

Índice

CAPÍTULO I - DEFINIÇÕES	3
ARTIGO 1.º - DEFINIÇÕES	3
CAPÍTULO II - OBJECTO DO CONTRATO, GARANTIAS, ÂMBITO E LIMITES	6
ARTIGO 2.º - OBJECTO DO CONTRATO	6
ARTIGO 3.º - GARANTIAS	6
ARTIGO 4.º - LIMITES DE IDADE	7
ARTIGO 5.º - ÂMBITO TERRITORIAL	7
ARTIGO 6.º - PERMANÊNCIA NO ESTRANGEIRO	7
ARTIGO 7.º - PERÍODO DE CARÊNCIA	7
ARTIGO 8.º - EXCLUSÕES	7
CAPÍTULO III - CONTRATO - FORMAÇÃO, RISCO, INÍCIO, DURAÇÃO, RENÚNCIA, CESSAÇÃO	8
ARTIGO 9.º - BASE DO CONTRATO	8
ARTIGO 10.º - DECLARAÇÃO INICIAL DO RISCO E INEXACTIDÕES	8
ARTIGO 11.º - COMUNICAÇÃO DO AGRAVAMENTO DO RISCO	9
ARTIGO 12.º - SINISTRO E AGRAVAMENTO DO RISCO	9
ARTIGO 13.º - INÍCIO E DURAÇÃO DO CONTRATO	9
ARTIGO 14.º - DIREITO DE LIVRE RESOLUÇÃO	10
ARTIGO 15.º - RESOLUÇÃO E REDUÇÃO DO CONTRATO	10
ARTIGO 16.º - CADUCIDADE DO CONTRATO	10
ARTIGO 17.º - RESPONSABILIDADE DO SEGURADOR EM CASO DE NÃO RENOVAÇÃO DO CONTRATO	10
CAPÍTULO IV - BENEFICIÁRIOS, PESSOAS SEGURAS, ALTERAÇÕES E MODIFICAÇÕES DE RISCO E PLANO DE GARANTIAS	11
ARTIGO 18.º - DESIGNAÇÃO BENEFICIÁRIA	11
ARTIGO 19.º - ALTERAÇÃO E REVOGAÇÃO DA CLÁUSULA BENEFICIÁRIA	11
ARTIGO 20.º - ADMISSÃO DE PESSOAS SEGURAS	11
ARTIGO 21.º - EXCLUSÃO DE PESSOAS SEGURAS	12
ARTIGO 22.º - TRANSFERÊNCIA DE SEGURO	12
ARTIGO 23.º - ALTERAÇÃO AO PLANO DE GARANTIAS	12
CAPÍTULO V - VALORES SEGUROS E LIMITES DE INDEMNIZAÇÃO	12
ARTIGO 24.º - VALOR OU CAPITAL SEGURO	12
ARTIGO 25.º - REDUÇÃO AUTOMÁTICA DE CAPITAL	12
CAPÍTULO VI - PRÉMIO	12
ARTIGO 26.º - PRÉMIO DE SEGURO	12
ARTIGO 27.º - PAGAMENTO DO PRÉMIO	12
ARTIGO 28.º - ALTERAÇÃO DO PRÉMIO	13
ARTIGO 29.º - AVISO DE PAGAMENTO DOS PRÉMIOS	13
ARTIGO 30.º - FALTA DE PAGAMENTO	13
ARTIGO 31.º - ESTORNO DO PRÉMIO	13
CAPÍTULO VII - OBRIGAÇÕES E DIREITOS DAS PARTES E PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO	14
ARTIGO 32.º - OBRIGAÇÕES E DIREITOS DO SEGURADOR	14
ARTIGO 33.º - OBRIGAÇÕES DO TOMADOR DO SEGURO E DA(S) PESSOA(S) SEGURA(S)	14
ARTIGO 34.º - PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO	14

ARTIGO 35.º - REALIZAÇÃO DA PRESTAÇÃO DO SEGURADOR	15
ARTIGO 36.º - PLURALIDADE DE SEGUROS	15
CAPÍTULO VIII - DISPOSIÇÕES DIVERSAS E FINAIS	15
ARTIGO 37.º - CONFIDENCIALIDADE DA INFORMAÇÃO	15
ARTIGO 38.º - INTERVENÇÃO DE MEDIADOR DE SEGUROS	15
ARTIGO 39.º - DOMICÍLIO	15
ARTIGO 40.º - COMUNICAÇÕES E NOTIFICAÇÕES ENTRE AS PARTES	15
ARTIGO 41.º - ÓNUS DA PROVA	15
ARTIGO 42.º - PROVA CONVENCIONADA	16
ARTIGO 43.º - SUB-ROGAÇÃO PELO SEGURADOR	16
ARTIGO 44.º - EFICÁCIA E Oponibilidade a Terceiros	16
ARTIGO 45.º - COMPENSAÇÃO DE CRÉDITOS	16
ARTIGO 46.º - RECLAMAÇÕES E ARBITRAGEM	16
ARTIGO 47.º - EXTRAVIO DA APÓLICE	16
ARTIGO 48.º - LEI APLICÁVEL E FORO COMPETENTE	16
ARTIGO 49.º - PROTECÇÃO DE DADOS PESSOAIS	16
CONDIÇÕES ESPECIAIS	17
CONDIÇÃO ESPECIAL - DOENÇAS GRAVES	18
CONDIÇÃO ESPECIAL - ACESSO À REDE	16
CONDIÇÃO ESPECIAL - CHECK-UP PERIÓDICO (MEDICINA PREVENTIVA)	19
CONDIÇÃO ESPECIAL - MÉDICO AO DOMICÍLIO	19
CONDIÇÃO ESPECIAL - MÉDICO ONLINE	20
CONDIÇÃO ESPECIAL - SEGUNDA OPINIÃO MÉDICA INTERNACIONAL	20
CONDIÇÃO ESPECIAL - ACESSO À REDE IBÉRICA	20
CONDIÇÃO ESPECIAL - PROGRAMA DE ACOMPANHAMENTO DE DOENTES	20

Artigo Preliminar

1. Entre a Real Vida Seguros, S.A., adiante designada abreviadamente por Segurador, e o Tomador do Seguro identificado nas Condições Particulares, é celebrado o presente contrato de seguro que se regula pelas presentes Condições Gerais, pelas Condições Particulares, e ainda, se contratadas, pelas Condições Especiais, todas desta apólice.
2. Todas as condições desta apólice são contratadas em harmonia e conformidade com as declarações constantes da Proposta de Seguro ou Boletim de Adesão, que lhe serviu de base e com a documentação de carácter clínico necessária à aceitação dos riscos por parte do Segurador, e é parte integrante daquela, registadas no sistema informático da Real Vida Seguros, S.A., seja em suporte físico ou digital por parte do Tomador de Seguro, seja por parte do Mediador de Seguros.
3. As Condições Especiais, caso existam e sejam contratualizadas, prevêm regimes específicos para as coberturas previstas nas presentes Condições Gerais ou a cobertura de outros riscos e/ou garantias além dos nestas previstos, sendo os mesmos devidamente identificados nas Condições Particulares.

CAPÍTULO I DEFINIÇÕES

ARTIGO 1.º DEFINIÇÕES

1. Para efeitos do presente contrato, e/ou sempre que necessário para auxílio no relacionamento entre o Segurador e o Tomador de Seguro, e quando aplicável, entende-se por:

Acesso à 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.

Acidente: Acontecimento de carácter furtuito, imprevisível, súbito e anormal, provocado por causa externa, violenta e alheia à vontade do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura e do Beneficiário, que nestes origine lesões corporais, invalidez permanente, incapacidade temporária ou morte, que possam ser clínica e objectivamente constatadas, e que sejam susceptíveis de provocar o funcionamento das garantias do contrato.

Aderente: Aquele que subscreve a adesão a um Seguro de Grupo.

AdvanceCare: Entidade designada por Gestora de Serviços de Saúde que, por conta do Segurador, organiza a Rede de Prestadores, procede à gestão das prestações devidas pelo

contrato e articula o pagamento directo das despesas médicas, quer aos prestadores convencionados, nomeadamente médicos, hospitais, centros de diagnósticos, quer às Pessoas Seguras.

Agregado Familiar: Conjunto de pessoas constituído pela Pessoa Segura, o seu cônjuge ou pessoa que com ele viva em união de facto, em condição análoga à dos cônjuges, e os seus descendentes menores e solteiros ou, não sendo menores, até ao limite de idade de 24 anos, desde que sejam estudantes (incluindo adoptados, tutelados e curatelados), que coabitem com a Pessoa Segura.

Apólice: Documento que titula o contrato de seguro celebrado entre o Tomador do Seguro e o Segurador, constituído pelas respectivas Condições Gerais, Especiais, caso existam, e Particulares ou Certificado Individual de Seguro, pela Proposta de Seguro ou Boletim de Adesão, no caso de Seguro de Grupo, e o Questionário Individual de Saúde e a documentação de carácter clínico necessária à aceitação dos riscos por parte do Segurador, bem como as posteriores Actas Adicionais.

Apólice Aberta: Apólice de Seguro de Grupo em que o número de pessoas a segurar é variável, iniciando-se com um mínimo de adesões definido, e possibilitando que durante a vigência do contrato ocorram inclusões e exclusões solicitadas pelo Tomador do Seguro.

Acta Adicional: Documento escrito que titula uma alteração às condições iniciais da Apólice de seguro.

Beneficiário: A pessoa singular ou colectiva definida nas condições particulares a favor de quem reverte a prestação do Segurador, quando seja devida e decorrente do contrato de seguro.

Boletim de Adesão: Documento preenchido pela Pessoa Segura, em que esta se identifica, presta informações complementares acerca da sua pessoa e expressa a vontade de aderir ao contrato de Seguro de Grupo.

