

SEGURADOR

Real Vida Seguros, S.A.

PRODUTO

Real Vida Seguro Hospitalização por Doença.

DESCRIÇÃO

O Real Vida Seguro Hospitalização por Doença, garante o pagamento do capital/subsídio correspondente ao risco contratado, em caso de morte por acidente, incapacidade temporária por internamento hospitalar e incapacidade temporária por convalescença hospitalar, desde que verificada clinicamente e ocorrido em Portugal, Europa, Estados Unidos da América (EUA), Canadá, Austrália e Nova Zelândia.

O presente seguro disponibiliza ainda um Cartão de Saúde que permite um rápido e cómodo acesso aos cuidados de saúde.

ENTIDADE GESTORA DE SAÚDE

RNA - Rede Nacional de Assistência, S.A.

PLANO DE GARANTIAS

Ficam garantidos os riscos decorrentes de doença ou acidente sofrido pela Pessoa Segura desde que abrangido pelas coberturas e capitais contratados, de acordo com as seguintes opções:

Coberturas	Base	Plus	Prestige	Franquia
Incapacidade Temporária Absoluta por Internamento Hospitalar	€ 50/ noite	€ 100/ noite	€ 150/ noite	1 noite
Incapacidade Temporária Absoluta - Convalescença de Hospitalização	€ 25/ dia	€ 50/ dia	€ 75/ dia	-
Morte por Acidente	€ 15.000	€ 25.000	€ 35.000	-
Despesas de Funeral	€ 1.500	€ 2.000	€ 2.500	-
Cartão de Saúde				
Acesso à Rede RNA Medical	Sem limite	Sem limite	Sem limite	-
Envio de Médico ao Domicílio	Sem limite	Sem limite	Sem limite	-
Assistência Dentária	Sem limite	Sem limite	Sem limite	-

Pluralidade de Contratos - Plano Protecção Acidente e Doença

Em caso de sinistro verificado no âmbito da pluralidade de contratos serão garantidos os capitais máximos para as seguintes coberturas:

- Morte por Acidente/Morte ou Invalidez Permanente por Acidente € 50.000;
- Despesas de Funeral € 3.000.

COBERTURAS

Incapacidade Temporária Absoluta por Internamento Hospitalar, em consequência de doença.

O Segurador garante no caso de Incapacidade Temporária Absoluta por Internamento Hospitalar resultante de doença o pagamento à Pessoa Segura do subsídio diário, por cada noite de hospitalização, fixado nas Condições Particulares, desde que o facto que a determina aconteça no prazo de 180 (cento e oitenta) dias após a data do diagnóstico da doença.

O pagamento do subsídio diário, é devido por cada noite de internamento a partir da primeira e mantém-se desde que subsista o internamento em hospital por um período não superior a 6 (seis) meses contados da data de internamento da Pessoa Segura.

Incapacidade Temporária Absoluta - Convalescença de Hospitalização, em consequência de doença

O Segurador garante no caso de Incapacidade Temporária Absoluta no período de Convalescença após Internamento Hospitalar resultante de doença, o pagamento do subsídio diário fixado nas Condições Particulares.

O pagamento do subsídio diário mantém-se desde que subsista a convalescença hospitalar por um período não superior ao dobro dos dias de internamento hospitalar, com um limite máximo de 6 (seis) meses contados da data de convalescença da Pessoa Segura. Este subsídio é devido a partir da data em que é determinada a incapacidade e desde que o Internamento Hospitalar seja superior a 3 (três) noites.

Para o devido efeito, a Pessoa Segura tem que se encontrar com impossibilidade física, clinicamente comprovada, de exercer a sua profissão ou realizar os actos quotidianos da sua vida privada.

Morte por Acidente

Em caso de Morte da Pessoa Segura, ocorrida em consequência de acidente coberto e clinicamente constatado o nexo de causalidade com o acidente, o Segurador garante o pagamento do respectivo Capital Seguro aos herdeiros legais da Pessoa Segura.

Salvo convenção em contrário, o capital por Morte só é devido se a mesma ocorrer no decurso de dois anos a contar da data do acidente.

Despesas de Funeral

a) O Segurador garante, até ao Capital Seguro estabelecido nas Condições Particulares, o reembolso das despesas de funeral da Pessoa Segura.

b) O reembolso será efectuado em Portugal e em moeda local, contra a entrega da documentação comprovativa, a quem demonstrar ter efectuado os pagamentos. No caso de despesas efectuadas em moeda estrangeira, a conversão é feita à taxa de câmbio de referência de venda do dia da realização de despesa.

Acesso à Rede RNA Medical

Os Serviços de Assistência garantem o acesso a um conjunto de serviços, através do qual poderá usufruir de um conjunto de benefícios que se traduzem no acesso a um conjunto de actos de medicina ambulatoria, consultas de Clínica Geral, consultas da especialidade, internamento hospitalar, exames clínicos e exames auxiliares de diagnóstico, a preços previamente convencionados de acordo com as condições constantes no Plano de Saúde.

A Rede de Assistência RNA MEDICAL tem cobertura nacional (Continente e Ilhas) e detém neste momento mais de 21.000 prestadores. A rede pode ser consultada em www.rnamedical.pt.

Em caso de pluralidade de contratos o cartão de acesso será único. A utilização dos serviços associados está condicionada a recepção do respectivo cartão na morada indicada na apólice.

Os valores convencionados para as consultas de clínica geral, especialidades exames clínicos, internamento hospitalar e outros meios complementares de diagnóstico e terapêutica podem variar de acordo com as condições protocoladas entre o Gestor da Rede e respectivas Unidades.

A adesão do prestador de cuidados de saúde à Rede de Assistência RNA MEDICAL 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.

