

SEGURADOR

Real Vida Seguros, S.A.

PRODUTO

REAL Seguro de Saúde:

- REAL Seguro de Saúde - Simples;
- REAL Seguro de Saúde - Completo;
- REAL Seguro de Saúde - Total;

DESCRIÇÃO

O REAL Seguro de Saúde é um seguro que disponibiliza à Pessoa Segura um leque de opções de coberturas no âmbito dos cuidados de saúde, podendo integrar prestações na rede, prestações por reembolso e serviços de assistência, e disponibilizando ainda um conjunto de serviços que permitem um rápido e cómodo acesso aos cuidados de saúde.

O REAL Seguro de Saúde, possibilita a subscrição do conjunto de coberturas que melhor se adapte às necessidades da Pessoa Segura, garantindo, em caso de sinistro ocorrido durante a sua vigência, designadamente a comparticipação de despesas médicas, em caso de Hospitalização por doença ou acidente, o acesso a Rede Médica de prestadores convenccionados, e ainda a disponibilização de serviços de assistência, como a Medicina Online e Médico ao Domicílio, podendo ficar igualmente garantido, o pagamento de despesas efectuadas com Honorários de consultas médicas (anualmente, 8 consultas, 2 exames e 2 análises clínicas) ou o pagamento de despesas médicas em regime de Assistência Ambulatória, e possibilidade ainda de assegurar cuidados estomatológicos, optando entre o Acesso a Rede Dentária (Dentinet) ou a subscrição de um capital para Estomatologia.

Poderá também garantir o reforço do capital seguro de Hospitalização e de Ambulatório em caso de Doença Grave, ou o pagamento de um capital fixo em caso de Morte por Acidente, e um conjunto de serviços como, o acesso a Rede de Bem-Estar, Segunda Opinião Médica Internacional, Acesso à Rede Ibérica, e ainda um Programa de Acompanhamento de Doentes, após a alta de doente convallescente no período pós-cirúrgico ou pós-hospitalização.

ÂMBITO DO SEGURO

De acordo com as opções de coberturas subscritas pelo Tomador do Seguro, o presente Contrato garante, até ao limite dos capitais seguros indicados na proposta, o pagamento de prestações convenccionadas ou indemnizatórias em consequência de doença ou acidente sofrido pela(s) Pessoa(s) Segura(s) durante a vigência do contrato.

Quem pode aderir

Clientes que pretendem salvaguardar a utilização de cuidados de saúde, acedendo a uma vasta rede médica de prestadores convenccionados, designadamente o acesso a consultas médicas, exames de diagnóstico e tratamentos a preços reduzidos, que se encontrem dentro dos seguintes limites etários, podendo ser ainda incluído neste produto, o respectivo agregado familiar (cônjuge, filhos e ascendentes, que coabitem com a Pessoa Segura).

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 malformações congénitas. A adesão tem efeito à data do nascimento;
- A partir de um mês de idade, a inclusão de filhos no seguro não exige que um dos pais integre o mesmo, sendo necessário o preenchimento do respectivo questionário de saúde.

Idade Máxima: Idade Legal de Reforma (66 anos inclusive).

Permanência

Idade Máxima: sem idade limite de permanência.

Subscrição

Para subscrever o seguro é indispensável o preenchimento e envio de:

- Proposta de seguro, na qual se identificará o Tomador do Seguro, as Pessoas Seguras e a opção que se pretende subscrever;

- Questionário Individual de Saúde relativo a cada uma das Pessoas Seguras.

A Real Vida Seguros poderá solicitar entrega de documentação complementar para melhor determinação e enquadramento do risco proposto.

Aceitação

A aceitação do seguro, relativamente a cada Pessoa Segura, fica dependente da análise do respectivo Questionário Individual de Saúde, considerando-se o seguro aceite se, no prazo máximo de 14 dias a contar da data de recepção da Proposta e respectivo Questionário Individual de Saúde pelo Segurador, este não notificar a Pessoa Segura da não aceitação do risco proposto ou da necessidade de obtenção de elementos adicionais para a sua apreciação.

A análise do Questionário Individual de Saúde e dos restantes factores caracterizadores do risco proposto condicionam a sua aceitação por parte do Segurador ou dos termos em que a mesma possa ocorrer.

Tratando-se de transferência de risco anteriormente coberto por outro contrato de seguro, serão aplicadas exclusões já existentes e períodos de carência, às novas coberturas e ao incremento de capital face à apólice anterior, com excepção da cobertura de Parto que fica sujeita ao período de carência previsto nas Condições Gerais da apólice, ou seja, de 365 dias.

As exclusões e preexistências serão consideradas com base na informação clínica existente, ou seja, nas Condições Particulares/ Certificados Individuais em vigor à data da transferência.

Na ausência da referida informação a subscrição será realizada com base no preenchimento do questionário de saúde e reportada à data da contratação deste seguro. As preexistências serão reportadas com início à data em que o questionário de saúde de suporte à subscrição deste seguro foi preenchido.