Capital Seguro: Também designado por valor seguro ou limite de indemnização, é o montante estipulado nas condições particulares do contrato de seguro como sendo o valor máximo de responsabilidade do Segurador em caso de sinistro ocorrido durante o período de vigência do contrato, seja por via de indemnização, de comparticipação de despesas de saúde, ou de quaisquer outras quantias convencionadas, por Pessoa Segura ou Agregado Familiar, definido para cada uma das coberturas contratadas nas Condições Particulares.

Cartão de Saúde: Cartão pessoal e intransmissível, que identifica a Pessoa Segura e permite o acesso às garantias estabelecidas no presente contrato, devendo ser apresentado

juntamente com um documento de identificação com fotografia.

Certificado Individual de Seguro: Documento emitido pelo Segurador, para o Tomador do Seguro e para cada uma das Pessoas Seguras, certificando a validade de uma cobertura ou a inclusão num Seguro de Grupo.

Cirurgia de Ambulatório: Intervenção cirúrgica programada, realizada sob anestesia geral, loco-regional ou local, em ambiente hospitalar, com segurança e de acordo com a boa prática médica, em regime de admissão e alta no mesmo dia.

Coeficiente K: Coeficiente de ponderação para a valorização de actos médicos, utilizado no Código de Nomenclatura e Valor Relativo de Actos Médicos e publicado pela Ordem dos Médicos.

Comparticipação: Valor a cargo do Segurador, em cada despesa de saúde garantida pela Apólice, calculado após dedução da franquia, nos termos definidos nas Condições Particulares.

Condições Especiais: Disposições que complementam, especificam e esclarecem as Condições Gerais, prevalecendo sobre estas na interpretação dos termos contratuais.

Condições Gerais: Princípios e disposições gerais contratuais, que definem o seu enquadramento e se aplicam a todos os contratos de seguro inerentes a um mesmo ramo, modalidade ou operação.

Condições Particulares: Cláusulas que são acrescentadas e que visam completar ou, até, modificar as Condições Gerais e Especiais de um contrato, dando-lhe um cariz particular, e que expressam os respectivos elementos específicos, precisando, entre outros, o seu início e duração, o(s) período(s) de carência, o(s) risco(s) coberto(s), o(s) capital(is) seguro(s), a(s) franquia(s), o(s) co-pagamento(s), o prémio, o Tomador do Seguro, a(s) Pessoa(s) Segura(s) e o(s) Beneficiário(s).

Consulta de Urgência: Considera-se consulta de urgência, aquela que significa um recurso ao serviço de urgência de clínicas ou unidades hospitalares.

Co-pagamento: Valor que fica a cargo da Pessoa Segura por cada utilização na(s) Rede(s).

Dano Corporal: Prejuízo resultante de lesão da saúde física ou mental.

Despesas de Internamento Hospitalar: Despesas relativas a custos da diária hospitalar, elementos auxiliares de diagnóstico, medicamentos, operações cirúrgicas, assistência médica e de enfermagem, enquanto durar o internamento

hospitalar.

Doença: Alteração involuntária do estado de saúde da Pessoa Segura, não causada por acidente, clínica e objectivamente comprovada, nomeadamente por meio de exames médicos complementares.

Doença ou Lesão Pré-existente: Doença, deficiência ou lesão da qual a Pessoa Segura deveria ter conhecimento ou que não poderia ignorar, pela evidência dos sinais e dos sintomas específicos da patologia em causa, pela existência de um diagnóstico, ainda que não definitivo, ou por ter recebido em relação à mesma aviso médico ou tratamento ou outro acto médico, antes da data de subscrição e de início das garantias do contrato de seguro.

Doença ou Malformação Congénita: Doença e/ou malformação que se diagnostica ou identifica durante a gravidez e até 30 dias após o nascimento.

Doença Súbita: Alteração involuntária do estado de saúde, inesperada e aguda, que não resulta de um acidente, nem de manifestação de uma doença pré-existente e que implica risco de morte ou perda funcional para a Pessoa Segura, necessitando de assistência médica imediata em ambiente hospitalar.

Estorno: Devolução ao Tomador do Seguro de uma parte do prémio de seguro já pago.

Franquia: Valor, percentagem ou número de dias que, em caso de sinistro, fica a cargo do Tomador do Seguro e/ou da Pessoa Segura ou de quem demonstrar ser o titular do direito à prestação por parte do Segurador, cujo montante, período ou forma de cálculo se encontra estipulado nas Condições Particulares ou no Certificado Individual de Seguro.

Gravidez Pré-existente: Gravidez manifestada ou que tenha dado origem a qualquer tratamento médico antes da data de celebração do contrato.

Hospital: Estabelecimento público ou privado, oficialmente reconhecido como tal, qualquer que seja a sua designação (nomeadamente as de hospital particular ou clínica), destinado ao tratamento de doentes e acidentados, que disponha permanentemente de assistência médica, de enfermagem e cirúrgica. Excluem-se, expressamente, casas de repouso e de convalescença, bem como termas, lares de terceira idade, centros de tratamento de toxicódependentes e alcoólatras, e outras instituições similares.

Implante: Material (prótese, ortótese, aparelho) e/ou substância com finalidade terapêutica ou de correcção de alteração morfológica, para colocação no organismo de um indivíduo.

Lesão: Alteração involuntária do estado de saúde, morfológica ou funcional, causada por acidente, clínica e objectivamente comprovada.

Médico: Licenciado por uma Faculdade de Medicina, legalmente autorizado a exercer a sua profissão e cuja especialidade e inscrição sejam reconhecidas pela Ordem dos Médicos em Portugal, assim como por organismos estrangeiros equivalentes, relativamente aos cuidados de saúde prestados fora do território nacional, excluindo-se expressamente as Pessoas Seguras e qualquer membro da sua família.

Morte: Falecimento da Pessoa Segura ocorrido dentro do prazo de 24 (vinte e quatro) meses em consequência de acidente abrangido pelas garantias do contrato.

Pequena Cirurgia: Considera-se pequena cirurgia toda aquela cuja valorização do acto médico a realizar seja inferior a 100 K, de acordo com as valorizações estabelecidas pelo Código de Nomenclatura e Valor Relativo de Actos Médicos, publicado pela Ordem dos Médicos.

Período de Carência: Também designado como franquia temporal, é o período mencionado nas Condições Particulares ou no Certificado Individual de Seguro, que medeia entre a data de início do contrato de seguro ou da data de adesão da Pessoa Segura e a data de início de produção de efeitos ou de accionamento de determinadas coberturas, durante o qual as despesas e subsídios correrão por conta e risco da Pessoa Segura. Após esgotado o referido período, tais prestações serão suportadas pelo Segurador, nos termos contratados.

Pessoa Segura: A(s) pessoa(s) mencionada(s) nas Condições Particulares ou no Certificado Individual de Seguro cuja vida, saúde ou integridade física se seguram e no interesse da(s) qual(is) o contrato é celebrado.

Prémio de Seguro: Valor pago ao Segurador pelo Tomador do Seguro, ou pelas Pessoas Seguras, tratando-se de Seguro de Grupo Contributivo, como contrapartida da cobertura acordada e inclui tudo o que seja contratualmente devido, a que acrescem os encargos fiscais e parafiscais.

Pré-Autorização: Aprovação dada pelos serviços clínicos, quando exigível nos termos da apólice, que permite às Pessoas Seguras o acesso aos cuidados de saúde garantidos pelo presente contrato.

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, suportando a Pessoa Segura o pagamento das Franquias e/ou Co-pagamentos, estando o

respectivo acesso sujeito aos critérios de utilização definidos pelo Segurador, incluindo a Autorização para actos e procedimentos nos termos do disposto na Apólice.

Prestações por Reembolso: Serviços de cuidados de saúde garantidos pelo presente contrato de seguro, realizados em prestadores integrados ou não 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.

Proposta de Seguro: Documento escrito ou declaração prestada por meio de gravação telefónica através do qual um proponente singular ou colectivo declara perante o Segurador que pretende subscrever um contrato de seguro, indica os dados individuais, presta todas as informações necessárias à avaliação do risco, confirma ter tomado conhecimento de todas as informações pré-contratuais obrigatórias e consente expressamente na celebração do contrato, devendo ser subscrita por candidatos a Tomador do Seguro e Pessoa Segura, sempre que sejam pessoas diferentes, indicando os seus dados individuais necessários à avaliação do risco.

Questionário Individual de Saúde: Documento anexo à Proposta de Seguro ou todo e qualquer questionário formalizado por meio de contacto telefónico com gravação da chamada ou outro meio telemático, através do qual cada proponente declara os elementos necessários à avaliação do risco pelo Segurador, cuja resposta seja solicitada pelo Segurador para avaliação do risco.

Rede Médica Convencionada: Conjunto de prestadores de cuidados de saúde, primários e de especialidade, nomeadamente Médicos/Médicos Dentistas, centros de diagnóstico, clínicas, unidades hospitalares, centros de meios complementares de diagnóstico e outras unidades de saúde.

Segurador: Real Vida Seguros, S.A., entidade legalmente autorizada a exercer a actividade seguradora de seguro directo e de resseguro dos ramos vida, doença e acidentes pessoais, com a amplitude permitida por Lei e que celebra, com o Tomador do Seguro, o contrato de seguro, assumindo a cobertura dos riscos contratados.

Seguro Grupo: Contrato de seguro que cobre riscos de um conjunto de pessoas ligadas ao Tomador do Seguro por um vínculo ou interesse comum que não seja o de segurar.

Seguro de Grupo Contributivo: Seguro de Grupo em que as Pessoas Seguras contribuem no todo ou em parte para o pagamento do prémio.

Seguro de Grupo Não Contributivo: Seguro de Grupo em que o Tomador do Seguro suporta a totalidade do pagamento do

prémio.

