

SEGURADOR

Real Vida Seguros, S.A.

PRODUTO

Real Seguro Saúde Doenças Graves

DESCRIÇÃO

O Real Seguro Saúde Doenças Graves é um seguro que garante a comparticipação de despesas médicas em caso de doença grave devidamente diagnosticada ou em caso de hospitalização.

Ficam também garantidos um conjunto de serviços que permitem um rápido e cómodo acesso aos cuidados de saúde.

ENTIDADE GESTORA DE SAÚDE

Advancecare

PLANOS DE COBERTURAS

Coberturas	
Doenças Graves	√
Hospitalização	Opcional
Parto	Opcional ¹⁾
Acesso à Rede	√
Acesso à Rede Estomatologia - Dentinet	Opcional ²⁾
Acesso à Rede Bem-Estar	Opcional ²⁾
Médico ao Domicílio	√
Médico Online	√
Programa de Acompanhamento de Doentes	√
Segunda Opinião Médica Internacional	√
Acesso à Rede em Espanha - HNA	√

¹⁾ A cobertura de Parto apenas pode ser subscrita cumulativamente com a cobertura de Hospitalização.

²⁾ As coberturas de Acesso à Rede Estomatologia - Dentinet e Acesso à Rede Bem-Estar são de subscrição cumulativa.

ÂMBITO DAS COBERTURAS

DOENÇAS GRAVES

A cobertura garante até ao valor fixado e nos termos previstos nas Condições Particulares, o pagamento das despesas suportadas pela Pessoa Segura, em regime de prestações na rede, com diagnósticos, tratamentos, internamentos, cuidados continuados, cuidados paliativos, serviços ou prescrições médicas consideradas clinicamente necessárias, quando as mesmas resultem ou sejam consequência de qualquer uma das Doenças Graves ou Situações Clínicas a seguir indicadas, desde que os primeiros sintomas e respectivo diagnóstico ocorram durante o período de vigência da apólice, após o decurso do respectivo período de carência.

O pagamento de consultas de Psicologia está limitado ao máximo de 8 por sinistro.

Serão igualmente reembolsadas as despesas decorrentes de consultas e exames complementares de diagnóstico efectuados para estudo das doenças graves consideradas contratualmente cobertas e desde que medicamente adequados e realizados em prestadores convencionados.

A Pessoa Segura poderá escolher livremente o prestador para tratamento da(s) doença(s) grave(s), dentro da rede convencionada. Todos os actos médicos integrados no âmbito da presente cobertura requerem um pedido de pré-autorização.

Para efeito desta cobertura são consideradas as seguintes doenças graves:

Cancro

O que está seguro:

Doença que se manifeste pela presença de um tumor maligno caracterizado por um crescimento descontrolado de células malignas e

invasão de tecidos (localmente ou à distância). O termo “cancro” inclui as leucemias, as doenças malignas do sistema linfático (como Doença de Hodgkin) e todas as formas de tumores “in situ” (tumores de pequenas dimensões, sem metastização).

O diagnóstico deve ser evidenciado por histologia claramente definida.

No âmbito desta patologia (cancro) não se encontram garantidas as situações clínicas abaixo referidas.

O que não está seguro:

- Qualquer tumor histologicamente descrito como pré-maligno;
- Cancro da próstata em estadio 1 (T1a, 1b, 1c);
- Carcinoma basocelular e carcinoma de células escamosas;
- Melanoma maligno estadio IA (T1a, 1b, 1c);
- Displasia do colo do útero e Sarcoma de Kaposi;
- Qualquer tumor maligno em presença de qualquer vírus de imunodeficiência humana (HIV).

Cirurgias das Artérias Coronárias**O que está seguro:**

Tratamento cirúrgico de revascularização das artérias coronárias, na cardiopatia isquémica. Encontram-se incluídos a cirurgia convencional (de pontagem ou by-pass) e o tratamento endovascular (angioplastia com balão e/ou colocação de stent) destinado à dilatação destas artérias.

No âmbito das cirurgias das artérias coronárias não se encontram garantidas as cirurgias e procedimentos abaixo referidos.

O que não está seguro:

- Cirurgias causadas por lesões traumáticas da aorta;
- Cirurgias motivadas por alterações congénitas;
- Técnicas não cirúrgicas como o tratamento de estenoses/obstruções com laser, e qualquer outra técnica que não requeira abertura cirúrgica do tórax (toracotomia), com excepção da angioplastia com balão e/ou com colocação de stent.

Enfarte do Miocárdio**O que está seguro:**

Morte (necrose) de uma parte do músculo cardíaco subsequente a uma insuficiência de fluxo sanguíneo local. Esta necrose deve ser recente e claramente objectivada por todos os critérios a seguir indicados:

- a) História de pré-cordialgias características da cardiopatia isquémica (angina de peito);
- b) Alterações electrocardiográficas específicas do enfarte do miocárdio;
- c) Elevação das enzimas cardíacas específicas do enfarte do miocárdio, ou de outros marcadores bioquímicos característicos desta patologia.