Em caso de alteração das condições da apólice, serão aplicados períodos de carência às novas coberturas e ao incremento de capital que exceda o da opção anterior. Serão consideradas preexistências e exclusões com base na informação clínica existente (Questionário Individual de Saúde, Condições Particulares/ Certificado Individual e informação adicional resultante da utilização do seguro), para as novas coberturas ou ao incremento de capital que exceda o da opção anterior.

ENTIDADE GESTORA DE SAÚDE

Advancecare

COBERTURAS

O contrato de seguro pode garantir, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Especiais e Particulares ou Certificado Individual de Seguro, e de acordo com a opção subscrita, as seguintes coberturas:

- a) Hospitalização;
- b) Parto;
- c) Reforço de capital de Hospitalização por Doenças Graves;
- d) Ambulatório – Capital;
- e) Reforço de capital de Ambulatório por Doenças Graves;
- f) Acesso à Rede;
- g) Médico Online;
- h) Médico ao Domicílio;
- i) MindCare;
- j) Nutrição Online;
- k) Criopreservação;
- l) Segunda Opinião Médica Internacional;
- m) Acesso à Rede Ibérica;
- n) Acesso à Rede Bem-Estar;
- o) Programa de Acompanhamento de Doentes;
- p) Morte por Acidente;
- q) Acesso à Rede Estomatologia – Dentinet;
- r) Estomatologia – Capital;
- s) Ambulatório – Consultas;
- t) Ambulatório em caso de Acidente;

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.

OPÇÕES DE COBERTURAS E LIMITES DE INDEMNIZAÇÃO

		Opções		
Coberturas		Simples	Completo	Total
Hospitalização		€ 20 000	€ 50 000	€ 100 000
Parto ¹⁾		-	Incluído na Hospitalização	Incluído na Hospitalização
Reforço de capital de Hospitalização em caso de doenças graves		-	€ 25 000	€ 50 000
Ambulatório	Ambulatório - Capital	€ 1 000	€ 1 000	€ 3 000
	Ambulatório - Consultas ²⁾	-	€ 2 000	-
		8 consultas, 2 exames e 2 análises, por ano	8 consultas, 2 exames e 2 análises, por ano	-
Reforço de capital de Ambulatório em caso de doenças graves		-	€ 1 000 ⁵⁾	€ 1 500
Acesso à Rede		Sem limite	Sem limite	Sem limite
Médico Online				
Médico ao Domicílio				
MindCare				
Nutrição Online				
Criopreservação ⁶⁾				
Segunda Opinião Médica Internacional		Sem limite	Sem limite	Sem limite
Acesso à Rede Bem-Estar				
Acesso à Rede Ibérica				
Programa de Acompanhamento de Doentes				
Estomatologia	Acesso à Rede Estomatologia - Dentinet	Sem limite	Sem limite	Sem limite
	Estomatologia - Capital	€ 250	€ 250	€ 250
		€ 500	€ 500	€ 500
Morte por Acidente		€ 25 000 ³⁾	€ 25 000 ³⁾	€ 25 000
Ambulatório em caso de Acidente		€ 2 500 ^{3) 4)}	€ 2 500 ^{3) 4)}	-

Observações:

Coberturas Base



Coberturas Opcionais


¹⁾ Esta cobertura, quando aplicável, é parte integrante do capital de Hospitalização.

²⁾ Disponível apenas na Rede (não existindo comparticipação Fora da Rede).

³⁾ A cobertura de Morte por Acidente e a cobertura de Ambulatório em caso de Acidente são de subscrição cumulativa.

⁴⁾ A cobertura de Ambulatório em caso de Acidente não pode ser subscrita em simultâneo, com a cobertura de Ambulatório.

⁵⁾ O Reforço de Ambulatório em caso de Doenças Graves apenas disponível na opção € 2.000 Ambulatório - Capital.

⁶⁾ Serviço disponibilizado pela BebêVida.

REDE MÉDICA ADVANCECARE: Rede Global

Nos acessos abaixo deverão ser utilizadas as seguintes redes:

Acesso à Rede Estomatologia - Dentinet:

Rede Dentinet

Acesso à Rede Bem-Estar:

Rede Bem-Estar

 Para seleccionar o prestador pretendido poderá consultar o respectivo directório clínico disponível em www.realvidaseguros.pt ou em <https://rede-prestadores.advancecare.pt/>.

ÂMBITO DAS COBERTURAS
HOSPITALIZAÇÃO

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

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

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

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

O que está seguro:

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

O que não está seguro

- a) Pagamento das despesas de internamento relacionadas com cirurgias e tratamentos do foro estomatológico ou maxilo-facial, excepto se resultante de acidente garantido por este Contrato;
- b) Cirurgias ou tratamentos refractivos à miopia, astigmatismo e hipermetropia (cirúrgico ou a laser), excepto para situações com mais de 4 dioptrias;
- c) Despesas de natureza particular, tais como: telefone ou aluguer de tv ou outras de natureza similar e com estas relacionadas;
- d) Enfermagem privativa;
- e) Honorários de parteiras;
- f) Despesas com acompanhantes, excepto nos casos de internamento de crianças de idade inferior a 12 anos;
- g) Despesas de saúde e internamento, quando, de acordo com o estado de saúde da Pessoa Segura, os tratamentos realizados constituam cuidados continuados ou tenham uma finalidade meramente paliativa, para convalescença, reabilitação psicomotora, recuperação ou motivos sociais;
- h) Interrupção Voluntária da Gravidez;
- i) Honorários médicos relativos ao médico obstetra, pediatra, bem como do anestesista, ajudantes e instrumentista quando se tratar de um parto.