Seguro Individual: Contrato celebrado para uma pessoa singular ou um agregado familiar ou um conjunto de pessoas vivendo em economia comum.

Serviço de Apoio ao Cliente: Serviço através do qual o Tomador do Seguro e as Pessoas Seguras podem obter os esclarecimentos que necessitarem.

Serviço de Atendimento Permanente: Serviço disponível em qualquer momento do dia ou da noite, limitado a uma capacidade mínima de diagnóstico, nomeadamente consulta de clínica geral e exames auxiliares de diagnóstico básico.

Serviço de Assistência: Apoio informativo e de serviços prestado, em nome do Segurador, por uma empresa de assistência.

Serviços Clinicamente Necessários: Serviços de cuidados de saúde, adequados ao tratamento de doença ou acidente enquadrável nas garantias do contrato, cuja necessidade e validade seja clínica e objectivamente constatada.

Sinistro/Ocorrência: O evento ou série de eventos resultantes de uma mesma causa, susceptível de desencadear o accionamento das garantias do contrato de seguro.

Suporte duradouro: Qualquer instrumento que permita ao cliente armazenar informações que lhe sejam dirigidas pessoalmente, de tal forma que possam ser consultadas posteriormente durante um período adequado aos fins a que se destinam, e que permita a reprodução exacta das informações armazenadas.

Tomador do Seguro: A pessoa singular ou colectiva que celebra o contrato de seguro com o Segurador, sendo responsável pelo pagamento do respectivo prémio, incluindo o subscritor, ou a pessoa que contrata uma operação de capitalização com uma empresa de seguros, sendo responsável pelo pagamento da prestação.

Transplante: Colocação, no organismo de um indivíduo, de órgão, tecido ou células, provenientes quer do próprio indivíduo, quer de outro indivíduo, com finalidade terapêutica ou para correcção de alteração morfológica.

Tratamento de Urgência: Aquele que, por necessidade clínica comprovada, deva ser efectuado ou origine internamento, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas após o momento do sinistro.

2. Para efeitos, ainda, do presente contrato, e/ou sempre que necessário para auxílio no relacionamento entre o Segurador e o Tomador de Seguro, e quando aplicável,

serão supletivamente utilizadas as definições e conceitos estabelecidos em diplomas especificamente e unicamente relacionados com a actividade seguradora.

3. Sempre que a interpretação do texto o permita e se assim se tornar necessário, o masculino será considerado como o feminino, e o singular será considerado como o plural, e vice-versa em ambos os casos.

4. Quando a natureza do contrato o permita, em conformidade com a proposta de seguro e condições particulares da apólice, poderão reunir-se na mesma pessoa duas ou todas as qualidades de Tomador do Seguro, Pessoa Segura e Beneficiário.

CAPITULO II

OBJECTO DO CONTRATO, GARANTIAS, ÂMBITO E LIMITES

ARTIGO 2.º

OBJECTO DO CONTRATO

1. Pelo presente contrato, o Segurador garante, em caso de doença manifestada ou acidente ocorrido durante a sua vigência, conforme o disposto nas presentes Condições Gerais, Condições Especiais e nos limites definidos nas Condições Particulares aplicáveis, um conjunto de coberturas no âmbito dos cuidados de saúde que pode integrar, conjunta ou isoladamente, prestações na rede e acesso à rede.

2. Não se encontram garantidas quaisquer despesas médicas ou medicamentosas reclamadas pelo Serviço Nacional de Saúde ou por outro qualquer subsistema de saúde de que a Pessoa Segura seja beneficiária.

ARTIGO 3.º

GARANTIAS

1. O contrato de seguro pode garantir, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Especiais e Particulares ou Certificado Individual de Seguro as seguintes coberturas:

- a) Doenças Graves;
- b) Acesso à Rede;
- c) Check-Up periódico (medicina preventiva);
- d) Médico ao Domicílio;
- e) Médico Online;
- f) Programa de Acompanhamento de Doentes;
- g) Segunda Opinião Médica Internacional;
- h) Acesso à Rede Ibérica;

2. As garantias do contrato entram em vigor após o decurso dos períodos de carência, indicados para cada cobertura nas Condições Especiais, nas Condições Particulares ou tratando-se de Seguro de Grupo, no Certificado Individual de Adesão, sendo os mesmos contados a partir da data de adesão de cada Pessoa Segura.

ARTIGO 4.º
LIMITES DE IDADE

1. Salvo disposição em contrário expressa nas Condições Particulares ou nalgum dos planos de garantias previstas no artigo anterior, são abrangidas por esta apólice todas as Pessoas Seguras cuja idade, na data da subscrição do contrato, respeitem o limite de 60 (sessenta) anos de idade, e que hajam preenchido o questionário individual de saúde.

2. Subscrito o contrato nos pressupostos temporais fixados no número anterior, o mesmo é renovado anualmente, sem idade limite de permanência, caducando quando ocorra a morte da Pessoa Segura.

ARTIGO 5.º
ÂMBITO TERRITORIAL

Salvo convenção em contrário, expressa nas Condições Especiais ou nas Condições Particulares, o seguro só tem validade para os cuidados de saúde prestados em Portugal, bem como para os cuidados de saúde prestados no estrangeiro no âmbito da Rede Médica Convencionada.

ARTIGO 6.º
PERMANÊNCIA NO ESTRANGEIRO

Salvo convenção em contrário disposta nas Condições Especiais das garantias contratadas e mencionadas nas Condições Particulares da Apólice, ou que decorra de acordo escrito do Segurador, a permanência da Pessoa Segura no estrangeiro implica:

1. Manutenção das garantias do contrato durante o período de permanência até um máximo de 60 (sessenta) dias, desde que a permanência se verifique na Europa e desde que prevista nas Condições Especiais a aplicabilidade do regime de prestações na rede ou no âmbito da Rede Médica Convencionada;
2. A suspensão das garantias nas situações em que a permanência se verifique fora da Europa, ou dentro desta por período superior a 60 (sessenta) dias mas nunca superior a 1 ano;
3. Em caso de dúvida cumpre ao Tomador do Seguro ou à Pessoa Segura fazer prova do período de permanência;
4. No caso de suspensão da Apólice por força do nº 2 deste artigo, é possibilitado que por pedido do Tomador do Seguro, após regresso da Pessoa Segura, o seguro seja retomado nas condições anteriores, sem necessidade de preenchimento de questionário clínico desde que a subscrição do novo contrato se concretize até um ano após suspensão das garantias;
5. A suspensão ou anulação previstas nas alíneas anteriores produzem efeitos a partir da data do seu início, mesmo que o Segurador apenas posteriormente seja

conhecedor de tais factos.

ARTIGO 7.º
PERÍODO DE CARÊNCIA

São fixados, nas Condições Particulares ou nas Condições Especiais aplicáveis, os períodos de tempo que medeiam entre a data de início do contrato de seguro ou a data de adesão ao seguro e a data em que as respetivas garantias podem ser acionadas.

ARTIGO 8.º
EXCLUSÕES

1. Ficam sempre excluídas as situações que, directa ou indirectamente, resultem de:

- a) Actos realizados por médicos e outros profissionais de saúde que sejam cônjuge, pais, filhos ou irmãos da Pessoa Segura;
- b) 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;
- c) 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;
- d) Doenças, lesões ou deformações pré-existentes à data de celebração do contrato de seguro e não declaradas no Questionário Individual de Saúde;
- e) 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;
- f) 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;
- g) Doenças e/ou acidentes causados pelo consumo excessivo de álcool ou tabaco;
- h) Tratamentos relacionados com a toxicodependência;
- i) Patologias ou tratamentos relacionados, directa ou indirectamente, com infecção por vírus de imunodeficiência humana (HIV);
- j) Tratamentos relacionados, directa ou indirectamente, com infecção por vírus da hepatite, exceptuando os resultantes da hepatite A;
- k) 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;

l) Uso de material nuclear para qualquer propósito, incluindo a explosão nuclear, provocada ou não;

m) 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;

n) Disfunções sexuais, excepto em consequência de doença garantida pela apólice;

o) Acidentes e doenças com cobertura em seguros obrigatórios;

p) Acidentes de trabalho, acidentes em serviço e doenças profissionais;

q) Doenças infecto-contagiosas, quando em situação de epidemia declarada pelas autoridades competentes;

r) Perdas e danos, ainda que relacionados directa ou indirectamente com as garantias contratadas;

s) 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;

t) Despesas com Serviços que não sejam clinicamente necessários;

u) Encontram-se excluídas todas as doenças graves que sejam consequência de acidente, inclusivé, enfarte de miocárdio, acidente vascular cerebral ou doenças neurológicas.

2. A Pessoa Segura e/ou Beneficiário(s) perdem o direito a qualquer indemnização ou prestações se agravarem, voluntária e intencionalmente, as consequências do sinistro ou se usarem de fraude, simulação ou quaisquer outros meios dolosos, bem como de documentos falsos para justificarem a sua reclamação.

CAPÍTULO III

CONTRATO - FORMAÇÃO, RISCO, INÍCIO, DURAÇÃO, RENÚNCIA, CESSAÇÃO

ARTIGO 9.º

BASE DO CONTRATO

O contrato é constituído pela Proposta de Seguro assinada pelo respectivo Tomador do Seguro, pelo Questionário Individual de Saúde de cada Pessoa Segura quando existente, tratando-se de Seguro de Grupo, pelo Boletim de Adesão de cada Pessoa Segura, bem como toda a documentação de carácter clínico necessária à aceitação por parte do Segurador e determinante para avaliação do risco coberto.

ARTIGO 10.º

DECLARAÇÃO INICIAL DO RISCO E INEXACTIDÕES

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 para o efeito.