No âmbito do enfarte do miocárdio não se encontram garantidas as situações clínicas abaixo referidas.

O que não está seguro:

- Sequelas e cicatrizes de enfartes do miocárdio diagnosticados em electrocardiograma;
- Enfarte do miocárdio sem elevação do segmento ST e com elevação isolada da Troponina I ou T;
- Outros síndromes coronárias agudos (por exemplo angina de peito estável ou instável).

Insuficiência Renal Crónica**O que está seguro:**

Etapa final de doença renal que se manifesta por uma insuficiência irreversível da função de ambos os rins, resultando na necessidade de realização regular e permanente de hemodiálise ou diálise peritoneal. O diagnóstico deve ser confirmado por médico especialista (Nefrologista).

O que não está seguro:

Insuficiência renal aguda.

Acidente Vascular Cerebral (AVC)**O que está seguro:**

Qualquer acidente vascular cerebral que produza sequelas neurológicas permanentes e irreversíveis. Compreende o enfarte (morte do tecido cerebral) e a hemorragia cerebral. Está incluída também a embolia cerebral de causa extra-craniana. O diagnóstico deve ser estabelecido mediante a presença de sintomas clínicos característicos da doença, evidência de lesões cerebrais registadas em

tomografia axial computadorizada (TAC) e ressonância magnética nuclear (RMN), e confirmado por médico especialista (Neurologista). A deficiência neurológica tem de ser confirmada e documentada três meses após o estabelecimento do diagnóstico, novamente por médico especialista (Neurologista).

No âmbito dos acidentes vasculares cerebrais não se encontram garantidas as situações clínicas abaixo referidas.

O que não está seguro:

- Acidentes isquémicos transitórios (AIT);
- Lesões cerebrais traumáticas;
- Sintomas neurológicos secundários a enxaqueca;
- Enfartes lacunares sem défice neurológico;
- Acidentes isquémicos vertebro-basilares.

Tratamento das Doenças Valvulares do Coração**O que está seguro:**

Intervenção cirúrgica sobre uma ou mais válvulas cardíacas para tratamento da sua patologia (valvulopatia). Estão incluídas as cirurgias convencionais e endovasculares de dilatação (valvulotomia ou valvuloplastia) e as cirurgias convencionais e endovasculares de substituição (com válvulas biológicas ou protésicas).

O diagnóstico da valvulopatia e a necessidade do seu tratamento cirúrgico devem ser estabelecidos por médico especialista (Cardiologista), que deverá basear o seu parecer em estudo ecocardiográfico.

No âmbito do tratamento cirúrgico destas doenças não se encontra garantida a situação clínica abaixo referida.

O que não está seguro:

Tratamento cirúrgico de valvulopatias congénitas.

Esclerose Múltipla**O que está seguro:**

Doença cujo diagnóstico deve ser baseado em sintomas clínicos típicos de desmielinização, deterioração das funções motoras e sensoriais, e confirmado por Ressonância Magnética Nuclear (RMN).

A Pessoa Segura deve apresentar défices neurológicos mantidos durante pelo menos 6 meses, ou ter um mínimo de dois episódios (cl clinicamente documentados) com um intervalo de um mês entre eles, ou um episódio clinicamente documentado em conjunto com resultados característicos do Líquido cefalo-raquidiano (LCR), bem como lesões cerebrais específicas detectadas na Ressonância Magnética Nuclear.

O diagnóstico esclerose múltipla deve ser estabelecido de forma inequívoca por médico especialista (Neurologista).

Paralisia das Extremidades**O que está seguro:**

Perda total e irreversível do uso de duas ou mais extremidades por paralisia (plegia) resultante de doença da medula espinal. Entende-se por extremidades os membros superiores e inferiores. Estão incluídas as tetraplegias, as hemiplegias (direita ou esquerda) e as paraplegias.

A paralisia tem de persistir durante um período mínimo de três meses, e o seu diagnóstico deve ser determinado por médico especialista (Neurologista).

O que não está seguro:

- Paralisias de causa traumática.

Efeito do Accionamento da Cobertura de Doenças Graves

Aquando do diagnóstico de uma doença grave e accionada a cobertura, esta mantém-se em vigor com o pagamento de prémio até se encontrar esgotado o respectivo capital, sem limite temporal para o efeito. A cessação da cobertura não implica a cessação da apólice. O capital pode ser utilizado em qualquer outra doença grave, que possa vir a ser diagnosticada após o accionamento da cobertura.

Se no seguimento de uma doença grave, o Tomador do Seguro manifestar desinteresse em manter a Cobertura de Doenças Graves, a mesma cessa no final da anuidade em que a doença grave for diagnosticada, deixando de pagar prémios da cobertura de Doenças Graves a partir dessa data. Nesta situação o capital poderá ser utilizado para o tratamento da doença grave até se esgotar, durante o prazo máximo de 5 anos desde a data de diagnóstico.

ACESSO À REDE EM ESPANHA – HNA

A cobertura garante em regime de prestações na rede as despesas médicas consideradas ao abrigo da Cobertura de Doenças Graves, se contratadas, e de acordo com os limites fixados para a respectiva cobertura.