PARTO

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

Qualquer internamento motivado por gravidez, que não para a realização dos actos acima mencionados (Parto Normal, Cesariana e Interrupção Involuntária da Gravidez) será analisado no âmbito da cobertura de Hospitalização.

O que está seguro:

- a) Honorários médicos e de enfermagem relacionados com a assistência prestada, nomeadamente médico obstetra, pediatra, bem como do anestesista, ajudantes e instrumentista quando tal se justifique;
- b) Acomodação e utilização das infra-estruturas necessárias para a realização dos actos médicos (diárias, bloco operatório, recobro e equipamentos);

- c) Materiais e todos os produtos associados aos cuidados prestados;
- d) Exames auxiliares de diagnóstico da Pessoa Segura efectuados durante o período de internamento;
- e) Medicamentos ministrados à Pessoa Segura durante o internamento hospitalar;
- f) Transporte terrestre para ou do Hospital.
- g) As despesas necessárias para com o recém-nascido durante o internamento da mãe.

O que não está seguro:

- a) Interrupção Voluntária da Gravidez;
- b) Enfermagem privativa;
- c) Despesas com acompanhante;
- d) Honorários de parteiras;
- e) As despesas necessárias para com o recém-nascido após a alta da mãe. As mesmas só ficam garantidas se o Tomador do Seguro solicitar ao Segurador a inclusão do recém-nascido até 30 dias após o nascimento.
- f) Despesas de natureza particular, nomeadamente telefone, aluguer de tv, ou outras de natureza similar e com estas relacionadas.

REFORÇO DE CAPITAL SEGURO DE HOSPITALIZAÇÃO POR DOENÇAS GRAVES

A cobertura garante um reforço do capital seguro de Hospitalização, nos termos previstos nas Condições Particulares, para o pagamento das despesas suportadas pela Pessoa Segura, consideradas clinicamente necessárias, desde que no âmbito da cobertura de Internamento Hospitalar, e quando as mesmas resultem ou sejam consequência de qualquer uma das Doenças Graves ou Situações Clínicas a seguir indicadas. Os primeiros sintomas e respectivo diagnóstico terão de ocorrer durante o período de vigência da apólice, após o decurso do respectivo período de carência. A Pessoa Segura poderá escolher livremente o prestador para tratamento da(s) doença(s) grave(s), dentro da rede convencionada, sendo o pagamento das despesas garantidas no âmbito da presente Condição Especial efectuado em regime de prestações na rede. 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-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 agudas (por exemplo angina de peito estável ou instável).

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.

AMBULATÓRIO - CAPITAL

A presente cobertura garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, o pagamento de despesas efectuadas pela Pessoa Segura em regime de prestações na rede ou reembolso, com os actos de diagnóstico ou terapêutica, que não requeiram os meios e serviços específicos de ambiente hospitalar, mesmo que nele sejam realizados.

O que está seguro:

- a) Honorários médicos de consultas (clínica geral e de especialidade);
- b) Consultas com médicos do foro da obstetrícia;
- c) Honorários médicos e de enfermagem relativos a outros actos médicos realizados em regime Ambulatório, incluindo a Pequena Cirurgia;
- d) Materiais e produtos associados aos actos médicos realizados em regime Ambulatório;
- e) Exames Auxiliares de Diagnóstico;
- f) Tratamentos do foro da Medicina Física e de Reabilitação, incluindo terapia da fala, desde que prescritos por médico e exclusivamente na rede convencionada;

- g) Assistência Pré e Pós-Natal, nomeadamente, ginástica e preparação para o parto, assistência obstétrica, testes específicos de vigilância pré-natal e despesas médicas referentes ao recém-nascido durante o 1º mês após o nascimento;
- h) Consultas da especialidade. As consultas de psiquiatria estão limitadas a um máximo de 3 (três) consultas individuais por Pessoa Segura/ano;
- i) Tratamentos Termais e Medicinas alternativas.

O que não está seguro:

- a) Despesas decorrentes de cirurgia realizada em ambiente hospitalar, conforme definido na cobertura de Internamento Hospitalar e Cirurgia de Ambulatório em Ambiente Hospitalar;
- b) Consultas, tratamentos, cirurgia e próteses e ortóteses do foro estomatológico;
- c) Exercícios de Ortopédica, excepto se prescrito por médico da especialidade;
- d) Ginástica, natação e massagens;
- e) Consultas e tratamentos de apoio e orientação psicológica;
- f) Enfermagem privada;
- g) Próteses e Ortóteses;
- h) Medicamentos.