3. A inexactidão na declaração inicial do risco pode provocar a cessação ou a modificação do contrato.

4. Em caso de incumprimento doloso do disposto no n.º 1, de acordo com os termos e com as consequências previstas na Lei, o contrato é anulável, mediante declaração enviada pelo Segurador ao Tomador do Seguro, nos seguintes termos:

a) Não tendo ocorrido sinistro, esta declaração deve ser enviada no prazo de três meses a contar do conhecimento daquele incumprimento, tendo o Segurador direito ao prémio devido até o final do prazo, salvo se tiver ocorrido dolo ou negligência grosseira do Segurador ou do seu representante;

b) Em caso de sinistro ocorrido antes de o Segurador ter tido conhecimento do incumprimento doloso ou no decurso do prazo previsto na alínea a), o sinistro não será coberto e aplicar-se-á o regime geral da anulabilidade;

c) Em caso de dolo do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura com o propósito de obter uma vantagem, o prémio é devido até ao termo do contrato.

5. Em caso de incumprimento com negligência do disposto no n.º 1, e de acordo com os termos e com as consequências previstas na Lei, o Segurador pode, no prazo de três meses a contar do seu conhecimento, optar pela cessação ou alteração do contrato, nos seguintes termos:

a) Não tendo ocorrido sinistro, propor uma alteração do contrato, fixando um prazo, não inferior a 14 dias, para o envio da aceitação ou, caso a admita, da contraproposta, ou fazer cessar o contrato, demonstrando que, em caso algum, celebra contratos para a cobertura de riscos relacionados com o facto omitido ou declarado inexactamente;

b) No caso referido na alínea anterior, o contrato cessa os seus efeitos 30 dias após o envio da declaração de cessação ou 20 dias após a recepção pelo Tomador do Seguro da proposta de alteração, caso este nada responda ou a rejeite, sendo o prémio devolvido *pro rata temporis*;

c) Em caso de sinistro ocorrido antes da cessação ou da alteração do contrato, cuja verificação ou consequências tenham sido influenciadas por facto relativamente ao qual tenha havido omissões ou inexactidões negligentes, poder-se-á verificar o seguinte:

i) O Segurador cobre o risco na proporção da diferença entre o prémio pago e o prémio que seria devido, caso, aquando da celebração do contrato, tivesse conhecido o facto omitido ou declarado inexactamente;

ii) O Segurador não cobre o risco e fica apenas vinculado

à devolução do prémio, se demonstrar que, em caso algum, teria celebrado o contrato se tivesse conhecido o facto omitido ou declarado inexactamente.

6. Havendo modificação do contrato, o Segurador cobre os sinistros ocorridos anteriormente à modificação cuja verificação ou consequências tenham sido influenciadas por facto relativamente ao qual tenha havido omissões ou inexactidões negligentes, mas apenas na proporção da diferença entre o prémio pago e o prémio que seria devido se, aquando da celebração do contrato, tivesse conhecido o facto omitido ou declarado inexactamente.

7. Havendo cessação do contrato, o Segurador não cobre os sinistros ocorridos antes da cessação, cuja verificação ou consequências tenham sido influenciadas por facto relativamente ao qual tenha havido omissões ou inexactidões negligentes.

ARTIGO 11.º

COMUNICAÇÃO DO AGRAVAMENTO DO RISCO

1. O Tomador do Seguro ou a Pessoa Segura têm o dever de, durante a execução do contrato, no prazo de 14 (catorze) dias a contar do conhecimento do facto, comunicar ao Segurador todas as circunstâncias ou factos susceptíveis de agravar o risco, desde que estas, caso fossem conhecidas pelo Segurador aquando da celebração do contrato, tivessem podido influir na decisão de contratar ou nas condições do contrato.

2. Podem constituir, entre outras, fundamento de agravamento do risco assumido pelo Segurador, as seguintes circunstâncias:

- a) Alterações ocorridas ao nível do estado de saúde da Pessoa Segura;
- b) A mudança da actividade profissional da Pessoa Segura;
- c) A mudança da residência da Pessoa Segura;

3. No prazo de 30 (trinta) dias a contar do momento em que tenha conhecimento do agravamento do risco, o Segurador pode:

- a) Apresentar ao Tomador do Seguro novo contrato, que este deve aceitar ou recusar em igual prazo, findo o qual se entende aprovada a modificação proposta;
- b) Resolver o contrato, demonstrando que, em caso algum, celebra contratos que cubram riscos com as características resultantes desse agravamento do risco.

ARTIGO 12.º

SINISTRO E AGRAVAMENTO DO RISCO

1. Se antes da cessação ou da alteração do contrato nos termos previstos no artigo anterior ocorrer o sinistro cuja verificação ou consequência tenha sido influenciada pelo agravamento do risco, o Segurador:

- a) **Cobre o risco**, efectuando a prestação convencionada, se o agravamento tiver sido correcta e tempestivamente comunicado antes do sinistro ou antes de decorrido o prazo previsto no n.º 1 do artigo anterior, excepto se demonstrar

que não celebra contratos que cubram riscos com as características resultantes desse agravamento;

b) **Cobre parcialmente o risco**, reduzindo-se a sua prestação na proporção entre o prémio efectivamente cobrado e aquele que seria devido em função das reais circunstâncias do risco, se o agravamento não tiver sido correcta e tempestivamente comunicado antes do sinistro, excepto se demonstrar que não celebra contratos que cubram riscos com as características resultantes desse agravamento;

c) **Pode recusar a cobertura** em caso de comportamento doloso do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura com o propósito de obter uma vantagem, mantendo direito aos prémios vencidos.

2. Na situação prevista nas alíneas a) e b) do número anterior, sendo o agravamento do risco resultante de facto do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura, o Segurador não está obrigado ao pagamento da prestação se demonstrar que, em caso algum, celebra contratos que cubram riscos com as características resultantes desse agravamento do risco.

ARTIGO 13.º

INÍCIO E DURAÇÃO DO CONTRATO

1. O presente contrato produz os seus efeitos a partir das zero horas do dia imediato ao da aceitação da Proposta pelo Segurador, desde que o prémio ou fracção inicial seja pago.

2. Podem as partes, mediante acordo, estabelecer outra data para a produção de efeitos, não podendo a mesma ser anterior à da recepção da Proposta pelo Segurador.

3. Tratando-se de Seguro de Grupo, as garantias do contrato entram em vigor, para cada Pessoa Segura, às zero horas do dia indicado no respectivo Certificado Individual de Seguro.

4. O contrato considera-se aceite no 14.º dia ou no 30.º dia, consoante se trate respectivamente de um Seguro Individual ou de um Seguro de Grupo, e em que o segurado seja uma pessoa singular, a contar da data de recepção da Proposta pelo Segurador e/ou do Boletim de Adesão, excepto quando o candidato a Tomador do Seguro/Pessoa Segura seja informado da recusa, aprovação, ou da necessidade de prestar esclarecimentos essenciais para a avaliação do risco, ficando neste caso, a aprovação dependente da resposta e análise dos elementos adicionais solicitados pelo Segurador.

5. As Condições Particulares e os Certificados Individuais de Seguro, caso se trate de Seguro de Grupo, reflectem as coberturas, períodos de carência, franquias e os valores máximos indemnizáveis, de acordo com o previsto nas presentes Condições Gerais e nas Condições Especiais da Apólice.

6. Na falta de estipulação das Partes noutro sentido, o contrato vigora pelo período de um ano e considera-se sucessivamente renovado por períodos de um ano, salvo se qualquer uma das partes o tiver denunciado, por escrito ou por outro meio do qual fique registo duradouro, com

a antecedência mínima de 30 dias em relação ao termo da anuidade, ou se não for pago o prémio da anuidade subsequente ou da primeira fracção desta.

7. Quando o contrato for celebrado por um período de tempo determinado ou não seja renovado o seu período de vigência, os seus efeitos cessam às 24 horas do último dia do referido período.

ARTIGO 14.º

DIREITO DE LIVRE RESOLUÇÃO

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, acompanhada da respectiva Apólice.

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, isto é, com efeito retroactivo, 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, e que a cobertura se tenha iniciado a pedido do Tomador do Seguro;
- b) Ao montante das despesas razoáveis que tenha efectuado com exames médicos, sempre que esse valor seja imputado contratualmente ao Tomador do Seguro.

ARTIGO 15.º

RESOLUÇÃO E REDUÇÃO DO CONTRATO

1. O contrato de seguro pode ser resolvido pelas partes a todo o tempo, havendo justa causa.

2. O Segurador pode invocar a ocorrência de uma sucessão de sinistros na anuidade, como causa relevante para o efeito previsto no número anterior.

3. A comunicação da resolução do contrato, nos termos previstos neste artigo, deve ser efectuada por escrito, ou por outro meio de que fique registo duradouro, com a antecedência mínima de 30 (trinta) dias relativamente à data em que a mesma produz efeitos.

4. 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 (vinte) dias após a não renovação ou a resolução.

5. A resolução do contrato produz os seus efeitos às 24 (vinte e quatro) horas do dia em que se verifique.

6. O montante do prémio a devolver ao Tomador do Seguro em caso de cessação antecipada do contrato é calculado *pro rata temporis*, salvo previsão de cálculo diverso pelas partes em função de razão atendível, como seja a garantia de separação técnica entre a tarificação dos seguros anuais e a dos seguros temporários.

7. A Pessoa Segura poderá, no Seguro de Grupo contributivo, ser excluída do seguro quando não entregue ao Tomador do Seguro ou ao Segurador, consoante o que estiver convencionado, a quantia destinada ao pagamento do prémio, aplicando-se, com as devidas adaptações, as regras sobre a falta de pagamento de prémios no que respeita à adesão.

8. A Pessoa Segura poderá ainda ser excluída do Seguro de Grupo quando ela ou o beneficiário, com conhecimento daquela, pratique actos fraudulentos em prejuízo do Segurador ou do Tomador do Seguro.