As exclusões aplicadas são as consideradas para a cobertura respectiva.

Acesso à rede HNA em Espanha, dotada de cobertura nas zonas de fronteira e com mais de 20.000 prestadores, incluindo hospitais e clínicas de prestígio (ex. Hospital Universitário de Navarra).

PROGRAMA DE ACOMPANHAMENTO DE DOENTES

A presente cobertura garante o acompanhamento do doente convalescente no período pós-cirúrgico ou pós-hospitalização decorrente do âmbito da cobertura de Doenças Graves e Hospitalização, esclarecendo as suas dúvidas, prevenindo complicações, evitando idas à urgência, consultas adicionais e a readmissão hospitalar, mediante:

- Contacto telefónico por parte do profissional de saúde da AdvanceCare no primeiro dia útil a seguir à alta hospitalar;
- Disponibilização à Pessoa Segura de uma linha telefónica e de um endereço de e-mail para esclarecimento de dúvidas.

O serviço de acompanhamento vigora durante o 1º mês pós-cirurgia ou internamento.

SEGUNDA OPINIÃO MÉDICA INTERNACIONAL

A cobertura garante o acesso aos serviços de Segunda Opinião Médica consubstanciado exclusivamente no apoio à elaboração do dossiê clínico e envio para avaliação pelos melhores especialistas de saúde pertencentes à Rede AdvanceCare.

Esta cobertura não garante qualquer tipo de deslocação ou procedimento médico em Portugal ou no estrangeiro.

Não há limite de solicitações, sempre que a Pessoa Segura não fique satisfeita com o resultado do relatório da segunda opinião médica, poderá solicitar nova avaliação.

Ficam garantidos mediante solicitação da Pessoa Segura:

- Organização do dossiê médico bem como a realização em Portugal de todos os exames médicos, análises clínicas ou outra informação necessária à instrução do mesmo;
- Recolha de segunda opinião junto dos melhores especialistas a nível mundial relativamente ao diagnóstico da patologia e respectivo tratamento;
- Elaboração e disponibilização à Pessoa Segura do relatório final com as conclusões e recomendações.

ACESSO À REDE

A presente cobertura garante, através da sua Rede Médica Convencionada, o acesso a um conjunto de prestadores médicos, através dos quais a Pessoa Segura poderá usufruir de benefícios que se traduzem no acesso a actos de medicina ambulatoria, consultas de especialidade, exames clínicos e exames auxiliares de diagnóstico, a preços convencionados.

A Pessoa Segura terá acesso aos seguintes serviços:

- Ambulatório
- Consultas de Especialidade
- Medicina Física e Reabilitação
- Exames Auxiliares e Diagnóstico
- Parto
- Próteses e Ortóteses
- Internamento Hospitalar
- Estomatologia, excepto se contratada a cobertura de Acesso à Rede de Estomatologia - Dentinet

Os valores convencionados para os serviços descritos acima poderão variar de acordo com as condições protocoladas com cada um dos prestadores que integram a Rede Convencionada. O valor das consultas programadas e consultas de urgência não poderá, no entanto, exceder o valor máximo constante nas Condições Particulares.

A adesão do prestador de cuidados de saúde à Rede Médica poderá variar consoante as especialidades e as capacidades disponíveis do prestador para a prática de determinadas consultas, exames clínicos ou outros meios complementares de diagnóstico.

HOSPITALIZAÇÃO

A cobertura garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, o pagamento de despesas efectuadas pela Pessoa Segura em regime de prestações na rede ou prestações por reembolso em consequência de Hospitalização numa unidade hospitalar, motivada por doença ou acidente.

O pagamento de despesas médicas, no que se refere a hospitalização da Pessoa Segura necessita sempre de pré-autorização por parte dos serviços clínicos.

Os honorários médicos do cirurgião, anestesista, ajudante e instrumentista ficam condicionados ao resultado do produto entre o valor máximo de k estabelecido, € 6,75 e o número de k atribuídos ao acto médico, de acordo com o Código de Nomenclatura e Valor Relativo de Actos Médicos, publicado pela Ordem dos Médicos.

Para os devidos efeitos, são considerados todos os actos de diagnóstico ou terapêutica, cuja realização requeira os meios e serviços específicos de ambiente hospitalar com internamento por período igual ou superior a 24 horas e que não se prolongue no tempo por período superior a 365 dias. Ainda que o internamento tenha duração inferior a 24 horas, está também garantido o pagamento das despesas acima referidas, quando decorrentes de actos cirúrgicos cuja valorização seja igual ou superior a 100 K.