A cobertura de Ambulatório - Capital não pode ser subscrita em simultâneo, com a cobertura de Ambulatório por Acidente e de Morte por Acidente.

AMBULATÓRIO - CONSULTAS

A presente cobertura garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, o pagamento de despesas efectuadas pela Pessoa Segura com os honorários médicos de 8 consultas, que não de urgência, 2 exames auxiliares de diagnóstico e 2 prescrições de análises clínicas.

Quando esgotado o número de consultas, exames ou prescrições de análises clínicas indicados e fixados nas Condições Particulares a cobertura passa a funcionar em regime de Acesso à Rede também para consultas, exames ou prescrições de análises clínicas.

O que está seguro:

- a) Honorários médicos de consultas (clínica geral e de especialidade);
- b) Consultas com médicos do foro da obstetrícia;
- c) Consultas da especialidade. As consultas de psiquiatria estão limitadas a um máximo de 5 (cinco) consultas individuais por Pessoa Segura/ano;

O que não está seguro:

- a) Despesas decorrentes de cirurgia realizada em ambiente hospitalar, conforme definido na cobertura de Internamento Hospitalar e Cirurgia de Ambulatório em Ambiente Hospitalar;
- b) Consultas, tratamentos, cirurgia e próteses e ortóteses do foro estomatológico;
- c) Exercícios de Ortopédica, excepto se prescrito por médico da especialidade;
- d) Consultas e tratamentos de apoio e orientação psicológica;
- e) Enfermagem privada;
- f) Materiais e produtos associados aos actos médicos realizados em regime Ambulatório;
- g) Exames Auxiliares de Diagnóstico;
- h) Tratamentos do foro da Medicina Física e de Reabilitação, incluindo terapia da fala;
- i) Assistência Pré e Pós-Natal, nomeadamente, ginástica e preparação para o parto, assistência obstétrica, testes específicos de vigilância pré-natal e despesas médicas referentes ao recém-nascido durante o 1º mês após o nascimento;
- j) Honorários médicos e de enfermagem relativos a outros actos médicos realizados em regime Ambulatório, incluindo a Pequena Cirurgia, e Consultas de Urgência;

A cobertura de Ambulatório - Consultas não pode ser subscrita em simultâneo, com a cobertura de Ambulatório por Acidente e de Morte por Acidente.

REFORÇO DE CAPITAL SEGURO DE AMBULATÓRIO POR DOENÇAS GRAVES

A presente cobertura, quando subscrita pelo Tomador de Seguro, garante ainda um reforço do capital seguro de Ambulatório, nos termos previstos nas Condições Particulares, para o pagamento das despesas suportadas pela Pessoa Segura, consideradas clinicamente necessárias, desde que no âmbito da cobertura de Ambulatório, e quando a mesma resulte ou seja consequência de qualquer uma das Doenças Graves ou Situações Clínicas indicadas na cobertura de - **REFORÇO DE CAPITAL SEGURO DE HOSPITALIZAÇÃO POR DOENÇAS GRAVES** - desde que os primeiros sintomas e respectivo diagnóstico ocorram durante o período de vigência da apólice,

após o decurso do respectivo período de carência.

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

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;
- Próteses e Ortóteses;
- Ópticas;
- Estomatologia, excepto se contratada a cobertura de Acesso à Rede de Estomatologia - Dentinet

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

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

MÉDICO ONLINE

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

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

A presente garantia só é válida se a Pessoa Segura solicitar previamente o serviço, não havendo lugar a reembolsos de consultas efectuadas sem o consentimento do Segurador através do Serviço de Assistência.

MÉDICO AO DOMICÍLIO

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

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

MINDCARE

O Segurador, ao abrigo da presente cobertura, garante à Pessoa Segura o acesso a um serviço de vídeo-consulta de Psiquiatria e Psicologia, para avaliação e eventual acompanhamento clínico a seguir.

A utilização do serviço por menores está sujeita a uma avaliação inicial por um profissional da equipa clínica, que averiguará se o menor tem condições para ser acompanhado em formato de vídeo-consulta.

Cada consulta a suportar pela Pessoa Segura implicará um co-pagamento de €30 para Psiquiatria e de €25 para Psicologia, sendo o pagamento efectuado antes da consulta. Não existe qualquer período de carência nem limite de utilização.

A presente garantia só é válida se a Pessoa Segura solicitar previamente o serviço, não havendo lugar a reembolsos de consultas.

NUTRIÇÃO ONLINE

O Segurador, ao abrigo da presente cobertura, garante à Pessoa Segura o acesso ao serviço de acompanhamento nutricional online efectuado por especialistas em nutrição. O serviço compreende a avaliação do estado nutricional, prescrição e avaliação de planos nutricionais e é composto por:

- Prevenção e tratamento do excesso de peso e obesidade;
- Défice de peso;
- Correção de desequilíbrios alimentares;
- Apoio nutricional nas doenças do comportamento alimentar;
- Apoio nutricional nas doenças gastrointestinais;
- Apoio nutricional nas doenças cardiovasculares, como a hipertensão arterial;

- Apoio nutricional nas doenças crónicas e oncológicas;
- Acompanhamento dos resultados e objetivos alcançados.

