

SEGURADOR

Real Vida Seguros, S.A.

PRODUTO

REAL Seguro de Saúde - DOENÇAS GRAVES.

DESCRIÇÃO

O REAL Seguro de Saúde - DOENÇAS GRAVES é um seguro que garante a comparticipação de despesas médicas em caso de doença grave devidamente diagnosticada.

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	✓
Acesso à Rede	✓
Check-Up periódico (medicina preventiva)	✓
Médico ao Domicílio	✓
Médico Online	✓
Programa de Acompanhamento de Doentes	✓
Segunda Opinião Médica Internacional	✓
Acesso à Rede Ibérica	✓

ÂMBITO DAS COBERTURAS
DOENÇAS GRAVES

A 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.

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

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.

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 do prémio até se encontrar esgotado o respectivo capital, podendo ser utilizado em qualquer outra doença grave, que possa vir a ser diagnosticada após o accionamento da cobertura.

Assim que esgotado o capital da cobertura de Doenças Graves a apólice caduca.

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.

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 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.

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

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

CHECK-UP PERIÓDICO (medicina preventiva)

Ao abrigo da presente cobertura fica garantida 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.

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.

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.

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).

MÉDICO AO DOMICÍLIO

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.

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.

MÉDICO ONLINE

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

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

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.

PROGRAMA DE ACOMPANHAMENTO DE DOENTES

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.

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

São consideradas exclusões as consequências imputadas à Pessoa Segura no seguimento de informação deficiente, incorrecta ou inexacta por ela prestada.

São consideradas exclusões as consequências do não cumprimento das informações fornecidas.

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, e 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 IBÉRICA (Rede de Prestadores convencionados em Espanha)

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.

Todos os actos médicos integrados no âmbito da presente cobertura requerem um pedido de pré-autorização à Gestora de Serviços de Saúde. A Pessoa Segura poderá escolher livremente o prestador para tratamento da doença grave, dentro da Rede Ibérica (prestadores convencionados em Espanha).

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

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

Acesso à Rede Ibérica, dotada de cobertura nas zonas de fronteira e com mais de 20.000 prestadores, incluindo hospitais e clínicas de prestígio (ex. Hospital Universitário Quironsalud), consultar rede através do site da rede HNA – www.hna.es.

No acesso, uma vez confirmada a elegibilidade pela clínica, o custo do acto médico deve ser previamente consultado junto da mesma, antes da sua realização, não havendo lugar ao pagamento imediato do co-pagamento, este é debitado na conta do Cliente em momento posterior ao da realização do acto médico.

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 doenças decorrentes de intoxicação por 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 toxic dependência;
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. Disfunções sexuais, excepto em consequência de doença garantida pela apólice;
15. Acidentes e doenças com cobertura em seguros obrigatórios;

16. Acidentes de trabalho, acidentes em serviço e doenças profissionais;
17. Doenças infectocontagiosas, quando em situação de epidemia declarada pelas autoridades competentes;
18. Perdas e danos, ainda que relacionados directa ou indirectamente com as garantias contratadas;
19. 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;
20. Despesas com Serviços que não sejam clinicamente necessários;
21. Encontram-se excluídas todas as doenças graves que sejam consequência de acidente, inclusivé, enfarte de miocárdio, acidente vascular cerebral ou doenças neurológicas.

LIMITES DE INDEMNIZAÇÃO

Coberturas	Capital
Doenças Graves Hospitalização Ambulatório Medicamentos Meios Auxiliares de Diagnóstico	€ 100.000,00 ⁽¹⁾
Acesso à Rede	Sem limite
Check-Up periódico (medicina preventiva)	Em função da Idade ⁽²⁾
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 Ibérica	Capital da cobertura de Doenças Graves

⁽¹⁾ Limite máximo de indemnização da cobertura, por Pessoa Segura ao longo do contrato, não sendo renovado anualmente e sendo reduzido das despesas efectuadas.

⁽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⁾ As duas primeiras consultas gratuitas, por anuidade.

COMPARTICIPAÇÕES, CO-PAGAMENTOS E PERÍODOS DE CARÊNCIA

Coberturas	Prestações na Rede		Prestações por Reembolso		Período de Carência
	Segurador	Cliente	Segurador	Cliente	
Doenças Graves	100%	0%	n.a.	n.a.	180 dias
Acesso à Rede Ambulatório - Consultas Consulta Programada Consulta de Urgência Restantes Serviços		Máximo de € 35 Máximo de € 45 Preço de Rede	n.a.	n.a.	n.a.
Médico ao Domicílio Envio de Médico ao Domicílio em caso de Urgência Co-Pagamento (por sinistro) Envio de um Profissional de Enfermagem ao Domicílio Co-Pagamento (por sinistro)	100%	0% € 15,00 € 10,00 / serviço	n.a.	n.a.	n.a.
Médico Online Co-Pagamento (por consulta)	100%	0% € 15,00 ¹⁾	n.a.	n.a.	n.a.
Programa de Acompanhamento de Doentes	-	-	n.a.	n.a.	n.a.
Segunda Opinião Médica Internacional	-	-	n.a.	n.a.	n.a.
Acesso à Rede Ibérica	-	-	n.a.	n.a.	n.a.

¹⁾ As duas primeiras consultas gratuitas, por anuidade.

REGIME DE FUNCIONAMENTO DAS GARANTIAS

As coberturas contratas 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.

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: 60 anos.

Permanência

Idade Máxima: sem idade limite de permanência.

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.

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.

Consequências da falta de pagamento do prémio

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.

FORMA DE PAGAMENTO

O prémio é Anual, com pagamento por Multibanco ou Débito Directo, sendo obrigatório o primeiro recibo ser pago por Multibanco. No fraccionamento Mensal, Trimestral e Semestral, pagamento exclusivo por Débito Directo.

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

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. 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 nº 1, de acordo com os termos e com as consequências previstas na Lei, o contrato é anulável.
5. 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.

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.
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.

RECLAMAÇÕES

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. 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.

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.

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.

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.

LEI APLICÁVEL

O presente contrato rege-se pela lei portuguesa.

Sem prejuízo da possibilidade de recurso à arbitragem, o foro competente para qualquer pleito emergente deste contrato é o da Comarca do local que constar na data de emissão das Condições Particulares, sem prejuízo do estabelecido na lei processual civil no que respeita à competência territorial em matéria de cumprimento de obrigações.

AUTORIDADE DE SUPERVISÃO

Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões.