durante um tratamento de quimioterapia), sapatos ortopédicos, fundas inguinais para hérnias, e outros equipamentos ou artigos similares, com exceção das próteses mamárias necessárias em resultado de Mastectomia por cancro garantido ao abrigo desta cobertura, das próteses necessárias para a substituição de válvulas cardíacas e das próteses relacionadas com as neurocirurgias cobertas por esta apólice;
- Todo o tipo de medicamentos ou produtos farmacêuticos que não tenham sido prescritos por médico, facultado por

farmacêutico licenciado ou para cuja obtenção não se requeira receita ou prescrição;

- Despesas com transplante de órgãos transgênicos, geneticamente modificados, órgãos de animais, mecânicos ou provisórios;
- Despesas em situação de síndrome cerebral ou despesas de assistência e custódia derivados de senilidade ou deterioração cerebral;
- Despesas com medicinas alternativas, mesmo que prescritas de forma específica por um médico;
- Despesas com a compra ou aluguer de cadeiras de rodas, camas articuladas, colchões especiais, aparelhos de ar condicionado, purificadores do ar e quaisquer outros artigos ou aparelhos similares;
- Despesas que não tenham natureza médica, salvo as referidas anteriormente, tais como, entre outras, despesas com intérpretes, telefone ou despesas com a organização das viagens;
- Despesas em que incorra(m) o(s) acompanhante(s) da Pessoa Segura doente, salvo as referidas anteriormente;
- Quaisquer despesas efetuadas no âmbito desta cobertura, quando a Pessoa Segura viver fora de Portugal por mais de 13 semanas consecutivas, num período de 12 meses;
- Despesas decorrentes de qualquer tratamento, serviço, fornecedor ou prescrição médica para uma doença que necessite basicamente de um transplante de órgão.

9. Procedimentos em caso de sinistro:

- Antes de receber qualquer tratamento, serviço ou prescrição médica com relação à doença ou situação clínica grave em causa, deverá obter uma segunda opinião médica o mais rapidamente possível, para comunicar a respetiva situação clínica e para solicitar uma análise médica especializada;
- Após os resultados da análise deste Serviço e querendo seguir as recomendações e deslocar-se ao estrangeiro para efetuar o tratamento indicado, deverá notificar o Segurador da decisão e solicitar a necessária pré-autorização;
- A pré-autorização incluirá informação sobre os médicos ou hospitais da rede internacional de prestadores, recomendados pelo Segurador, por serem considerados os que mais se adequam à situação clínica da Pessoa Segura, assim como a confirmação do diagnóstico e a confirmação da existência de cobertura pela apólice;
- Proceder de acordo com o estabelecido na pré-autorização (termo de responsabilidade), nomeadamente selecionando os médicos ou hospitais da rede internacional de prestadores, recomendada. Em caso de incumprimento do estabelecido na pré-autorização, a Pessoa Segura perderá o direito à indemnização;
- Apresentar a pré-autorização ao prestador selecionado;
- Seguir estritamente as prescrições do médico encarregado do tratamento e dar ao Segurador todo o tipo de informações sobre as circunstâncias ou consequências da doença;

- Autorizar os médicos e hospitais a que tenha recorrido a facultarem aos serviços clínicos do Segurador os relatórios clínicos e quaisquer outros elementos que esta tenha por convenientes para documentar o processo;
- O incumprimento de qualquer uma das obrigações indicadas nos pontos anteriores será considerado como uma renúncia expressa ao direito à indemnização.

CLÁUSULA 8.ª – ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE A PREÇOS CONVENCIONADOS

1. O Segurador disponibiliza em regime de prestação de serviços, o acesso a cuidados de saúde a preços convencionados ou com desconto, nos seguintes serviços:

- Internamento Hospitalar;
- Parto;
- Consultas de especialidade, incluindo estomatologia, exames auxiliares de diagnóstico, serviços, técnicas e terapêuticas complementares.