O que está seguro:

- a) Honorários médicos, nomeadamente os relativos ao médico cirurgião, anestesista, ajudantes e instrumentistas;
- b) Internamento em unidades de cuidados intensivos;
- c) Quimioterapia e Radioterapia realizada no hospital em regime ambulatorio;
- d) Cirurgia realizada no hospital em regime ambulatorio;
- e) Cirurgia do foro estomatológico ou maxilo-facial quando seja consequência de doença oncológica ou de acidente que requeira tratamento de urgência em hospital;
- f) Internamento motivado por doenças do foro psíquico, no máximo de quinze (15) dias por anuidade;
- g) Diárias da Pessoa Segura;
- h) Enfermagem (não privativa);
- i) Exames auxiliares de diagnóstico, quando prescritos e realizados durante o internamento;
- j) Medicamentos administrados durante o internamento;
- k) Piso de sala de operação e instalações necessárias à realização dos actos médicos (bloco operatório, sala de recobro, etc...) e material usado (gases de anestesia, oxigénio, etc...);
- l) Transporte terrestre de ambulância para ou do hospital em Portugal.

O que não está seguro:

- a) Pagamento das despesas de internamento relacionadas com cirurgias e tratamentos do foro estomatológico ou maxilo-facial, excepto se resultante de acidente garantido por este Contrato;
- b) Cirurgias ou tratamentos refrativos à miopia, astigmatismo e hipermetropia (cirúrgico ou a laser), excepto para situações com mais de 4 dioptrias;
- c) Despesas de natureza particular, tais como: telefone, aluguer de tv, etc...;
- d) Enfermagem privativa;
- e) Honorários de parteiras;
- f) Despesas com acompanhantes, excepto nos casos de internamento de crianças de idade inferior a 12 anos;
- g) Despesas de saúde e internamento, quando, de acordo com o estado de saúde da Pessoa Segura, os tratamentos realizados constituam cuidados continuados ou tenham uma finalidade meramente paliativa, para convalescença, reabilitação psicomotora, recuperação ou motivos sociais.

PARTO

A presente cobertura garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, o pagamento das despesas efectuadas, em regime de prestações na rede ou prestações por reembolso, em consequência de internamento exclusivamente para realização de Parto Normal, Cesariana e Interrupção Involuntária da Gravidez, que requeiram os meios e serviços específicos de ambiente hospitalar.

Qualquer internamento motivado por gravidez, que não para a realização dos actos acima mencionados (Parto Normal, Cesariana e Interrupção Involuntária da Gravidez) estará coberto pela cobertura de Hospitalização.

O que está seguro:

- a) Honorários médicos e de enfermagem relacionados com a assistência prestada, nomeadamente médico obstetra, pediatra, bem como do anestesista, ajudantes e instrumentista quando tal se justifique;
- b) Acomodação e utilização das infraestruturas necessárias para a realização dos actos médicos (diárias, bloco operatório, recobro e equipamentos);
- c) Materiais e todos os produtos associados aos cuidados prestados;
- d) Exames auxiliares de diagnóstico da Pessoa Segura efectuados durante o período de internamento;
- e) Medicamentos ministrados à Pessoa Segura durante o internamento hospitalar;
- f) Transporte terrestre para ou do Hospital.

O que não está seguro:

- a) Interrupção Voluntária da Gravidez;
- b) Enfermagem privativa;
- c) Despesas com acompanhante;
- d) Honorários de parteiras;
- e) Despesas de natureza particular, nomeadamente telefone, aluguer de tv, etc....

MÉDICO AO DOMICÍLIO

A presente cobertura garante à Pessoa Segura através do Serviço de Assistência, nos termos e limites para o efeito fixado nas Condições Particulares, a prestação dos seguintes serviços:

- Serviço de Atendimento Permanente;
- Aconselhamento Médico Telefónico;
- Envio de Médico ao Domicílio em caso de Urgência;
- Envio de um Profissional de Enfermagem ao Domicílio.

MÉDICO ONLINE

Através da linha telefónica de atendimento 24 horas por dia e 365 dias por ano, a Pessoa Segura poderá solicitar, à Equipa Médica, através do Serviço de Assistência, informações médicas ou de simples aconselhamento.

Cada consulta a suportar pela Pessoa Segura implicará um copagamento de 15 €, sendo as duas primeiras consultas gratuitas, por anuidade. A presente garantia só é válida se a Pessoa Segura solicitar previamente o serviço, não havendo lugar a reembolsos de consultas efetuadas sem o consentimento do Segurador através do Serviço de Assistência.

ACESSO À REDE ESTOMATOLOGIA – DENTINET

A presente cobertura garante à Pessoa Segura, o acesso a preços convencionados a consultas em médicos especialistas em estomatologia, medicina dentária, cirurgia dentária, ortodontia, higiene oral ou próteses estomatológicas, clínicas, centros de diagnóstico ou outras unidades de cuidados de saúde dentários, na rede clínica convencionada, em consequência de doença manifestada ou acidente ocorrido durante o período de vigência da Apólice.

Encontra-se garantido o acesso a:

- a) Tratamentos ambulatoriais do foro estomatológico e outros actos clínicos desde que prescritos por estomatologista;
- b) Honorários médicos;
- c) Exames auxiliares de diagnóstico, desde que prescritos por médicos estomatologistas, de medicina dentária ou de maxilo-facial;
- d) Limpezas dentárias;
- e) Próteses dentárias;
- f) Ortodontia.

Fica a cargo da Pessoa Segura a totalidade do valor convencionado, que deve ser liquidado directamente ao Prestador aquando da realização da intervenção.

São no entanto garantidos, sem qualquer custo, os actos de diagnóstico e prevenção que integram o anexo I.

A rede de Prestadores Clínicos e tabela de co-pagamentos convencionados, encontra-se actualizada em www.dentinet.pt.

ACESSO À REDE BEM-ESTAR

A presente cobertura garante à Pessoa Segura, o direito de acesso à Rede de Serviços ligados à Saúde e Bem-Estar, suportando a

Pessoa Segura a totalidade dos custos, a preços de Rede.

Entende-se por "Saúde e Bem-Estar" os serviços ligados à Saúde mas considerados fora do âmbito da medicina convencional e/ou não abrangidos pelo Contrato de Seguro de Saúde.

Ficam abrangidos os serviços na área das medicinas complementares e do bem-estar físico e mental: Osteopatia, Podologia, Psicologia, Estética, Acupunctura, SPA's, Preparação para o Parto, CrioPreservação de Células Estaminais, Termas, Assistência Domiciliária, Genética, Homeopatia, Nutrição, Quiroprática, Shiatsu, Talassoterapia, etc.

EXCLUSÕES GERAIS

1. Actos realizados por médicos e outros profissionais de saúde que sejam cônjuge, pais, filhos ou irmãos da Pessoa Segura;
2. Consequências de atraso injustificado ou negligência imputáveis ao prestador de cuidados de saúde ou à Pessoa Segura no recurso a assistência médica, ou da recusa ou inobservância de tratamentos que lhe tenham sido prescritos;
3. As anomalias congénitas que se manifestam a qualquer momento, excepto para recém-nascidos cuja adesão seja efectuada até 30 dias após o nascimento, encontrando-se no entanto, e independente da data de adesão, excluído o tratamento cirúrgico de valvulopatias congénitas e cirurgias das artérias coronárias por alterações congénitas;
4. Doenças, lesões ou deformações pré-existentes à data de celebração do contrato de seguro e não declaradas no Questionário Individual de Saúde;
5. Acidentes, doenças, lesões, deformidades ou sequelas pré-existentes, diagnosticadas antes da entrada em vigor do contrato, ainda que as consequências das mesmas persistam, se manifestem ou determinem durante a vigência do mesmo;
6. Distúrbios e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como intoxicação decorrente da acção de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescrito por um médico;
7. Doenças e/ou acidentes causados pelo consumo excessivo de álcool ou tabaco;
8. Tratamentos relacionados com a toxicodependência;
9. Patologias ou tratamentos relacionados, directa ou indirectamente, com infecção por vírus de imunodeficiência humana (HIV);
10. Tratamentos relacionados, directa ou indirectamente, com infecção por vírus da hepatite, exceptuando os resultantes da hepatite A;
11. Acidentes ou doenças provenientes de tentativa de suicídio ou automutilação, de participação em apostas ou desafios, intervenção em duelos e rixas ou da prática de actos dolosos ou gravemente culposos ou ilícitos por parte da Pessoa Segura;
12. Uso de material nuclear para qualquer propósito, incluindo a explosão nuclear, provocada ou não;
13. Explosão ou quaisquer outros fenómenos, directa ou indirectamente, relacionados com a desintegração ou fusão de núcleos de átomos, bem como os efeitos da contaminação radioactiva;
14. Perturbações do foro da saúde mental, consequentes ou não de outra doença que careça de internamento, sessões de psicologia, psicanálise, psicoterapia, hipnose e terapia do sono, excepto em consequência de doença garantida pela apólice;
15. Disfunções sexuais, excepto em consequência de doença garantida pela apólice;
16. Tratamentos e/ou cirurgia para mudança de sexo;
17. Interrupção voluntária da gravidez, incluindo situações clínicas dela decorrentes;
18. Tratamentos e/ou cirurgia de regularização do peso;
19. Tratamentos ou cirurgias do foro estético, plástico ou reconstrutivo, desde que não tenham origem em acidente coberto pelo seguro ou não decorram de doença manifestada durante a vigência do contrato que os justifiquem;
20. Intervenções cirúrgicas para correção da roncopia, excepto em caso de apneia;
21. Transplantes e implantes incluindo todos os actos clínicos, actos laboratoriais e materiais necessários, excepto sendo justificável em consequência de doença garantida pela apólice;
22. Acidentes e doenças com cobertura em seguros obrigatórios;
23. Acidentes de trabalho, acidentes em serviço e doenças profissionais;
24. Doenças infectocontagiosas, quando em situação de epidemia declarada pelas autoridades competentes;
25. Perdas e danos, ainda que relacionados directa ou indirectamente com as garantias contratadas;
26. Hospitalização para realização de exames periódicos;
27. Tratamentos de enfermagem privados e/ou prestados no domicílio, bem como a realização domiciliária de quaisquer exames ou tratamentos (incluindo a fisioterapia);
28. Despesas efectuadas por acompanhantes da Pessoa Segura, excepto em caso de internamento hospitalar de menores até aos doze anos de idade ou de cidadãos portadores de deficiência congénita ou adquirida;
29. Despesas com Serviços que não sejam clinicamente necessários;
30. Acidentes resultantes de:
 - a) Participação em competições desportivas e respectivos treinos, quer como profissional quer como amador;
 - b) Prática de desportos terrestres motorizados; BTT; Artes marciais, luta e boxe; Paraquedismo, incluindo a prática de queda livre, parapente e asa-delta; Saltos ou saltos invertidos com mecanismo de suspensão corporal (bungee jumping); Tauromaquia e largadas

de touros ou rezes; Caça de animais ferozes ou que reconhecidamente sejam considerados perigosos; Hipismo; Moto náutica e esqui aquático; Desportos náuticos praticados sobre prancha; Descida de torrentes ou correntes originadas por desníveis nos cursos de água; Mergulho; Caça submarina; Desportos praticados sobre a neve e o gelo; Alpinismo e escalada; “slide” e “rappel”; espeleologia; c) Cataclismos da natureza; d) Actos terroristas, perdas e danos causados directa ou indirectamente por aqueles, desde que devidamente reconhecidos como uma ameaça para a ordem pública pela autoridade pública competente; e) Actos ou operações de guerra, declarada ou não, como a química ou a guerra bacteriológica, guerra civil, de guerrilha, revolução, motim, rebelião ou outro distúrbio civil resultante das mesmas, excepto nos casos de prestação de serviço ou actos humanitários.

LIMITES DE INDEMNIZAÇÃO

Coberturas	Capital
Doenças Graves Hospitalização Ambulatório Medicamentos Meios Auxiliares de Diagnóstico	€ 100.000,00 ¹⁾
Hospitalização	€ 50.000,00 ²⁾
Parto	€ 2.500,00 ²⁾
Acesso à Rede	Sem limite
Acesso à Rede Estomatologia - Dentinet	Sem limite
Acesso à Rede Bem-Estar	Sem limite
Médico ao Domicílio	Sem limite
Médico Online	Sem limite ³⁾
Programa de Acompanhamento de Doentes	Sem limite
Segunda Opinião Médica Internacional	Sem limite
Acesso à Rede em Espanha - HNA	Capital da cobertura accionada

¹⁾ Limite máximo de indemnização da cobertura por Pessoa Segura ao longo do contrato.

²⁾ Capital anual de indemnização.

³⁾ As duas primeiras consultas gratuitas, por anuidade.

COMPARTICIPAÇÕES, CO-PAGAMENTOS E PERIODOS DE CARÊNCIA

Coberturas	Prestações na Rede		Prestações Reembolso		Período de Carência
	Segurador	Cliente	Segurador	Cliente	
Doenças Graves	100%	0%	n.a.	n.a.	180 dias
Hospitalização	100%	0%	60%	40%	180 dias
Co-Pagamento (por sinistro)		10% (min.€200;máx. €500)	n.a.	n.a.	
Honorários Médicos			60%	40%	
Valor máximo de K			€ 6,75		
Parto	100%	0%	60%	40%	360 dias
Co-Pagamento (por sinistro)		€ 200,00	n.a.	n.a.	
Honorários Médicos			60%	40%	
Valor máximo de K			€ 6,75		
Acesso à Rede			n.a.	n.a.	n.a.
Ambulatório - Consultas					
Consulta Programada		Máximo de € 35 ¹⁾			
Consulta de Urgência		Máximo de € 45			
Restantes Serviços		Preço de Rede			
Acesso à Rede Estomatologia - Dentinet	-	-	n.a.	n.a.	n.a.
Acesso à Rede Bem-Estar	-	-	n.a.	n.a.	n.a.
Médico ao Domicílio	100%	0%	n.a.	n.a.	n.a.
Envio de Médico ao Domicílio em caso de Urgência					
Co-Pagamento (por sinistro)		€ 15,00			
Envio de um Profissional de Enfermagem ao Domicílio					
Co-Pagamento (por sinistro)		€ 10,00 hora / serviço			
Médico Online	100%	0%	n.a.	n.a.	n.a.
Co-Pagamento (por sinistro)		€ 15,00 ²⁾			
Programa de Acompanhamento de Doentes	-	-	n.a.	n.a.	n.a.
Segunda Opinião Médica Internacional	-	-	n.a.	n.a.	n.a.
Acesso à Rede em Espanha - HNA	-	-	n.a.	n.a.	n.a.

¹⁾ Máximo de € 30 se subscrito o seguro **Real Poupança Saúde**.

²⁾ As duas primeiras consultas gratuitas, por anuidade.

REGIME DE FUNCIONAMENTO DAS GARANTIAS

As coberturas contratadas de acordo o definido nas Condições Particulares podem revestir as seguintes modalidades:

Prestações na Rede

Serviços de cuidados de saúde, garantidos pelo presente contrato de seguro, realizados em prestadores da Rede Médica Convencionada, nos quais a comparticipação das despesas de saúde é suportada directamente pelo Segurador, nos termos do disposto nas Condições Particulares.