Cada consulta a suportar pela Pessoa Segura implicará um co-pagamento de € 25, não existindo qualquer período de carência.

A presente garantia só é válida se a Pessoa Segura solicitar previamente o serviço, não havendo lugar a reembolsos de consultas.

CRIOPRESERVAÇÃO

Esta cobertura garante o acesso da Pessoa Segura aos serviços de Criopreservação da BebêVida em condições de preço preferenciais. A BebêVida é um laboratório de Criopreservação de Células Estaminais, células com um enorme potencial terapêutico, com origem no sangue e no tecido do cordão umbilical.

Para este efeito, quando contactados os serviços da BebêVida através do telefone 918 258 113 (custo de chamada para rede móvel nacional), deverá ser indicado o número da apólice em vigor do Real Seguro de Saúde.

SEGUNDA OPINIÃO MÉDICA INTERNACIONAL

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

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

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

Ficam garantidos mediante solicitação da Pessoa Segura:

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

ACESSO À REDE BEM-ESTAR

Ao abrigo da presente cobertura, quando subscrita pelo Tomador do Seguro, fica garantido à Pessoa Segura, o direito de acesso à Rede de Serviços ligados à Saúde e Bem-Estar, suportando a Pessoa Segura a totalidade dos custos, a preços de Rede.

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

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

ACESSO À REDE IBÉRICA - Rede de Prestadores convencionados em Espanha

Ao abrigo da presente cobertura, quando subscrita pelo Tomador do Seguro, fica garantido em regime de prestações na rede, as despesas médicas consideradas de acordo com os limites fixados para a respectiva cobertura.

As exclusões aplicadas são as consideradas para a cobertura respectiva.

Acesso à Rede Ibérica - Rede de Prestadores convencionados em Espanha, dotada de cobertura nas zonas de fronteira e com mais de 20.000 prestadores, incluindo hospitais e clínicas de prestígio (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.

PROGRAMA DE ACOMPANHAMENTO DE DOENTES

A presente cobertura garante 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 Hospitalização, esclarecendo as suas dúvidas, prevenindo complicações, evitando idas à urgência, consultas adicionais e a readmissão hospitalar, mediante:

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

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

ACESSO À REDE ESTOMATOLOGIA – DENTINET

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

Encontra-se garantido o acesso a:

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

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

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

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

ESTOMATOLOGIA - CAPITAL

A presente cobertura garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, o pagamento de despesas efectuadas com os actos de diagnóstico ou terapêutica, do foro estomatológico.

Esta cobertura termina aos 66 anos de idade.

O que está seguro:

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

O que não está seguro:

- a) Branqueamento dentário;
- b) Enfermagem privada;
- c) Cirurgia Estomatológica;
- d) Despesas particulares, tais como telefone, aluguer de T.V., acompanhante, ou outras de natureza similar e com estas relacionadas, quando haja lugar a internamento.

MORTE POR ACIDENTE

A cobertura garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, o pagamento do Capital Seguro em caso de morte da Pessoa Segura, resultante de acidente e verificada nos 12 (doze) meses subsequentes à data do mesmo. A cobertura não garante, em caso algum, o risco de morte a menores de 14 anos de idade.

Esta cobertura termina aos 75 anos de idade.

O que está seguro:

Pagamento do Capital Seguro previsto nas Condições Particulares em caso de morte por acidente decorrido durante a vigência do contrato.

O que não está seguro:

O Segurador não garante, nesta cobertura complementar, o pagamento do Capital Seguro, relativamente aos sinistros excluídos pelas Condições Gerais e ainda quando originadas por:

- a) Perturbações neurológicas ou psíquicas de qualquer natureza;
- b) Condução ou utilização, como passageiro de aeronaves, veículos motorizados de duas rodas, exceptuando-se, quanto às primeiras,

- a utilização como passageiro de carreiras comerciais autorizadas;
- c) Doenças de qualquer natureza, incluindo acidente vascular cerebral;
- d) Acidente de trabalho;
- e) Acidentes anteriores à data da entrada em vigor desta cobertura complementar.

A cobertura de Morte por Acidente e a cobertura de Ambulatório em Caso de Acidente são de subscrição opcional cumulativa.

AMBULATÓRIO EM CASO DE ACIDENTE

A presente cobertura garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares o pagamento das despesas com cuidados médicos ambulatoriais, efectuadas pela Pessoa Segura em regime de prestações por reembolso, em consequência de sinistro resultante de acidente, que obrigue a Tratamento de Urgência.

O que está seguro:

- a) Honorários Médicos:
 - Consultas de clínica geral;
 - Consultas da especialidade. As consultas de psiquiatria estão limitadas a um máximo de 5 (cinco) consultas individuais por Pessoa Segura/ano;
 - Consultas de urgência;
 - Honorários médicos e de enfermagem, relativos a actos médicos realizados em regime ambulatório.
- b) Exames auxiliares de diagnóstico, desde que prescritos por médico:
 - Análises clínicas;
 - Electrocardiogramas, electroencefalogramas e electromiogramas;
 - Audiogramas;
 - Exames imagiológicos.
- c) Pequena Cirurgia e Tratamentos, desde que prescritos por médico (considera-se de pequena cirurgia o acto cirúrgico com valor inferior a 100 K):
 - Piso da sala de operações e material utilizado;
 - Elementos complementares de diagnóstico;
 - Actos de enfermagem geral, não privativa, incluindo a administração de injeções;
 - Reanimação imediata e aplicação do oxigénio, incluindo o oxigénio;
 - Infusões endovenosas e transfusões de sangue, incluindo o sangue e o plasma;
 - Tratamentos com Raio Laser;
 - Fisioterapia com o limite de 30 (trinta) sessões por sinistro e anuidade, exclusivamente na rede convencionada, em situação pós cirúrgica ou por acidente que tenha implicado tratamento hospitalar de urgência;
 - Cinesioterapia;
 - Terapia da Fala com o limite de 30 (trinta) sessões por sinistro e anuidade, exclusivamente na rede convencionada, em consequência de acidente que tenha implicado tratamento hospitalar de urgência, quando essas ocorrências se verificarem durante a vigência do contrato;
 - Transporte terrestre de ambulância para e da Unidade Hospitalar em Portugal, desde que o estado de saúde da Pessoa Segura o justifique.

O que não está seguro:

- Despesas decorrentes de cirurgia realizadas em ambiente hospitalar;
- Enfermagem privativa;
- Próteses e ortóteses;
- Medicamentos;
- Ginástica, natação e massagem, mesmo que relacionada com medicina física e de reabilitação;
- Exercícios de ortóptica;
- Tratamentos de fisioterapia e/ou terapia da fala, no que excede o limite de 30 (trinta) consultas por sinistro e por anuidade;
- Consultas de psiquiatria que excede o limite de 5 (cinco) consultas individuais por Pessoa Segura/ano;
- Despesas médicas decorrentes de acidente de trabalho.

A cobertura de Ambulatório em Caso de Acidente e a cobertura de Morte por Acidente são de subscrição opcional cumulativa. Não podendo porém ser subscrita em simultâneo com a cobertura de Ambulatório – Capital, nem de Ambulatório – Consultas.

EXCLUSÕES GERAIS

- 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;
- 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) Perturbações do foro da saúde mental, consequentes ou não de outra doença que careça de internamento, sessões de psicologia, psicanálise, psicoterapia, hipnose e terapia do sono, excepto em consequência de doença garantida pela apólice;
- o) Disfunções sexuais, excepto em consequência de doença garantida pela apólice;
- p) Tratamentos e/ou cirurgia para mudança de sexo;
- q) Interrupção voluntária da gravidez, incluindo situações clínicas dela decorrentes;
- r) Infertilidade e actos médicos praticados no âmbito da reprodução medicamente assistida nomeada, mas não exclusivamente, consultas, testes, tratamentos de infertilidade, métodos de fecundação artificial, fertilização in-vitro ou procedimentos de transferência embrionária, bem como as consequências da aplicação dos mesmos, excepto em caso de risco de vida;
- s) Métodos anticoncepcionais e de planeamento familiar bem como despesas efectuadas para reverter os efeitos de uma cirurgia de esterilização voluntariamente realizada;
- t) Tratamentos e/ou cirurgia de regularização do peso;
- u) Tratamentos ou cirurgias do foro estético, plástico ou reconstrutivo, desde que não tenham origem em acidente coberto pelo seguro ou não decorram de doença manifestada durante a vigência do contrato que os justifiquem;
- v) Intervenções cirúrgicas para correcção da roncopia, excepto em caso de apneia;
- w) Transplantes e implantes incluindo todos os actos clínicos, actos laboratoriais e materiais necessários, excepto sendo justificável em consequência de doença garantida pela apólice;
- x) Acidentes e doenças com cobertura em seguros obrigatórios;
- y) Acidentes de trabalho, acidentes em serviço e doenças profissionais;
- z) Doenças infecto-contagiosas, quando em situação de epidemia declarada pelas autoridades competentes;
- aa) Perdas e danos, ainda que relacionados directa ou indirectamente com as garantias contratadas;
- bb) Hospitalização para realização de exames periódicos;
- cc) Tratamentos de enfermagem privados e/ou prestados no domicílio, bem como a realização domiciliária de quaisquer exames ou tratamentos (incluindo a fisioterapia);
- dd) 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;
- ee) Despesas com Serviços que não sejam clinicamente necessários;
- ff) Despesas relacionadas com cirurgia robótica;
- gg) Acidentes resultantes de:
 - Participação em competições desportivas e respectivos treinos, quer como profissional quer como amador;
 - Prática de desportos terrestres motorizados; BTT; Artes marciais, luta e boxe; Pára-quedismo, incluindo a prática de queda livre, parapente e asa delta; Saltos ou saltos invertidos com mecanismo de suspensão corporal (bungee jumping);
 - Tauromaquia e largadas de touros ou rezes; Caça de animais ferozes ou que reconhecidamente sejam considerados perigosos; Hipismo; Moto náutica e esqui aquático; Desportos náuticos praticados sobre prancha; Descida de torrentes ou correntes originadas por desníveis nos cursos de água; Mergulho; Caça submarina; Desportos praticados sobre a neve e o gelo; Alpinismo e escalada; "slide" e "rappel"; espeleologia;