9. A exclusão da Pessoa Segura acima prevista não tem eficácia retroactiva e deve ser exercida, por declaração escrita, com aviso prévio de 8 dias, pelo Segurador.

10. O previsto no presente artigo é aplicável à redução do contrato, com as devidas adaptações.

11. O Tomador do Seguro tem direito à resolução do contrato no prazo de 30 dias a contar da recepção da Apólice:

- a) Em caso de incumprimento dos deveres de informação pré-contratual, salvo quando a falta do Segurador não tenha razoavelmente afectado a decisão de contratar ou haja sido accionada a cobertura por terceiro;
- b) Quando as condições do contrato não estejam em conformidade com a informação pré-contratual comunicada;
- c) Em caso de falta de um elemento legalmente exigido pelas condições do contrato.

ARTIGO 16.º

CADUCIDADE DO CONTRATO

1. No contrato de seguro celebrado por um ano a continuar pelos anos seguintes, o mesmo ou cada uma das adesões caducam automaticamente:

- a) No termo da anuidade em que a Pessoa Segura completar a idade limite estabelecida nas garantias do contrato;
- b) No termo da anuidade em que a Pessoa Segura deixe de reunir as condições que lhe permitiram integrar o grupo seguro.

2. No contrato de seguro celebrado por tempo determinado o mesmo caduca na data do seu termo, fixada nas condições particulares.

ARTIGO 17.º

RESPONSABILIDADE DO SEGURADOR EM CASO DE NÃO RENOVAÇÃO DO CONTRATO

1. Em caso de não renovação do contrato ou da cobertura e não estando o risco coberto de forma proporcional por um contrato de seguro posterior, o Segurador fica nos 2 anos subsequentes, e até que se mostre esgotado o Capital Seguro disponível na anuidade em que o contrato cessar a sua vigência, com a obrigação de realizar as prestações contratualmente devidas, em consequência de Doenças manifestadas ou Acidentes ocorridos durante o período de vigência da Apólice, desde que

cobertos pelo seguro.

2. Para efeitos do disposto no número anterior o Segurador deve ser informado da existência da doença ou acidente nos trinta dias imediatos ao termo do contrato, salvo justo impedimento.

CAPÍTULO IV

BENEFICIÁRIOS, PESSOAS SEGURAS, ALTERAÇÕES E MODIFICAÇÕES DE RISCO E PLANO DE GARANTIAS

ARTIGO 18.º

DESIGNAÇÃO BENEFICIÁRIA

1. Salvo convenção em contrário, a Pessoa Segura designa o(s) beneficiário(s), podendo a designação constar das Condições Particulares ou Certificado Individual, de declaração escrita posterior recebida pelo Segurador ou em testamento.

2. Salvo estipulação em contrário, por falecimento da Pessoa Segura, o Capital Seguro é prestado:

a) Na falta de designação do beneficiário, aos herdeiros legais da Pessoa Segura, conforme habilitação de herdeiros apresentada;

b) Em caso de premoriência do beneficiário relativamente à Pessoa Segura, aos herdeiros legais desta;

c) Em caso de premoriência do beneficiário relativamente à Pessoa Segura, tendo havido renúncia à revogação da designação beneficiária, aos herdeiros legais daquele beneficiário;

d) Em caso de comoriência da Pessoa Segura e do beneficiário, aos herdeiros legais deste.

3. Se o Beneficiário for menor, o Segurador depositará a importância devida em nome daquele numa instituição bancária indicada pelo representante legal do menor.

4. Em caso de pluralidade de Beneficiários, o Segurador regularizará por quitação conjunta dos mesmos, por partes iguais, excepto:

a) Se a cláusula beneficiária estipular a percentagem que cabe a cada um dos Beneficiários designados;

b) Se todos os beneficiários forem herdeiros da Pessoa Segura, sendo que neste caso observam-se os princípios prescritos para a sucessão legítima, salvo disposição em contrário;

c) Se um dos beneficiários tiver falecido antes da Pessoa Segura: a sua parte caberá aos respectivos descendentes, aplicando-se os princípios prescritos para a sucessão legítima.

d) Se a entidade que recebe as quantias for o cabeça de casal da herança, devendo a(s) quantia(s) ser depositadas em instituição bancária indicada por este titulada pela Herança indivisa.

5. O Beneficiário que provoque dolosamente um dano corporal na Pessoa Segura ou que for autor, cúmplice, instigador ou encobridor do homicídio Pessoa Segura, mesmo que só por tentativa, perde o direito ao recebimento de quaisquer eventuais importâncias seguras, que revertem para a Pessoa Segura.

6. Salvo convenção em contrário constante das Condições Particulares, os beneficiários do contrato de seguro em caso de invalidez permanente e de incapacidade temporária serão sempre as Pessoas Seguras.

ARTIGO 19.º

ALTERAÇÃO E REVOGAÇÃO DA CLÁUSULA BENEFICIÁRIA

1. A pessoa que designa o(s) beneficiário(s) pode a qualquer momento revogar ou alterar a designação beneficiária, excepto quando tenha expressamente renunciado a esse direito.

2. Se a Pessoa Segura for distinta do Tomador do Seguro e tiver assinado, juntamente com este, a Proposta de seguro de que conste a designação beneficiária, ou tendo a Pessoa Segura designado o Beneficiário, a alteração da designação beneficiária pelo Tomador do Seguro carece do acordo da Pessoa Segura, o qual será titulado por Acta Adicional.

3. A cláusula beneficiária será considerada irrevogável sempre que exista aceitação do benefício por parte do(s) beneficiário(s) e renúncia expressa do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura ao direito de a alterar.

4. A alteração do(s) beneficiário(s) só será válida a partir do momento em que o Segurador tenha recebido a correspondente comunicação escrita.

5. A renúncia do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura ao direito de alterar a cláusula beneficiária, bem como a aceitação do(s) beneficiário(s), deverão constar de documento escrito cuja validade depende da efectiva comunicação ao Segurador.

6. Sendo a cláusula beneficiária irrevogável, será necessário o acordo prévio do(s) beneficiário(s) para o Tomador do Seguro ou a Pessoa Segura procederem ao exercício de qualquer direito ou faculdade de modificar as condições contratuais sempre que tal modificação tenha incidência sobre os direitos do Beneficiário.

7. O Tomador do Seguro ou a Pessoa Segura podem readquirir o direito pleno ao exercício das garantias contratuais se o(s) beneficiário(s) aceitante(s) comunicar(em) por escrito ao Segurador que deixou(aram) de ter interesse no benefício.

8. O direito de alterar a designação beneficiária cessa no momento em que o(s) beneficiário(s) adquira(m) o direito ao pagamento das importâncias seguras.

ARTIGO 20.º

ADMISSÃO DE PESSOAS SEGURAS

1. A inclusão de Pessoas Seguras num Seguro de Grupo ou que integrem o mesmo agregado familiar obriga ao preenchimento do Boletim de Adesão e Questionário Individual de Saúde.

2. A eficácia das garantias para as Pessoas Seguras incluídas durante a vigência do contrato fica sujeita aos períodos de carência aplicados.

3. A inclusão de recém-nascidos num contrato que tenha

como Pessoa Segura pelo menos um dos Pais, é aceite sem períodos de carência, sem doenças pré-existentes e sem exclusão de doenças e malformações congénitas desde que a adesão seja efectuada nos primeiros 30 dias de vida da criança, mediante preenchimento de Proposta e Questionário Individual de Saúde.

ARTIGO 21.º**EXCLUSÃO DE PESSOAS SEGURAS**

A exclusão de Pessoas Seguras é solicitada mediante comunicação ao Segurador, com uma antecedência mínima de 30 dias em relação à data de vencimento do contrato, e produzirá efeito na data de vencimento do contrato, excepto em caso de Morte da Pessoa Segura, em que o Segurador devolverá o prémio relativo ao período pago e não decorrido.

ARTIGO 22.º**TRANSFERÊNCIA DE SEGURO**

1. A transferência da titularidade do contrato deve ser solicitada pelo Tomador do Seguro, com a aceitação da Pessoa Segura, novo titular do contrato, mediante comunicação ao Segurador, com uma antecedência mínima de 30 dias em relação à data de produção de efeitos.
2. Para este efeito será necessário preenchimento de nova Proposta, sendo dispensado o preenchimento do Questionário Individual de Saúde.

ARTIGO 23.º**ALTERAÇÃO AO PLANO DE GARANTIAS**

1. Qualquer alteração às condições contratadas, a vigorar na anuidade seguinte, deverá ser comunicada pelo Segurador ao Tomador do Seguro com uma antecedência mínima de 30 dias em relação à data de vencimento do contrato.
2. Caso o Tomador do Seguro não se pronuncie sobre a aceitação ou recusa da alteração proposta no prazo de 30 dias, entende-se a mesma como aceite, desde que pago o prémio da anuidade respectiva ou fracção deste.
3. Não sendo aceite a Proposta pelo Tomador do Seguro, o contrato deverá ter-se por denunciado pelo Segurador, no termo da anuidade em curso.

CAPÍTULO V**VALORES SEGUROS E LIMITES DE INDEMNIZAÇÃO****ARTIGO 24.º****VALOR OU CAPITAL SEGURO**

1. A comparticipação, o limite de responsabilidade e os limites por despesa médica aplicáveis a cada garantia contratada, estão fixados nas Condições Particulares ou, tratando-se

de Seguro de Grupo, no Certificado Individual de Seguro, e vigoram por período de vigência do contrato.

2. Para cálculo dos limites dos capitais garantidos são considerados os valores de despesas suportadas pelo Segurador na modalidade de Prestações na Rede.
3. Para os efeitos do disposto no número anterior, a Pessoa Segura pagará, directamente à Rede Convencionada de Prestadores, os co-pagamentos estabelecidos nas Condições Particulares referentes aos cuidados de saúde realizados.
4. Salvo convenção em contrário, expressa nas Condições Particulares, nas situações de acerto de vencimento, os valores garantidos são proporcionais ao tempo em risco.
5. Quando aplicável, o Capital Seguro é o montante estipulado nas condições particulares do contrato de seguro como sendo o valor máximo de responsabilidade do Segurador em caso de sinistro ocorrido durante o período de vigência do contrato, por Pessoa Segura ou Agregado Familiar, definido para cada uma das coberturas contratadas nas Condições Particulares, Certificado Individual ou Condições Especiais, quando aplicáveis.

ARTIGO 25.º**REDUÇÃO AUTOMÁTICA DE CAPITAL**

Após a ocorrência de um sinistro, o Capital Seguro ficará automaticamente reduzido do montante correspondente ao valor das prestações atribuídas, sem que haja lugar a estorno de prémio.

CAPÍTULO VI**PRÉMIO****ARTIGO 26.º****PRÉMIO DE SEGURO**

1. O prémio inicial é devido na totalidade na data da celebração do contrato.
2. Por acordo das partes o prémio pode ser fraccionado.
3. O prémio das anuidades subsequentes é devido na data da respectiva prorrogação.
4. O prémio resultante de eventuais alterações ao contrato é devido na data indicada no aviso para pagamento.

ARTIGO 27.º**PAGAMENTO DO PRÉMIO**

1. A cobertura dos riscos depende do prévio pagamento do prémio.
2. 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.
3. 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.

4. 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.

5. No Seguro de Grupo a obrigação de pagamento do prémio ao Segurador é sempre do Tomador do Seguro, quer se trate de um seguro contributivo ou não contributivo.

ARTIGO 28.º

ALTERAÇÃO DO PRÉMIO

1. Não havendo alteração das garantias ou do risco, qualquer alteração do prémio, por iniciativa do Segurador, apenas poderá efectivar-se na data de renovação anual do contrato, mediante aviso ao Tomador do Seguro com antecedência mínima de 30 (trinta) dias sobre essa data.

2. No entanto haverá lugar à alteração automática do prémio do contrato, sempre que se verificar mudança de idade ou de escalão etário da Pessoa Segura, aplicável a partir da data de renovação anual imediatamente seguinte em que tal mudança ocorrer.

3. Poderão ainda originar variação no valor do prémio os seguintes factores: a actualização da tarifa, a alteração do número de pessoas seguras e/ou das coberturas contratadas, a inflação, sempre que tal alteração possa causar impactos financeiros negativos e/ou comprometer a sustentabilidade do seguro, e a revisão de preços por parte dos prestadores de serviços de saúde.

4. Se o Segurador modificar a sua tarifa, terá o direito de fixar o novo prémio em conformidade, a partir do vencimento anual seguinte, obrigando-se a comunicar tal facto no prazo disposto no número 1.

5. Em virtude de alteração do risco ou em casos de força maior, por alteração anormal das circunstâncias que determinaram a contratação do seguro, o Segurador poderá propor ao Tomador do Seguro a alteração do valor do prémio fixando um prazo não inferior a 14 dias para que este aceite a alteração, e o contrato cessará os seus efeitos 20 dias após a recepção pelo Tomador do Seguro da proposta de alteração, caso este nada responda ou a rejeite.

6. Para os efeitos da presente cláusula, consideram-se motivos de força maior atendíveis, a necessidade de revisão do valor do prémio resultante de alterações legislativas, regulamentares e/ou fiscais, bem como, resultante da verificação de programas de resgate externo do FMI, CE e BCE, geradores de impactos financeiros negativos e insustentáveis para a manutenção do seguro, demonstradoras de uma efectiva alteração anormal das circunstâncias em que as partes fundaram a decisão de contratar, sendo que tais alterações apenas

serão aceitáveis se efectuadas na exacta medida do necessário.

ARTIGO 29.º

AVISO DE PAGAMENTO DOS PRÉMIOS

1. Na vigência do contrato, o Segurador avisará por escrito ou por outro meio de que fique registo duradouro, o Tomador do Seguro do montante a pagar, assim como da forma e do lugar de pagamento, com uma antecedência mínima de 30 (trinta) dias em relação à data em que se vence o prémio, ou fracções deste.

2. Do aviso constarão as consequências da falta de pagamento do prémio ou de sua fracção.

ARTIGO 30.º

FALTA DE PAGAMENTO

1. A falta de pagamento do prémio inicial, ou da primeira fracção deste, ou fracções subsequentes, na data do vencimento, determina a resolução automática do contrato a partir da data da sua celebração, deixando de produzir quaisquer efeitos.

2. A falta de pagamento do prémio de anuidades subsequentes, ou da primeira fracção destas, na data do vencimento, impede a prorrogação do contrato, pelo que este não se renovará e deixará de produzir quaisquer efeitos.

3. A falta de pagamento de um prémio adicional, na data indicada no aviso, desde que este decorra de um pedido do Tomador do Seguro para alteração da garantia, 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.

4. Caso o prémio adicional decorra e resulte de um agravamento do risco ou de casos de força maior a falta de pagamento do mesmo origina a resolução automática do contrato na data da alteração.

5. O disposto nos números anteriores é aplicável ao pagamento dos prémios ou fracções devidas 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.

ARTIGO 31.º

ESTORNO DO PRÉMIO

Quando, por força de alteração ou cessação antecipada do contrato, por iniciativa do Segurador ou do Tomador do Seguro, ou de diminuição do risco, houver lugar, nos termos da Lei, a estorno ou reembolso do prémio, este será calculado proporcionalmente ao período de tempo não decorrido até à data do vencimento.

CAPÍTULO VII**OBRIGAÇÕES E DIREITOS DAS PARTES E
PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO****ARTIGO 32.º****OBRIGAÇÕES E DIREITOS DO SEGURADOR**

Constitui obrigação do Segurador o cumprimento pontual dos seus compromissos perante o Tomador do Seguro e as Pessoas Seguras, nomeadamente:

1. Informar o Tomador do Seguro das condições de celebração e vigência do contrato, esclarecer sobre todos os factos necessários ao entendimento das condições e gestão do contrato e que possam influir na sua vontade em formalizar o mesmo.
2. Informar o Tomador do Seguro das situações de incumprimento contratual e respectivas obrigações e consequências da inobservância das mesmas.
3. Proceder com diligência e prontidão a todas as averiguações indispensáveis para a correcta regularização dos sinistros.
4. Pagar os montantes que sejam devidos no prazo máximo de 15 (quinze) dias úteis após o apuramento dos factos relativos à ocorrência do sinistro e das suas causas, circunstâncias e consequências e a entrega dos documentos respectivos.

ARTIGO 33.º**OBRIGAÇÕES DO TOMADOR DO SEGURO E DA(S)
PESSOA(S) SEGURA(S)**

1. O Tomador do Seguro deverá pagar o prémio do seguro nas datas e pelas importâncias estipuladas pelo Segurador.
2. O Tomador do Seguro obriga-se a comunicar por escrito ao Segurador qualquer mudança de residência, considerando-se como recebida por ele toda a correspondência registada, enviada para a sua última residência que conste nos registos e documentos do Segurador.
3. A ocorrência de um erro administrativo não pode privar as Pessoas Seguras das prestações devidas pelo contrato, mas também não poderá criar o direito a benefícios não contratados.

ARTIGO 34.º**PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO**

As Pessoas Seguras sempre que, ao abrigo do presente contrato, pretendam utilizar os bens, serviços ou cuidados de saúde garantidos, devem:

1. Nas Prestações na Rede:

- a) Escolher um prestador da Rede Convencionada de Prestadores;
- b) Apresentar o seu cartão de saúde e, quando solicitado, documento de identificação com fotografia;
- c) Efectuar o co-pagamento ao prestador da parte da despesa médica que seja de sua responsabilidade, conforme indicado nas Condições Particulares ou

Certificado Individual de Seguro.

2. Informação clínica:

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

- a) Por doença - informar com verdade a Gestora de Serviços de Saúde ou o Segurador sobre as respectivas circunstâncias e consequências;
- b) Por acidente - comunicar o facto à Gestora de Serviços de Saúde ou ao Segurador no prazo máximo de 8 dias imediatos à sua ocorrência, procedendo à sua descrição detalhada (data, local, hora, causas e consequências, o estabelecimento hospitalar a que recorreu, as testemunhas, as autoridades que dele tomaram conhecimento e a identificação do eventual responsável);
- c) Cumprir as prescrições do médico a que tenha recorrido e remeter à Gestora de Serviços de Saúde ou ao Segurador, em conjunto com a participação, o relatório médico relativo ao sinistro e tratamento;
- d) Sujeitar-se a exames, por médicos designados pela Gestora de Serviços de Saúde ou pelo Segurador, caso estes o considerem necessários;
- e) Autorizar os médicos e hospitais a que tenham recorrido a facultar aos serviços clínicos da Gestora de Serviços de Saúde ou ao Segurador os relatórios clínicos e quaisquer outros elementos que estes tenham por convenientes para documentar o processo, incluindo informações sobre o estado de saúde anterior ao sinistro.

3. Pré-autorizações:

Nos casos em que seja aplicável o disposto na alínea a) do nº 2 deste artigo, as Pessoas Seguras devem:

- a) Assegurar que, através dos serviços clínicos da Gestora de Serviços de Saúde, é solicitada pré-autorização em caso de internamento hospitalar, cirurgia, parto ou actos clínicos associados a uma doença grave conforme respectiva Condição Especial;
 - b) A pré-autorização, em caso de Internamento Hospitalar e/ou Cirurgia, deve ser requerida com uma antecedência mínima de 72 horas;
 - c) Em caso de Internamento Hospitalar e/ou Cirurgia decorrente de uma situação de emergência que impeça a Pessoa Segura de requerer antecipadamente a pré-autorização, deve a mesma ser solicitada no prazo máximo de 24 horas a contar da ocorrência.
4. O Tomador do Seguro e/ou as Pessoas Seguras responderão por eventuais perdas e danos caso não sejam seguidos os procedimentos previstos nos números anteriores, sem prejuízo do direito às prestações a que haja lugar, sempre que o acto médico venha a ser posteriormente autorizado pelo Segurador ou Gestora de Serviços de Saúde.
5. A Gestora de Serviços de Saúde deverá informar as Pessoas Seguras sempre que futuramente outros serviços clínicos necessitem de pré-autorização.

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

ARTIGO 35.º

REALIZAÇÃO DA PRESTAÇÃO DO SEGURADOR

1. O Segurador obriga-se a satisfazer a prestação contratual a quem for devida, após a confirmação da ocorrência do sinistro e das suas causas, circunstâncias e consequências.
2. Para efeito do disposto no número anterior, dependendo das circunstâncias, pode ser necessária a prévia quantificação das consequências do sinistro.
3. A prestação devida pelo Segurador pode ser pecuniária ou não pecuniária.
4. A obrigação do Segurador vence-se decorridos 30 (trinta) dias sobre o apuramento dos factos.

ARTIGO 36.º

PLURALIDADE DE SEGUROS

1. O Tomador do Seguro, ou a Pessoa Segura, sob pena de responder por perdas e danos e, em caso de fraude, da exoneração do Segurador das respectivas prestações, fica obrigado a participar ao Segurador a existência de outros seguros, garantindo o pagamento de despesas idênticas ou de coberturas da mesma natureza.
2. Em caso de sinistro verificado no âmbito da pluralidade de contratos, a Pessoa Segura, ou o lesado, pode accionar o presente Segurador até aos limites da respectiva obrigação, sem prejuízo do regime legal relativo à insolvência de um dos Seguradores da pluralidade.

CAPÍTULO VIII

DISPOSIÇÕES DIVERSAS E FINAIS

ARTIGO 37.º

CONFIDENCIALIDADE DA INFORMAÇÃO

O Tomador do Seguro e as Pessoas Seguras autorizam o Segurador a facultar à Gestora de Serviços de Saúde toda a informação confidencial sobre este contrato.

ARTIGO 38.º

INTERVENÇÃO DE MEDIADOR DE SEGUROS

1. Nenhum Mediador 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 Mediador 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 Mediador de seguros, o seguro considera-se eficaz quando existam razões ponderosas, objectivamente apreciadas, tendo em conta as circunstâncias do caso, que justifiquem a confiança do Tomador do Seguro de boa fé na legitimidade do Mediador, desde que o Segurador tenha igualmente contribuído para fundar a confiança do Tomador do Seguro.

4. O Tomador do Seguro, se assim o desejar, poderá solicitar ao Segurador a informação sobre a forma de remuneração do Mediador de Seguros relativamente à prestação do serviço de mediação, bem como o nome das empresas de seguros e mediadores de seguros com os quais o mediador possa trabalhar, se aplicável.

ARTIGO 39.º

DOMICÍLIO

Para efeitos deste contrato, serão considerados domicílio e contactos do Tomador do Seguro/Pessoa Segura/Beneficiário, os indicados na Proposta, nas Condições Particulares ou Certificado Individual ou, em caso de alteração, qualquer outro que tenha sido, por aqueles, formalmente comunicado ao Segurador.

ARTIGO 40.º

COMUNICAÇÕES E NOTIFICAÇÕES ENTRE AS PARTES

1. As comunicações ou notificações do Tomador do Seguro/Pessoa Segura previstas nesta apólice consideram-se válidas e plenamente eficazes caso sejam efectuadas para os contactos do Segurador indicados nas Condições Particulares ou Certificado Individual.

2. As comunicações previstas no presente contrato devem revestir forma escrita em suporte de papel ou ser prestadas por outro meio do qual fique registo em suporte duradouro.

3. O Segurador só está obrigado a enviar as comunicações previstas no presente contrato se o destinatário das mesmas estiver devidamente identificado no contrato, considerando-se validamente efectuadas se remetidas para os respectivos endereços constantes da apólice.

ARTIGO 41.º

ÓNUS DA PROVA

Impende sobre a Pessoa Segura o ónus da prova da veracidade das declarações, podendo o Segurador exigir-lhe os meios de prova adequados e que estejam ao seu alcance.

ARTIGO 42.º
PROVA CONVENCIONADA

O Tomador do Seguro e o Segurador acordam que todo e qualquer registo electrónico, bem como as gravações orais (assim como a sua transcrição escrita, caso exista), conservados pelo Segurador em suporte duradouro, serão aceites como prova das operações realizadas para a subscrição, modificação ou cessação do presente contrato.

ARTIGO 43.º
SUB-ROGAÇÃO PELO SEGURADOR

1. O Segurador que tiver pago prestações de natureza indemnizatória fica sub-rogado, na medida do montante pago, nos direitos da Pessoa Segura contra o terceiro responsável pelo sinistro.
2. O Tomador do Seguro, ou a Pessoa Segura, responde, até ao limite da indemnização paga pelo Segurador, por acto ou omissão que prejudique os direitos previstos no número anterior.

ARTIGO 44.º
EFICÁCIA E Oponibilidade A TERCEIROS

As excepções, invalidades e demais disposições que, de acordo com o contrato ou com a Lei, sejam invocáveis face ao Tomador do Seguro ou à Pessoa Segura, sê-lo-ão igualmente em relação a Terceiros que dele beneficiem.

ARTIGO 45.º
COMPENSAÇÃO DE CRÉDITOS

No acto de pagamento de qualquer importância ao abrigo deste contrato, o Segurador, sempre que a Lei o permita, poderá proceder ao desconto de quaisquer quantias que lhe sejam devidas pelo Tomador do Seguro ou pela Pessoa Segura.

ARTIGO 46.º
RECLAMAÇÕES E ARBITRAGEM

1. O Segurador dispõe de uma unidade orgânica específica para receber, analisar e dar resposta a quaisquer reclamações relacionadas com o contrato ou com as obrigações e direitos dele decorrentes, podendo para o efeito dirigir documento escrito para a sua sede, na Avenida de França, 316 – 5.º, Edifício Capitólio, 4050-276 Porto ou utilizar o endereço electrónico reclamacoes@realvidaseguros.pt.
2. Caso não haja concordância com a resposta apresentada, a reclamação deverá ser dirigida para o Provedor do Cliente no endereço indicado ou através do endereço electrónico provedor.cliente@realvidaseguros.pt, sem prejuízo de poder ser requerida a intervenção da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões.

ARTIGO 47.º
EXTRAVIO DA APÓLICE

Verificando-se, em qualquer circunstância, a destruição, roubo ou outra situação que consubstancie o extravio da apólice que esteja na posse do Tomador do Seguro, este deverá comunicar esse facto ao Segurador, por escrito em suporte de papel ou outro meio do qual fique registo em suporte duradouro, o qual emitirá uma segunda via nos termos legais aplicáveis e, se aplicável, cobrará o respectivo custo.

ARTIGO 48.º
LEI APLICÁVEL E FORO COMPETENTE

1. O presente contrato rege-se pela lei Portuguesa.
2. O foro competente para dirimir qualquer litígio emergente deste contrato é o fixado na lei civil.

ARTIGO 49.º
PROTECÇÃO DE DADOS PESSOAIS

1. O Segurador é a entidade responsável pelo tratamento dos dados pessoais dos Tomadores de Seguros, Pessoas Seguras e Beneficiários (“Clientes”, em conformidade com política interna de privacidade).
2. O Segurador recolhe os dados directamente junto dos Clientes ou através de parceiros comerciais.
3. O Segurador trata as seguintes categorias de dados: dados de identificação, dados de contacto, dados financeiros e bancários, dados de saúde e demais dados necessários à contratação, gestão e execução do contrato de seguro (incluindo pagamento e facturação do prémio), gestão de reclamações, gestão de sinistros, avaliação de risco, entre outros.
4. O Segurador poderá tratar os dados pessoais, dos titulares dos dados, para lhes enviar informações e comunicações de marketing, através de e-mail, correio postal, SMS, contacto telefónico, ou outros, sobre os seus produtos e serviços, sendo este tratamento de dados apenas realizado com o consentimento expresso dos Clientes, prestado no momento da recolha dos dados pessoais.
5. Caso pretenda retirar o seu consentimento, o Cliente pode a qualquer momento contactar o Segurador através de correio electrónico para o endereço dpo.dadospessoais@realvidaseguros.pt.
6. O Segurador dispõe de uma Política de Privacidade que descreve as orientações e princípios por si adoptados para assegurar a protecção dos titulares de dados pessoais, estabelecendo directrizes relativas aos direitos dos titulares e ao tratamento e livre circulação dos dados pessoais, a qual poderá ser consultada em www.realvidaseguros.pt.

CONDIÇÃO ESPECIAL
DOENÇAS GRAVES

1. A presente cobertura garante, nos termos e limites para o efeito fixados 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.

2. Fica garantido o pagamento das despesas relacionadas com as seguintes doenças ou procedimentos:

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 bypass) 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-cordalgias 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.

3. Serão igualmente consideradas 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.

4. Fica garantido o pagamento de consultas de Psicologia no máximo de 8 por sinistro.

5. A Pessoa Segura poderá escolher livremente o prestador para tratamento da(s) doença(s) grave(s), dentro da rede convencionada.

6. Todos os actos médicos integrados no âmbito da presente cobertura requerem um pedido de pré-autorização à Gestora de Serviços de Saúde.

7. Para accionar a Cobertura será necessário o preenchimento de formulário disponibilizado pela entidade Gestora de Saúde através de contacto da Pessoa Segura para a linha de apoio.