Prestações por Reembolso

Serviços de cuidados de saúde garantidos pelo presente contrato de seguro, realizados em prestadores não integrados na Rede Médica Convencionada, nos quais as despesas de saúde são pagas pela Pessoa Segura, sendo posteriormente objecto de comparticipação pelo Segurador, nos termos do disposto nas Condições Particulares.

Acesso a Rede Médica

Disponibilização de serviços de cuidados de saúde, garantidos pelo presente contrato de seguro, executados por prestadores da Rede Médica Convencionada, aos quais a Pessoa Segura tem acesso, suportando na totalidade os respectivos custos.

LIMITES ETÁRIOS

Subscrição

Idade Mínima: Não existe.

Inclusão de recém-nascidos

- A inclusão de recém-nascidos num contrato que tenha como Pessoa Segura pelo menos um dos pais, deverá ser efectuada até 30 dias após a data de nascimento, sendo neste caso aceite sem período de carência, sem doenças pré-existentes e sem exclusão de doenças e mal formações congénitas, com excepção, do tratamento cirúrgico de valvulopatias congénitas e cirurgias das artérias coronárias por alterações congénitas.

Idade Máxima: 64 anos

Permanência

Idade Máxima:

- Sem limite: se subscrito até aos 55 anos;
- 70 anos: se subscrito após os 55 anos.

DURAÇÃO, RENOVAÇÃO E DENÚNCIA DO CONTRATO

1. O contrato produz efeitos a partir das zero horas do dia seguinte ao da sua celebração, desde que o prémio inicial seja pago.
2. O contrato é celebrado por um ano a continuar pelos anos seguintes.
3. O contrato celebrado renova-se sucessivamente por novos períodos de um ano, salvo se for denunciado por qualquer uma das partes ou se não for pago o prémio. A apólice caduca automaticamente no final da anuidade em que a Pessoa Segura completar 70 anos, quando a subscrição ocorrer após os 55 anos.
4. Qualquer uma das partes pode denunciar o contrato com a antecedência mínima de 30 dias em relação ao termo da anuidade.

DIREITO DE LIVRE RESOLUÇÃO DO CONTRATO

1. O Tomador do Seguro, sendo pessoa singular, pode resolver o contrato, sem invocar justa causa, num prazo de 30 dias a contar da data de recepção da Apólice, mediante comunicação por escrito, em suporte de papel ou outro meio duradouro disponível e acessível ao Segurador.
2. O exercício do direito de livre resolução determina a cessação do contrato, extinguindo todas as obrigações dele decorrentes, com efeitos a partir da celebração do mesmo, tendo o Segurador direito:
 - a) Ao valor do prémio calculado pro-rata temporis, na medida em que tenha suportado o risco até à resolução do contrato;
 - b) Ao montante das despesas razoáveis que tenha efectuado com exames médicos, sempre que esse valor seja imputado contratualmente ao Tomador do Seguro.

DECLARAÇÃO INICIAL DO RISCO

1. O Tomador do Seguro e a Pessoa Segura estão obrigados, antes da celebração do contrato, a declarar com exactidão todas as circunstâncias que conheçam e razoavelmente devam ter por significativas para a apreciação do risco pelo Segurador.
2. O disposto no número anterior é igualmente aplicável a circunstâncias cuja menção não seja solicitada em questionário fornecido pelo Segurador.
3. Em caso de incumprimento doloso do disposto no nº 1, de acordo com os termos e com as consequências previstas na Lei, o contrato é anulável.
4. Em caso de incumprimento com negligência do disposto no nº 1, e de acordo com os termos e com as consequências previstas na Lei, o Segurador pode optar pela cessação ou alteração do contrato.

PRÉMIO

1. A cobertura dos riscos depende do prévio pagamento do prémio.
2. O risco associado ao tabagismo implica um agravamento sobre o prémio das Coberturas base e de Hospitalização quando subscrita, de:
 - 10%, para um consumo entre 1 a 15 cigarros/dia;
 - 20%, para um consumo entre 16 a 30 cigarros/dia.
3. O pagamento do prémio é anual, podendo por acordo entre o Segurador e o Tomador do Seguro, ser pago em fracções mensais, trimestrais ou semestrais.
4. O prémio ou fracção inicial é devido na data da celebração do contrato, dependendo a eficácia deste do respectivo pagamento. A falta de pagamento do prémio inicial ou da primeira fracção deste, na data de vencimento, determina a resolução automática do

contrato a partir da data da sua celebração.

5. O prémio correspondente a cada período de duração do contrato é devido por inteiro, sem prejuízo de poder ser fraccionado para efeitos de pagamento, desde que acordado e expressamente previsto nas Condições Particulares.

6. O Segurador encontra-se obrigado, até 30 dias antes da data em que o prémio ou fracção subsequente é devido, a avisar, por escrito, o Tomador do Seguro, indicando nessa data, o valor a pagar, a forma de pagamento e as consequências da falta de pagamento do prémio ou fracção. No entanto, se tiver sido acordado o pagamento do prémio em fracções com periodicidade inferior à trimestral, o Segurador pode optar por não enviar o referido aviso, fazendo, nesse caso, constar de documento contratual as datas de vencimento das fracções, os seus montantes e as consequências da falta de pagamento.