O acesso a estes cuidados de saúde não constitui um seguro de saúde.

Todas as despesas realizadas na rede de prestadores são suportadas pela Pessoa Segura e não são reembolsáveis ao abrigo deste seguro.

2. Salvo disposição em contrário e sem prejuízo das Exclusões Gerais constantes nestas Condições, ficam ainda especificamente excluídas desta prestação todos os cuidados de saúde que não sejam exclusivamente efetuados nas entidades que fazem parte da Rede Médica.

3. O acesso aos serviços é realizado através da apresentação do respetivo cartão, que é pessoal e intransmissível, conjuntamente com outro documento de identificação oficial com fotografia.

4. Procedimento em caso de utilização:

- Selecionar o Prestador e agendar diretamente a sua utilização;
- Apresentar o seu Cartão de Saúde e liquidar ao Prestador o valor total da despesa beneficiando de um desconto.

5. Em circunstâncias de utilização abusiva, por parte da(s) pessoa(s), o Segurador reserva-se o direito de proceder à suspensão desta prestação.

CLÁUSULA 9.ª – ACESSO À REDE BEM-ESTAR

1. O Segurador garante o acesso a uma Rede de BEM-ESTAR, suportando a Pessoa Segura a totalidade dos custos convencionados com os prestadores e para os seguintes serviços:

- Medicinas Complementares, incluindo Acupuntura, Homeopatia, Osteopatia, Quiroprática;
- Bem-estar físico e psicológico: Estética, Ginásios, SPA, Shiatsu, Talassoterapia, Termalismo, Nutrição, Podologia, Psicologia, Terapia da Fala;
- Genética e Maternidade: Genética, Preparação para o Parto, Criopreservação de células estaminais;
- Parafarmácias;
- Óticas;
- Apoio Domiciliário.

2. Procedimento em caso de utilização:

- Selecionar o Prestador e agendar diretamente a sua visita;

- Apresentar o seu Cartão de Saúde e liquidar ao Prestador o valor total da despesa beneficiando de um desconto.

CLÁUSULA 10.^a – MÓDULO DE HIGIENE E PREVENÇÃO ORAL

1. O Segurador garante, através de uma Rede de Prestadores de serviços na área da medicina dentária, o acesso, sem custo e sem limite de utilização, aos seguintes atos médicos:

- Primeira consulta de medicina dentária;
- Consulta de medicina dentária;
- Consulta para apresentação e discussão de plano de tratamento;
- Consulta de reavaliação;
- Consulta de urgência;
- Consulta de urgência em horas noturnas (21h00 às 8h00) fim de semana ou feriado;
- Selamento de fissuras;
- Aplicação tópica de fluoretos;
- Aplicação tópica de vernizes fluoretados;
- Exodontia de dente decíduo monorradicular;
- Exodontia de dente decíduo multirradicular;
- Exodontia de dente monorradicular;
- Exodontia de dente multirradicular;
- Remoção de sutura;
- Destartarização bimaxilar;
- Destartarização maxilar;
- Destartarização mandibular;
- Estudo de reabilitação com implantes;
- Realização e interpretação de radiografia periapical;
- Realização e interpretação de radiografia interproximal;
- Realização e interpretação de radiografia oclusal;
- Realização de radiografia periapical;

- Realização de radiografia interproximal;
- Realização de radiografia oclusal;
- Realização e interpretação de radiografia panorâmica;
- Realização e interpretação de telerradiografia lateral;
- Realização e interpretação de telerradiografia frontal;
- Realização de radiografia panorâmica;
- Realização de telerradiografia lateral;
- Realização de telerradiografia frontal;
- Atestado Médico.

2. Salvo disposição em contrário e sem prejuízo das exclusões constantes nas Condições Gerais, ficam ainda excluídas as despesas com:

- Todos os custos com utilização de materiais preciosos;
- Atos Médicos não incluídos no Módulo de Higiene e Prevenção Oral.