8. Aquando do diagnóstico de uma doença grave e accionada a cobertura, esta mantém-se em vigor com pagamento de prémio até se encontrar esgotado o respectivo capital, sem limite temporal para o efeito.

9. A cessação da cobertura não implica a cessação da apólice.

10. O capital pode ser utilizado em qualquer outra doença grave, que possa vir a ser diagnosticada após o accionamento da cobertura.

11. 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.

CONDIÇÃO ESPECIAL

ACESSO À REDE

1. Esta 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.

2. 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,

3. 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. 4. O valor das consultas programadas e consultas de urgência não poderá, no entanto, exceder o valor máximo constante nas Condições Particulares.

5. A adesão do prestador de cuidados de saúde à Rede Médica Convencionada 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.

6. A Pessoa Segura tem acesso à Rede Médica Convencionada suportando a totalidade dos respectivos custos a preço de rede.

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

CONDIÇÃO ESPECIAL

CHECK-UP PERIÓDICO (MEDICINA PREVENTIVA)

1. Ao abrigo da presente cobertura fica garantido a realização de um Check-up periódico em função da idade da pessoa segura, na Rede de Prestadores para o efeito designada pela Gestora de Serviços de Saúde.

2. Inclui um check-up pré-definido e gratuito, de 5 em 5 anos para idades entre os 36 e os 45 anos, de 3 em 3 anos para idades entre os 46 e os 55 anos, de 2 em 2 anos para idades entre os 56 e os 60 anos e anual nas idades posteriores. O acesso ao primeiro check-up ocorre após a liquidação do prémio da segunda anuidade e cessa se a apólice anular.

3. O acesso a novo check-up ocorre assim que completado o número de anos inteiros definido para o escalão em que se encontrava no anterior check-up.

4. O Check-up é constituído pelas seguintes prestações:

- Consulta Médica com Relatório
- Hemograma (Eritrograma+leucócitos+fórmula leucocitária)
- Velocidade de sedimentação eritrocitária = VS
- Urina II (análise sumária da urina)
- Glicose
- Creatinina Urina
- Creatinina Sérica
- Ácido Úrico
- Colesterol total
- Colesterol HDL
- Colesterol LDL (calculado)
- Triglicéridos
- TGO
- TGP
- Albumina (Pesquisa de...)
- Sangue Oculto (Pesquisa de...)
- Electrocardiograma simples de 12 derivações c/ interpretação

e relatório

- Raio X Tórax, pulmões e coração (1 incidência)

CONDIÇÃO ESPECIAL

MÉDICO AO DOMICÍLIO

1. Esta cobertura garante à Pessoa Segura através de Serviço de Assistência, nos termos e limites para o efeito fixado nas Condições Particulares, no regime de prestações na rede em território nacional, mediante a solicitação ao Prestador de Serviços de Saúde, a prestação dos seguintes serviços:

- Serviço de Atendimento Permanente;

- Informações 24 horas/dia, sobre o serviço e seu funcionamento administrativo;
- Informações ou esclarecimentos quanto aos procedimentos;
- Informações sobre as garantias, Rede Médica Convencionada e custo de serviço.

Aconselhamento Médico Telefónico;

- Através da linha telefónica de atendimento 24 horas por dia, a Pessoa Segura poderá solicitar à Equipa Médica dos Serviços de Assistência informações médicas referentes a doenças, correcta administração de medicamentos ou à de simples aconselhamento. Caso não seja possível fornecer uma resposta imediata, os Serviços de Assistência diligenciarão no sentido de efectuar a procura de informações solicitadas e voltarão a contactar com a Pessoa Segura para transmitir as respectivas informações.

• Os Serviços de Assistência não serão responsáveis pelas interpretações da Pessoa Segura, nem das eventuais consequências das mesmas. As eventuais informações médicas prestadas não poderão ser entendidas como uma consulta médica mas tão-somente como uma orientação geral prestada por um dos médicos dos Serviços de Assistência.

- Envio de Médico ao Domicílio em caso de Urgência;

- Os Serviços de Assistência garantem ao Beneficiário o envio de um médico ao domicílio 24 horas por dia, fins-de-semana e feriados incluídos.

• O co-pagamento a efectuar no acto da consulta directamente ao médico é o definido nas Condições Particulares.

• O tempo de espera para o serviço de médico ao domicílio é de 2 (duas) horas no máximo, na área da Grande Lisboa e no Grande Porto e de 4 (quatro) horas no máximo, em outras localidades.

- Envio de um Profissional de Enfermagem ao Domicílio.

- Em caso de hospitalização da Pessoa Segura de que resulte acamamento ou incapacidade da mesma e desde que comprovada por relatório médico, os Serviços de Assistência promovem a procura e o envio de profissionais de enfermagem durante o tempo necessário à recuperação da Pessoa Segura.

• O co-pagamento a efectuar pelo serviço de envio é o definido nas Condições Particulares.

2. Não ficam garantidas por esta Condição as prestações que não tenham sido solicitadas ao Segurador, através dos Serviços de Assistência, e que não tenham sido efectuadas

com o seu acordo, salvo nos casos de força maior ou de impossibilidade material demonstrada.

CONDIÇÃO ESPECIAL MÉDICO ONLINE

1. A presente cobertura garante à Pessoa Segura, o acesso ao Serviço Médico Online, composto por um serviço de triagem clínica e por um serviço de aconselhamento médico online (por videochamada), disponível 24h/365 dias:

- Serviço de Triagem

Este serviço de triagem clínica é realizado online por Enfermeiros que, orientam a pessoa para cuidados de saúde mais adequados, podendo resultar as seguintes ações:

- Indicação de autocuidados;
- Recomendação de aconselhamento médico online;
- Sugestão de envio de médico ao domicílio;
- Recomendação de acesso imediato a um serviço de urgência/ chamada do INEM;
- Indicação de posterior marcação de consulta programada;

- Aconselhamento Médico Online

Decorrente do processo de triagem clínica, a Pessoa Segura terá acesso a Aconselhamento Médico Online, por videochamada, realizado por um médico das especialidades de Medicina Geral e Familiar e Pediatria.

No âmbito deste serviço, fica o médico responsável por:

- Proceder à avaliação de cada situação clínica;
- Efetuar o encaminhamento da situação clínica, caso aplicável;
- Efetuar a prescrição de medicamentos por email ou sms, ou a prescrição de exame auxiliar de diagnóstico, se necessário;
- Propor remarcar consulta de seguimento.

2. Cada consulta a suportar pela Pessoa Segura implicará um co-pagamento de €15, sendo as duas primeiras consultas gratuitas, por anuidade.

3. Verificando-se qualquer evento que faça funcionar as garantias da presente Condição Especial, a Pessoa Segura e/ou Tomador do Seguro, obrigam-se a:

- Contactar os Serviços de Assistência através do número constante no Cartão de Saúde, cujo atendimento é garantido 24 horas e todos os dias do ano, não havendo lugar a reembolsos de consultas efectuadas sem o consentimento do Segurador através do Serviço de Assistência.
- Após a verificação da necessidade da consulta online é enviado um sms com as referência/entidade para pagamento, antes da consulta, e após este processo a Pessoa Segura recebe um link para a realização da consulta.
- Se da triagem efectuada não se justificar a necessidade da consulta online, não existirá qualquer custo associado.

CONDIÇÃO ESPECIAL SEGUNDA OPINIÃO MÉDICA INTERNACIONAL

1. Esta cobertura garante, no regime de prestações na

rede, mediante a solicitação ao Prestador de Serviços de Saúde, 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.

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

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

4. Ficam garantidos mediante solicitação da Pessoa Segura:

- a) 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;
- b) Recolha de segunda opinião junto dos melhores especialistas a nível mundial relativamente ao diagnóstico da patologia e respectivo tratamento;
- c) Elaboração e disponibilização à Pessoa Segura do relatório final com as conclusões e recomendações.

CONDIÇÃO ESPECIAL ACESSO À REDE IBÉRICA

1. Esta cobertura, garante em regime de prestações na rede, as despesas médicas consideradas, ao abrigo da Cobertura de Doenças Graves, de acordo com os limites fixados nas Condições Particulares para a presente cobertura.

2. Todos os actos médicos integrados no âmbito da presente cobertura requerem um pedido de pré-autorização à Gestora de Serviços de Saúde.

3. A Pessoa Segura poderá escolher livremente o prestador para tratamento da doença grave, dentro da Rede Ibérica (prestadores convencionados em Espanha).

4. As exclusões aplicadas são as consideradas para a cobertura de Doenças Graves.

5. A presente cobertura cessa simultaneamente com a Cobertura de Doenças Graves.

6. Poderá consultar a rede de prestadores em: <https://advancecare.pt/para-si/rede-medica/rede-internacional>.

CONDIÇÃO ESPECIAL PROGRAMA DE ACOMPANHAMENTO DE DOENTES

1. Esta cobertura, garante à Pessoa Segura no regime de prestações na rede, o acompanhamento e suporte telefónico pró-activo após a alta do doente convalescente no período pós-cirúrgico ou pós-hospitalização, realizado por Enfermeiros, decorrente do âmbito da cobertura de Doenças Graves, esclarecendo as suas dúvidas, prevenindo complicações, evitando idas à urgência, consultas adicionais e a readmissão hospitalar, mediante:

- a) Contacto telefónico por parte do profissional de saúde da Advancecare no primeiro dia útil a seguir à alta hospitalar;

- b) Disponibilização à Pessoa Segura de uma linha telefónica e de um endereço de e-mail para esclarecimento de dúvidas.
2. O serviço de acompanhamento vigora durante o 1º mês pós-cirurgia ou internamento.
3. São consideradas exclusões as consequências imputadas à Pessoa Segura no seguimento de informação deficiente, incorrecta ou inexacta por ela prestada.
4. São consideradas exclusões as consequências do não cumprimento das informações fornecidas.