- Cataclismos da natureza;
- Actos terroristas, perdas e danos causados directa ou indirectamente por aqueles, desde que devidamente reconhecidos como uma ameaça para a ordem pública pela autoridade pública competente;
- Actos ou operações de guerra, declarada ou não, como a química ou a guerra bacteriológica, guerra civil, de guerrilha, revolução, motim, rebelião ou outro distúrbio civil resultante das mesmas, excepto nos casos de prestação de serviço ou actos humanitários.

COMPARTICIPAÇÕES, CO-PAGAMENTOS E PERÍODOS DE CARÊNCIA

Ao presente contrato aplicam-se, de acordo com o quadro abaixo, os seguintes limites de capitais, franquias, co-pagamentos e períodos de carência.

Coberturas	Prestações na Rede		Prestações por Reembolso		Período de Carência
	Segurador	Cliente	Segurador	Cliente	
Hospitalização	100%	0%	60%	40%	90 dias
Co-pagamento (por sinistro)		10% (min. € 200; máx. € 500)	n.a.	n.a.	
Honorários Médicos			60%	40%	
Valor máximo de K			€ 6,75		
Parto	100%	0%	50%	50%	365 dias
Co-pagamento (por sinistro)		Parto natural: € 250 Cesariana: € 500	n.a.	n.a.	
Honorários Médicos			50%	50%	
Valor máximo de K			€ 6,75		
Acesso à Rede	√	√	n.a.	n.a.	n.a.
Médico Online ¹⁾		€ 15,00	n.a.	n.a.	n.a.
Médico ao Domicílio	100%	0%	n.a.	n.a.	n.a.
Envio de Médico ao Domicílio em caso de Urgência					
Co-Pagamento (por sinistro)		€ 15,00			
Envio de um Profissional de Enfermagem ao Domicílio		€ 10,00 hora/ serviço			
Co-Pagamento (por sinistro)					
MindCare	√	√	n.a.	n.a.	n.a.
Psicologia (Online)		€ 25,00	n.a.	n.a.	n.a.
Psiquiatria (Online)		€ 30,00	n.a.	n.a.	n.a.
Nutrição Online		€ 25,00	n.a.	n.a.	n.a.
Criopreservação ⁵⁾	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Reforço de capital de Hospitalização por Doenças Graves	100%	0%	n.a.	n.a.	90 dias
Ambulatório - Capital	100%	0%	50%	50%	90 dias
Consultas		€ 18,50	Máx. €35/consulta		
Consultas ao Domicílio		€ 15,00			
Consultas Atendimento Permanente		€ 42,50			
<u>Assistência Pré e Pós-Natal</u>					
Consultas		€ 18,50			
Tratamentos e Exames Diagnóstico		€ 15,00			
<u>Tratamentos e Exames Auxiliares de Diagnóstico</u>					
Raio X		€ 10,00			
Exames - Ecografias		€ 15,00			
Exames TAC		€ 30,00			
Exames Ressonância		€ 70,00			
Análises Clínicas		€ 2,00 / marcador			

Coberturas (continuação)	Segurador	Cliente	Segurador	Cliente	Período de Carência
Anatomia Patológica		€ 10,00			
Fisioterapia, Terapia da Fala e Cinesioterapia		€ 15,00	n.a.	n.a.	
Outros Exames e Tratamentos		20%			
Tratamentos Termais e Medicinas alternativas (Máx €150/ano) ²⁾	50%	50%	50%	50%	
Franquia por anuidade (Ambulatório - Capital)				€ 30,00	
Ambulatório - Consultas ³⁾		8 consultas a € 18,50 + 2 exames + 2 análises	n.a.	n.a.	90 dias
Reforço de capital de Ambulatório por Doenças Graves ⁴⁾	100%	0%	n.a.	n.a.	90 dias
Segunda Opinião Médica Internacional	✓	✓	n.a.	n.a.	n.a.
Acesso à Rede Ibérica	✓	✓	n.a.	n.a.	n.a.
Programa de Acompanhamento de Doentes	✓	✓	n.a.	n.a.	n.a.
Acesso à Rede Bem-Estar	✓	✓	n.a.	n.a.	n.a.
Acesso à Rede Estomatologia - Dentinet	✓	✓	n.a.	n.a.	n.a.
Morte por Acidente	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Ambulatório em Caso de Acidente	100%	0%	60%	40%	n.a.
Franquia por anuidade				€ 50,00	
Estomatologia - Capital	100%	0%	50%	50%	60 dias
Consultas e tratamentos		€ 15,00			
Exames		€ 15,00			
Próteses Estomatológicas		€ 50,00			
Franquia por anuidade		€ 50,00		€ 50,00	

¹⁾ As duas primeiras consultas gratuitas, por anuidade.

²⁾ Tratamentos termais apenas disponível para a opção de capital de Ambulatório de € 2.000 e de € 3.000.

³⁾ Ficam por esta cobertura garantidos os honorários médicos de 8 consultas, que não de urgência, 2 exames auxiliares de diagnóstico e 2 prescrições de análises clínicas, com o co-pagamento correspondente acima indicado. Quando esgotado o número de consultas, exames auxiliares de diagnóstico ou prescrições de análises clínicas referidos passa a funcionar esta garantia em regime de Acesso à Rede (valores de referência: consultas € 37,50, consultas de urgência € 60,00).

⁴⁾ Apenas disponível para a opção de capital de Ambulatório de € 2.000.

⁵⁾ Serviço disponibilizado pela BebêVida.

Para além dos períodos de carência acima indicados, é ainda aplicável o período de carência de 1 ano (365 dias) nos casos de despesas motivadas por: Intervenção cirúrgica e tratamento às varizes; Hemorroidectomia; Intervenção cirúrgica a hérnias; Litotricia renal e vesical; Colectectomia; Intervenção cirúrgica do foro ginecológico e urológico por patologia benigna; Cirurgia da mama por patologia benigna; Cirurgia da tireóide por patologia benigna; Excisão de lesões cutâneas ou subcutâneas; Tratamento/cirurgia do foro oftalmológico; Tratamento cirúrgico da apneia do sono; Artroscopias, artroplastias, menissectomias e ligamentoplastias; Cirurgia aos ouvidos, nariz e garganta; Cirurgia e tratamentos proctológicos; Arritmologia.

REGIME DE FUNCIONAMENTO DAS GARANTIAS

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

Prestações na Rede

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

Prestações por Reembolso

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

Acesso a Rede Médica

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

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

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.

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.

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.

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.

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.

Nos grupos contributivos, exclusivamente pagamento mensal 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, excepto o capital de Morte por Acidente que vigora durante a vigência da apólice.
2. 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 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.
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.

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.

PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

Em caso de sinistro devem ser garantidos os seguintes procedimentos:

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. Nas Prestações por Reembolso:
 - a) Solicitar, nos termos do n.º 4 a seguir indicado, pré-autorização para obtenção de determinados serviços médicos, conforme previsto nas Condições Especiais;
 - b) Apresentar o impresso de Participação de Sinistros devidamente preenchido;
 - c) Apresentar os recibos das despesas médicas realizadas, sem rasuras ou omissões sob pena de serem recusados, devendo obedecer aos seguintes requisitos:
 - Identificação do doente (Pessoa Segura) a que respeitam;
 - Discriminação dos serviços prestados e das despesas feitas, incluindo, quando for o caso, o número de dias de hospitalização;
 - Obedecer às normas legais, nomeadamente de natureza fiscal;
 - Os recibos de honorários médicos deverão ainda indicar a especialidade médica.
 - d) Apresentar os originais de todos os recibos das despesas. Se a Pessoa Segura necessitar dos originais para efeito de pedido de reembolso a outra instância poderá apresentar fotocópias que deverão ser acompanhadas de documento original que faça prova do montante despendido e do reembolso recebido. Neste caso, o Segurador efectuará a sua comparticipação sobre o montante não reembolsado.

e) Os recibos das despesas médicas devem ser apresentados ao Segurador no prazo máximo de 60 dias a contar da data da realização das mesmas, elevando-se este prazo para 120 dias no caso da Pessoa Segura solicitar reembolso junto de outras instâncias conforme previsto no número anterior.

3. Informação clínica:

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

- Por doença - informar com verdade a Gestora de Serviços de Saúde ou o Segurador sobre as respectivas circunstâncias e consequências;
- 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);
- 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;
- Sujeitar-se a exames, por médicos designados pela Gestora de Serviços de Saúde ou pelo Segurador, caso estes o considerem necessários;
- 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.

4. Pré-autorizações:

Nos casos em que seja aplicável o disposto na alínea a) do n.º 2 acima já mencionado, as Pessoas Seguras devem:

- 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;
- A pré-autorização, em caso de Internamento Hospitalar e/ou Cirurgia, deve ser requerida com uma antecedência mínima de 72 horas;
- 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.

5. 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.

6. A Gestora de Serviços de Saúde deverá informar as Pessoas Seguras sempre que futuramente outros serviços clínicos necessitem de pré-autorização.

7. 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.

8. Em caso de sinistro por Morte, devem ser garantidos os procedimentos estabelecidos na Condição Especial da Cobertura Morte por Acidente.

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

- 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.
- 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.
- 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.
- 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, reembolsos), 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.

ANEXO I

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