3. Este benefício está disponível 72 horas após a data de início do contrato.

CLÁUSULA 11.^a – MÉDICO 24/7

1. O Segurador disponibiliza um Atendimento Médico imediato por telefone ou por e-mail, gratuito e disponível 24 horas por dia, 7 dias por semana, para obtenção de apoio e aconselhamento para adoção de medidas que visem a melhoria da saúde da Pessoa Segura.
2. O aconselhamento e apoio concedido ao abrigo desta cobertura, destinam-se à identificação dos sinais e sintomas que a Pessoa Segura comunique, tendo por via de comunicação os meios disponíveis, cabendo ao serviço de apoio de especialistas sugerir a utilização dos meios mais adequados ao tipo

de situação, com indicação da necessidade de outro tipo de atendimento.

3. A utilização deste serviço não condiciona a possibilidade de a Pessoa Segura optar por complementar este tipo de atendimento através de outras equipas de especialistas, prestadores ou formas de atendimento.
4. A responsabilidade da cobertura é limitada à responsabilidade decorrente deste tipo de ato médico nas circunstâncias não presenciais em que é praticado.
5. Para mais informações sobre este serviço, a Pessoa poderá utilizar a Linha de Apoio ao Cliente.

CLÁUSULA 12.ª – SEGUNDA OPINIÃO MÉDICA INTERNACIONAL

1. O Segurador garante ao abrigo desta cobertura através do Serviço de Segunda Opinião Médica e mediante a solicitação da Pessoa Segura, via website ou via linha de apoio a clientes, o desenvolvimento das ações necessárias à recolha de uma segunda opinião médica, sobre um diagnóstico existente de uma Doença ou um tratamento em curso, por parte dos melhores especialistas a nível mundial.

Através deste serviço serão efetuadas as seguintes ações:

- Recolha de informação;
- Tradução de relatórios;
- Envio para o Comité Médico que, tendo em conta a patologia da Pessoa Segura analisará o processo médico com os especialistas envolvidos;
- Elaboração de relatório no qual transmite a segunda opinião médica.

3. Para efeitos desta cobertura consideram-se quaisquer condições médicas complexas, doenças graves ou crónicas ou diagnósticos complexos relacionados, mas não limitados, às seguintes Especialidades Médicas:

- Imunoalergologia
- Anestesiologia
- Cirurgia Oncológica da Mama
- Medicina Bariátrica
- Cardiologia
- Angiologia e Cirurgia Vascular
- Cirurgia Colorretal
- Dermato-Venereologia
- Emergência Médica
- Endocrinologia
- Medicina Geral e Familiar
- Gastroenterologia
- Cirurgia geral
- Medicina Geriátrica
- Ginecologia
- Hematologia Oncológica
- Hematologia Clínica
- Doenças Infecciosas
- Medicina Interna
- Nefrologia Materno-fetal
- Neurologia
- Neurocirurgia
- Obstetrícia
- Oftalmologia
- Cirurgia Oral e Maxilo-Facial
- Cirurgia Ortopédica
- Otorrinolaringologia
- Medicina da Dor
- Patologia Clínica
- Pediatria
- Neonatologia
- Cardiologia Pediátrica
- Gastroenterologia Pediátrica

- Hematologia Pediátrica Oncológica
- Neurologia Pediátrica
- Oftalmologia Pediátrica
- Cirurgia Ortopédica Pediátrica
- Cirurgia Vasculiar Periférica
- Medicina Física e de Reabilitação
- Cirurgia Plástica Reconstructiva e Estética
- Podologia
- Proctologia
- Psiquiatria
- Psicologia
- Pneumologia
- Radiologia
- Radiologia de Intervenção
- Medicina da Reprodução
- Radioncologia
- Reumatologia
- Urologia
- Uroginecologia
- Cirurgia Cardiotorácica.

3. Em complemento ao acima descrito e para as situações em que a Pessoa Segura o autorize, a Equipa Médica do Serviço de Segunda Opinião Médica efetuará a monitorização da mesma até à sua recuperação.

CLÁUSULA 13.^a – ASSISTÊNCIA EM PORTUGAL

1. Através do Serviço de Assistência o Segurador garante em Portugal os seguintes serviços:

a) Envio de Médico ao Domicílio - Em caso de urgência, o Segurador assegurará a deslocação de um médico ao domicílio da Pessoa Segura ou a outro local em Portugal, para consulta e aconselhamento quanto à orientação a seguir. O custo da deslocação ficará a cargo do Segurador, suportando a Pessoa Segura o valor

estipulado nas Condições Particulares, não reembolsável ao abrigo do seguro.

b) Enfermagem ao domicílio - Através deste serviço de assistência é garantido, à Pessoa Segura acamada e por prescrição médica, no seu domicílio ou residência habitual, o envio de um profissional de enfermagem, para a realização das seguintes despesas de enfermagem, exclusivamente em regime de prestações convencionadas:

- Honorários de enfermagem;
- Injeções endovenosas, intradérmicas, intramusculares ou subcutâneas;
- Penso e tratamento;
- Aspiração de secreções;
- Entubação Gástrica;
- Algáliação ou remoção da algália com lavagem vesical;
- Controlo de tensão arterial;
- Banho a acamados.

c) Envio de Medicamentos ao Domicílio - Sempre que solicitar um médico ao domicílio e não puder ausentar-se de casa para adquirir os medicamentos prescritos, o Serviço de Assistência poderá encarregar-se da compra dos medicamentos e entrega na sua morada. Ao preço dos medicamentos irá acrescer o custo de deslocação, que lhe será informado no momento em que efetua o pedido deste serviço adicional.

d) Transporte de Doentes ou Acidentados - Através do serviço de assistência o Segurador organizará e suportará os custos, sem limite de capital e sem copagamentos, em situações de urgência, da deslocação em ambulância adequada para o transporte de feridos e doentes em

Portugal, da Pessoa Segura acidentada ou subitamente doente, para o hospital ou clínica mais próximo.

- e) **Informação sobre Farmácias de Serviço, Médicos e Estabelecimentos médicos – O Segurador, através do serviço de assistência, prestará informações sobre as farmácias que se encontram de serviço bem como sobre hospitais, clínicas, centros de saúde ou de primeiros socorros, públicos ou privados e médicos especialistas, particularmente equipados ou indicados para o tratamento de doenças ou lesões específicas. Este serviço também é prestado pela assistência, sem limite de capital e sem copagamento a cargo da Pessoa Segura.**
- f) **Informações Médicas – O Segurador, através deste serviço de assistência, prestará informações na área da saúde que lhe forem solicitadas, dando respostas objetivas às perguntas colocadas e baseando-se em elementos oficiais. Caso não seja possível fornecer uma resposta imediata, o Segurador diligenciará no sentido de efetuar a procura das informações solicitadas e voltará a contactar com a Pessoa Segura para transmitir as respetivas informações. O Segurador não será responsável pelas interpretações da Pessoa Segura, nem pelas eventuais consequências das mesmas. Quando necessário será disponibilizado o contacto direto da Pessoa Segura com o seu serviço médico, não podendo as eventuais informações médicas prestadas ser entendidas como uma consulta médica, mas tão somente**

como uma orientação geral prestada por um dos médicos do Segurador.

2. Salvo disposição em contrário e sem prejuízo das exclusões constantes nas Condições Gerais, ficam excluídas desta cobertura as despesas com:

- **Eventuais tratamentos aconselhados ou prescritos na consulta ao domicílio;**
- **Quaisquer outras despesas médicas.**

3. Este benefício está disponível 72 horas após a data de início do contrato.

4. Apenas as prestações que tenham sido previamente solicitadas ao serviço de assistência serão garantidas pelo Segurador. Prestações que tenham sido realizadas sem o seu acordo, ainda que por motivo de força maior ou impossibilidade material demonstrada, não se encontram garantidas.