7. A falta de pagamento do prémio de uma anuidade subsequente ou da 1ª fracção deste na data em que é devido, impede a prorrogação do contrato, pelo que este não se renovará. A falta de pagamento de qualquer outra fracção do prémio na data em que é devida, determina a resolução automática e imediata do contrato nessa mesma data.

8. A falta de pagamento, na data indicada no aviso, de um prémio adicional, desde que este decorra de um pedido do Tomador do Seguro para alteração da garantia, não implicando agravamento do risco inicial, determinará que a alteração solicitada fique sem efeito, e se mantenham as condições contratuais anteriormente em vigor ao pedido efectuado.

9. O disposto nos números anteriores é aplicável ao pagamento dos prémios ou fracções devidos por cada um dos aderentes ao Seguro de Grupo, quando este seguro seja contributivo e o Tomador do Seguro e o Segurador hajam estabelecido que o respectivo pagamento seja efectuado ao Segurador pelo aderente.

FORMA DE PAGAMENTO

O prémio pode ser pago através de qualquer um dos meios disponíveis, sendo preferível o débito automático na conta à ordem.

RESPONSABILIDADE MÁXIMA DO SEGURADOR EM CADA PERÍODO DE VIGÊNCIA DO CONTRATO

1. Os valores máximos garantidos pelo contrato, assim como as franquias contratadas, co-pagamentos e os períodos de carência aplicáveis, constam das Condições Particulares e vigoram em cada anuidade da apólice.

2. No caso da Cobertura de Doenças Graves o valor máximo garantido não é renovável anualmente, podendo ser utilizado para o tratamento da(s) doença(s) grave(s) até se esgotar, sem limite temporal para o efeito, caso se mantenha o pagamento do prémio. Se o Tomador do Seguro manifestar desinteresse em manter o seguro, o capital poderá ser utilizado para o tratamento da doença grave até se esgotar, durante um período máximo de 5 anos desde a data de diagnóstico.

3. Salvo convenção em contrário, nas situações de acerto de vencimento, os valores garantidos são proporcionais ao tempo de risco.

RECLAMAÇÕES

Segurador dispõe de uma unidade orgânica específica para receber, analisar e dar resposta às reclamações efectuadas, sem prejuízo de poder ser requerida a intervenção da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões e da possibilidade de recurso à arbitragem.

LEI APLICÁVEL

O Segurador propõe a aplicação da lei portuguesa ao contrato. As partes podem, no entanto, acordar expressamente aplicar lei diferente da lei portuguesa, desde que motivadas por um interesse sério e a lei escolhida esteja em conexão com algum dos elementos do contrato.

AUTORIDADE DE SUPERVISÃO

Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões

ANEXO I

Consultas		Imagiologia	
Primeira consulta de medicina dentária	√	Realização e interpretação de radiografia periapical	√
Consulta de medicina dentária	√	Realização e interpretação de radiografia interproximal	√
Consulta para apresentação e discussão plano de tratamento	√	Realização e interpretação de radiografia oclusal	√
Consulta de reavaliação	√	Realização e interpretação de radiografia panorâmica	√
Consulta de urgência	√	Realização e interpretação de telerradiografia lateral	√
Medicina Dentária Preventiva		Realização e interpretação de telerradiografia frontal	√
Selamento de fissuras	√	Realização de radiografia periapical	√
Aplicação tópica de fluorestos	√	Realização de radiografia panorâmica	√
Profilaxia em adulto	√	Realização de telerradiografia lateral	√
Profilaxia em crianças	√	Realização de telerradiografia frontal	√
Instrução e motivação de higiene oral para adulto	√	Realização de radiografia interproximal	√
Instrução e motivação de higiene oral para criança	√	Realização de radiografia oclusal	√
Aconselhamento nutricional para controlo doenças da cavidade oral	√	Interpretação de radiografia panorâmica	√
Aconselhamento anti-tabagico para controlo e prevenção em saúde oral	√	Interpretação de telerradiografia lateral	√
Cirurgia Oral		Interpretação de telerradiografia frontal	√
Exodontia de dente decíduo monorradicular	√	Interpretação de radiografia axial (Hirtz)	√
Exodontia de dente decíduo multirradicular	√	Interpretação de radiografia antero-posterior dos seios maxilares	√
Exodontia de dente monorradicular	√	Interpretação de radiografia da ATM	√
Exodontia de dente multirradicular	√	Interpretação de radiografia transcraniana	√
Peridontologia		Interpretação de radiografia transfacial	√
Destartarização bimaxilar (inclui polimento dentário)	√	Interpretação de radiografia de mão e punho	√
Destartarização maxilar (inclui polimento dentário)	√	Interpretação de tomografia computadorizada	√
Destartarização mandibular (inclui polimento dentário)	√	Interpretação de ressonância magnética	√
Implantologia		Outros	
Estudo de reabilitação com implantes	√	Remoção de sutura	√
		Atestado médico	√