5. Esta cobertura está disponível em Portugal.

6. Procedimento em caso de Sinistro

Em caso de sinistro que afete esta cobertura de assistência, a Pessoa Segura deve:

- **Contactar imediatamente o serviço de assistência, caracterizando a ocorrência e fornecendo todas as informações necessárias para a prestação da assistência solicitada;**
- **Seguir as instruções do serviço de Assistência e tomar as medidas necessárias e possíveis para impedir o agravamento das consequências do sinistro;**
- **Satisfazer, em qualquer altura, os pedidos de informação solicitados pelo Serviço de Assistência e remeter-lhe prontamente**

todos os avisos, convocações ou citações que receberem;

- Recolher e facultar ao serviço de assistência os elementos relevantes para a efetivação das responsabilidades de terceiros, quando for o caso;
- As pessoas que tenham utilizado o serviço de assistência para o efeito da cobertura de transporte de doentes ou acidentados, ficam obrigadas a promover as diligências necessárias à recuperação de bilhetes de transporte já pagos e não utilizados e a entregar ao Segurador as importâncias recuperadas.

CLÁUSULA 14.^a – ASSISTÊNCIA EM VIAGEM NO ESTRANGEIRO

A presente Condição Especial garante à Pessoa Segura, quando em viagem no estrangeiro por um período não superior a 60 dias, em caso de acidente ou doença que a impeça de prosseguir viagem, o direito a um Serviço de Assistência, nos termos e limites a seguir fixados:

1. COBERTURAS

a) Transporte ou Repatriamento Sanitário

Se a Pessoa Segura sofrer um acidente ou adoecer subitamente no estrangeiro, o Segurador, através do Serviço de Assistência, tomará a seu cargo:

a.1) As despesas de transporte em Ambulância até à unidade hospitalar mais próxima;

a.2) A orientação por parte da sua equipa médica, que determinará os cuidados urgentes adequados à situação e o melhor tratamento a seguir, em colaboração com o médico assistente da Pessoa Segura, tal como o meio mais

apropriado para o eventual transporte para outra unidade hospitalar ou para o domicílio;

a.3) A organização e o custo deste transporte pelo meio mais adequado.

O Segurador encarregar-se-á ainda da oportuna viagem de regresso, se a Pessoa Segura ficar internada em unidade hospitalar. Se a urgência e a gravidade da situação o exigirem, no entendimento dos médicos indicados pelo Segurador, será utilizado avião sanitário adequado para o transporte de feridos e doentes em Portugal, na Europa e nos países da costa mediterrânea. Nos restantes casos, tal transporte efetuar-se-á por avião comercial ou qualquer outro meio mais adequado às circunstâncias. Este benefício é sem limites de Capitais.

b) Despesas médicas, cirúrgicas, farmacêuticas e de hospitalização no estrangeiro

Se em consequência de acidente ou doença súbita ocorridos no estrangeiro, a Pessoa Segura necessitar de assistência médica, cirúrgica, farmacêutica ou hospitalar, o Segurador, através do Serviço de Assistência, suportará ou reembolsará as respetivas despesas, até ao limite por Episódio (Sinistro) previsto nesta Condição Especial.

c) Acompanhamento da Pessoa Segura hospitalizada

Se se verificar a hospitalização de uma Pessoa Segura e se o seu estado não aconselhar o repatriamento ou regresso imediato, o Segurador suporta as despesas de estadia num hotel, não inicialmente previstas, de um familiar ou pessoa por ela designada que se encontre já no local, para ficar junto de si, até ao limite de EUR 75,00 por dia e no máximo de EUR 750,00 por Episódio.

d) Prolongamento de Estadia em Hotel

Se após a hospitalização de uma Pessoa Segura e se o seu estado não aconselhar o repatriamento ou regresso imediato, o Segurador suporta as despesas de prolongamento de estadia num hotel, não inicialmente previstas, até ao limite de EUR 75,00 por dia e no máximo de EUR 750,00 por Episódio.

e) Bilhete de transporte de ida e volta para um familiar e respetiva estadia

Se a hospitalização da Pessoa Segura ultrapassar 5 dias e se não for possível acionar a cobertura prevista no número anterior, o Segurador suporta as despesas a realizar por um familiar com a passagem de ida e volta de comboio em 1ª classe ou de avião em classe turística, com partida de Portugal, para ficar junto dela, responsabilizando-se ainda por despesas de estadia. O custo do bilhete é sem limite de capital no entanto estabelece-se EUR 75,00 como Valor diário por Estadia, e no máximo de EUR 750,00 por Episódio.

f) Encargo com crianças no estrangeiro

Tendo havido repatriamento ou transporte da Pessoa Segura por motivo de doença ou acidente, de harmonia com a cobertura prevista na alínea a) anterior, se a Pessoa Segura tiver ao seu cargo menor(es) com idade inferior a 15 anos, e não dispuserem de um familiar ou pessoa de confiança para os acompanhar em viagem, o Segurador suportará as despesas a realizar por uma pessoa que viaje com elas até ao local do seu domicílio ou até onde se encontre hospitalizada a Pessoa Segura, benefício sem limites de Capital.

g) Informações sobre médicos e estabelecimentos médicos

O Segurador prestará informações acerca de hospitais, clínicas, centros de saúde ou de

primeiros socorros, públicos ou privados, no estrangeiro, benefício sem limites de Capital.

h) Transporte ou Repatriamento da Pessoa Segura Falecida

Se a Pessoa Segura falecer no estrangeiro, o Segurador, através do Serviço de Assistência, suportará as despesas relacionadas com as formalidades legais a cumprir no local de falecimento, bem como com as despesas decorrentes do transporte do corpo em urna para o local do funeral em Portugal, benefício sem limites de Capital.

i) Envio Urgente de Medicamentos

Envio à Pessoa Segura, para o local no estrangeiro onde se encontre, dos medicamentos indispensáveis e de seu uso habitual que aí não existam ou não tenham sucedâneos. Ficarão a cargo da Pessoa Segura o custo dos medicamentos e a totalidade dos custos de expedição. Não existe um limite na frequência de utilização deste benefício.

2. VALIDADE

A Pessoa Segura, para poder beneficiar das coberturas, tem de ter o seu domicílio e residência habitual em Portugal e o tempo de permanência fora do País não pode exceder 60 dias por viagem ou deslocação.

Não ficam garantidas por esta Condição Especial, as prestações que não tenham sido previamente solicitadas ao Serviço de Assistência ou tenham sido executadas sem o seu acordo, salvo em caso de força maior ou impossibilidade material demonstrada.

3. ÂMBITO TERRITORIAL

As coberturas subscritas ao abrigo da condição especial são válidas em Todo o Mundo.

4. EXCLUSÕES

Ficam excluídas:

- a) Despesas médicas, cirúrgicas e de hospitalização em Portugal;
- b) Despesas do foro estomatológico;
- c) Despesas com a aquisição e/ou colocação de próteses, ortóteses, óculos e lentes de contacto e similares;
- d) Despesas de obstetrícia; despesas resultantes de partos e complicações devidas ao estado de gravidez, salvo se imprevisíveis durante as primeiras 26 semanas no caso das coberturas previstas nas alíneas a) e b) anteriores;
- e) Sinistros resultantes de uma doença ou estado patológico existente antes do início da viagem bem como lesões resultantes de intervenções cirúrgicas ou outros atos médicos não motivados por Acidente garantido pelo contrato; exceto para episódios agudos dessas doenças e sempre que o motivo da viagem não tenha sido a de fazer o dito tratamento;
- f) Doença mental ou qualquer doença do foro psiquiátrico;
- g) Suicídio ou a tentativa de suicídio da Pessoa e suas consequências, bem como outros atos intencionais praticados pela Pessoa sobre si própria;
- h) Atos dolosos, criminosos ou contrários à ordem pública de que o Tomador de Seguro ou a Pessoa sejam autores materiais ou morais ou de que sejam cúmplices;
- i) Ações ou omissões da Pessoa influenciada pelo uso de estupefacientes, sem prescrição médica, ou bebidas alcoólicas de que resulte grau de alcoolemia igual ou superior àquele que, em caso de condução sob o efeito do álcool, determine a prática seja de contraordenação seja de crime;
- j) Despesas de odontologia;
- k) Sinistros resultantes da prática desportiva profissional ou amadora federada e respetivos treinos bem como da prática de outros desportos “especiais” tais como, alpinismo, boxe, karaté e outras artes marciais, tauromaquia, para-quedismo, parapente, asa delta, todos os desportos designados de radicais, espeleologia, pesca e caça submarinas, desportos de inverno, tais como Ski e Snowboard, quaisquer desportos que envolvam veículos motorizados (de 2 rodas ou outros), motonáutica e outros desportos análogos na sua perigosidade;
- l) Urna e gastos com o enterro ou cerimónia fúnebre;
- m) Sinistros resultantes de cataclismos da natureza, tais como ventos ciclónicos, terremotos, maremotos, outros fenómenos análogos nos seus efeitos e ainda ação de raio;
- n) Assaltos, greves, distúrbios laborais, tumultos e quaisquer outras alterações da ordem pública, rebelião, atos de terrorismo e sabotagem ou insurreição;
- o) Revolução, guerra civil, invasão e guerra declarada ou não contra país estrangeiro, hostilidades entre nações estrangeiras, quer haja ou não declaração de guerra, e atos bélicos provenientes direta ou indiretamente dessas hostilidades;
- p) Sinistros resultantes da utilização pela Pessoa de aeronaves ou embarcações não pertencentes a linhas ou carreiras comerciais incluindo transporte em aviões militares;
- q) Sinistros resultantes de explosão ou quaisquer outros fenómenos direta ou indiretamente

- relacionados com a desintegração ou fusão de núcleos de átomos, bem como os efeitos da contaminação radioativa;
- r) Tratamento em termas ou praias e, em geral, curas de mudança de ares ou de repouso bem como tratamentos estéticos;
 - s) Despesas de medicina preventiva, vacinas ou similares incluindo honorários médicos;
 - t) Despesas de reabilitação e fisioterapia efetuadas sem o acordo da equipa médica do Segurador através dos Serviços de Assistência;
 - u) As despesas médicas relativas a tratamentos iniciados no país de residência ou de nacionalidade;
 - v) Despesas médicas, cirúrgicas e de hospitalização em Portugal por doença, independentemente do local ou origem das mesmas, incluindo as efetuadas no decurso da viagem;
 - w) Não ficam garantidas por este seguro as prestações que não tenham sido solicitadas ao Segurador, através dos Serviços de Assistência, nem as despesas que não tenham sido efetuadas com o seu acordo, salvo nos casos de força maior ou de impossibilidade material demonstrada;
 - x) Pandemias e epidemias.

ASSISTÊNCIA – TABELA DE LIMITES DE INDEMNIZAÇÃO

Coberturas	Limites e Copagamentos
Transporte ou Repatriamento Sanitário	Ilimitado.
Despesas médicas, cirúrgicas, farmacêuticas e de hospitalização no estrangeiro	Máximo por sinistro EUR 12.000,00.
Acompanhamento da Pessoa Segura hospitalizada	Valor diário de EUR 75,00 no máximo de EUR 750,00.
Prolongamento de Estadia em Hotel	Valor diário de EUR 75,00 no máximo de EUR 750,00
Bilhete de transporte de ida e volta para um familiar e respetiva estada	Transporte ilimitado Valor diário estadia: EUR 75,00 até ao máximo de EUR 750,00.
Encargo com crianças no estrangeiro	Ilimitado.
Informações sobre médicos e estabelecimentos médicos	Ilimitado.
Transporte ou Repatriamento da Pessoa Segura Falecida	Ilimitado.
Envio Urgente de Medicamentos	Frequência Ilimitada. Cliente suporta os custos.

CAPÍTULO II - COBERTURAS COMPLEMENTARES

As coberturas a seguir enumeradas funcionam como um módulo único, não podendo ser contratadas separadamente. Este módulo dispõe de um capital seguro universal próprio, estabelecido nas Condições Particulares e crescente com o decurso das anuidades da apólice. A utilização dos benefícios é da livre escolha da Pessoa Segura.

CLÁUSULA 15.ª - MEDICAMENTOS

1. Estão incluídas as despesas com aquisição de medicamentos com taxa de IVA reduzida, desde que:

- Pré-comparticipados pelo SNS,
- Registados no INFARMED (Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento),
- Cujo preço por embalagem seja igual ou superior ao valor fixado nas Condições Particulares.

2. Exclusões Específicas

- a) Medicamentos para tratamento ou correção da obesidade (incluindo obesidade mórbida e suas consequências);
- b) Medicamentos que não tenham sido pré-comparticipados pelo SNS, exceto se for uma despesa realizada no estrangeiro e abrangida pela Cláusula 5.ª destas Condições Especiais;
- c) Medicamentos destinados à contraceção;
- d) Medicamentos destinados a combater a queda do cabelo;
- e) Vacinas;
- f) Medicamentos de venda livre;
- g) Medicamentos destinados à prevenção de doenças virais, tais como a gripe ou a hepatite;
- h) Medicamentos manipulados;
- i) Produtos de higiene e produtos dermocosméticos.

CLÁUSULA 16ª - ÓCULOS E OUTRAS ORTÓTESES E PRÓTESES

1. Estão incluídas as despesas, desde que prescritas por um médico, com a aquisição de:

- Aros, de dois em dois anos, até ao sublimite estipulado nas Condições Particulares;
- Lentes;
- Lentes de contacto graduadas;
- Próteses auditivas, oftalmológicas e ortopédicas;
- Compra ou aluguer de cadeira de rodas, camas articuladas, canadianas e outros equipamentos auxiliares.

2. Exclusões Específicas

- a) Óculos de sol (com ou sem graduação) e placas solares;
- b) Próteses estomatológicas;
- c) Calçado ortopédico (apenas fica abrangido o material destinado à correção);
- d) Próteses intra-cirúrgicas;
- e) Collants, meias elásticas e de descanso e cintas ortopédicas;
- f) Suspensões braquiais e colares cervicais (exceto para situações pós-cirúrgicas ou em consequência de acidente);
- g) Colchões e almofadas ortopédicos e anti-escaras;
- h) Humidificadores e similares; ar condicionados; purificadores de ar;
- i) Qualquer Prótese ou Ortótese cuja finalidade seja apenas estética e não funcional;
- j) Próteses miogénicas ou bioeléctricas; implantes eletrónicos;
- k) Perucas ainda que sua utilização seja considerada necessária durante um tratamento de Quimioterapia;
- l) Aparelhos para aplicação de Insulina.

CLÁUSULA 17.ª - ESTOMATOLOGIA

1. Estão incluídas as despesas com:

- Consultas;

- **Tratamentos, RX e limpezas dentárias;**
- **Próteses dentárias;**
- **Ortodôncia;**
- **Ortopantomografia e TAC Dentário;**
- **Cirurgia do foro estomatológico ou maxilo-facial, originado por doença não maligna.**

2. Exclusões Específicas

- a) Despesas com utilização de materiais preciosos;**
- b) Branqueamentos.**