Os Serviços de Assistência não procedem a reembolsos de consultas efectuadas fora da Rede de Assistência à Saúde ou de quaisquer outras despesas relacionadas com cuidados de saúde, havidas sem o seu prévio consentimento ou não cobertas pelo contrato.

A rede de assistência médica é mutável pelo que os Serviços de Assistência não assumem qualquer responsabilidade pelas alterações que possam vir a ocorrer, nomeadamente entrada e saída de Prestadores.

Envio de Médico ao Domicílio

Os Serviços de Assistência garantem à Pessoa Segura o envio de um médico ao domicílio 24 (vinte e quatro) horas por dia, fins de semana e feriados incluídos.

No caso de os Serviços de Assistência, por razões de oferta de mercado, não consiga, dentro do horário e dias anteriormente estabelecidos, localizar um Médico disponível para efectuar a consulta domiciliária, organizará e suportará o custo do transporte até à Unidade Hospitalar mais próxima da sua residência.

Assistência Dentária

Os Serviços de Assistência, garantem o acesso a uma rede de medicina dentária, e as prestações convencionadas relativas a despesas efectuadas pela Pessoa Segura, com estomatologia, em consequência de doença manifestada ou acidente ocorrido durante o período de vigência do contrato.

Rede com mais de 700 Clínicas Dentárias, a nível nacional, com prestações reduzidas e pré-convencionadas onde se destacam:

- Consulta de medicina Dentária sem custo para a Pessoa Segura;

- Limpeza Dentária Simples sem custo para a Pessoa Segura;
- Actos médicos a custo reduzido.

COMPARTICIPAÇÕES, CO-PAGAMENTOS E PERIODOS DE CARÊNCIA

Coberturas	Segurador	Cliente	Período de Carência
Incapacidade Temporária Absoluta por Internamento Hospitalar	-	-	30 dias
Incapacidade Temporária Absoluta - Convalescença de Hospitalização	-	-	n.a.
Morte por Acidente	-	-	n.a.
Despesas de Funeral	-	-	n.a.
Acesso à Rede RNA Medical	-	-	n.a.
Consultas de Clínica Geral e Especialidade (inclui pediatria)		Até € 35	
Consultas de Urgência		€ 45	
Exames Auxiliares de Diagnóstico		Preço de Rede	
Envio de Médico ao Domicílio	-	€ 15/ consulta	n.a.
Assistência Dentária	-	Preço de Rede	n.a.

CONDIÇÕES DE SUBSCRIÇÃO

Preenchimento completo da proposta, sua submissão ao Segurador e confirmação dos dados que servem de base ao contrato de seguro. Este seguro só pode ser subscrito por pessoas com idade compreendida entre os 18 (dezoito) e os 64 (sessenta e quatro) anos de idade (inclusive).

A fim de avaliar o risco proposto o Segurador poderá ainda solicitar elementos adicionais necessários para a adequada avaliação do risco.

EXCLUSÕES

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

- Guerra, declarada ou não, invasão, acto de inimigo estrangeiro, guerra civil, insurreição, rebelião ou revolução, greves, ou alterações de ordem pública, levantamento militar ou acto do poder militar legítimo ou usurpado, actos de terrorismo, bem como os causados acidentalmente por engenhos explosivos ou incendiários.
- Situação causada por afecções originadas directamente da consequência de alcoolismo (tanto em processos agudos como crónicos), de toxicomania ou de estupefacientes ou outras drogas não prescritas por médico;
- Situações originadas por anomalias congénitas, incapacidades físicas ou mentais ou doenças pré-existentes, do conhecimento da Pessoa Segura à data do início das garantias.
- Sinistro verificado durante o período de carência, se aplicável.
- Gravidez e parto, interrupção voluntária, ou não, da gravidez e respectivas consequências, bem como a fecundação in vitro e tratamentos de fertilidade e esterilidade.
- Doença do foro psiquiátrico.
- Patologias que não possam ser clinicamente comprovadas por exames médicos complementares.
- Afecções do foro músculo-esquelético que não possam ser clinicamente comprovados por exames médicos complementares.
- Lombalgias.
- Exercício das seguintes actividades (aplicável exclusivamente à cobertura de Morte por Acidente):
 - Electricistas – Alta tensão;
 - Mineiros - trabalho de subsolo e/ou com explosivos;
 - Pescadores - alto mar;
 - Pilotos e co-pilotos no âmbito da aviação, náutica (marinha mercante);
 - Pedreiros com uso de explosivos;

- vi. Construção civil e actividades associadas - trabalho em altura superior a 10m;
- vii. Instalação/ Montagens de vidros, painéis solares, luminosos e/ou de publicidade, torres de comunicações e de electricidade - trabalho em altura superior a 10m;
- viii. Limpeza/ Manutenção exterior de prédios inclusive de vidros, painéis solares, luminosos e/ou de publicidade, torres de comunicações e de electricidade - trabalho em altura superior a 10m;
- ix. Tauromaquia;
- x. Pirotécnico;
- xi. Lenhador – Corte e abate de árvores;
- xii. Agricultor com utilização de máquinas;
- xiii. Bombeiros; actividades relacionadas com forças militares; forças especiais de Polícia; Prática de desporto profissional, desportos de Inverno, para-quedismo, utilização de aeronaves privadas ou qualquer actividade relacionada com o voo, motonáutica, mergulho, asa-delta, voo sem motor, boxe e prática de artes marciais; Desportos e actividades Radicais e participação em competições de velocidade.

Nota: A inclusão de qualquer das profissões referidas acima implica avaliação e aceitação prévia do Segurador.

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

PRÉMIO

1. O prémio do seguro varia em função do produto contratado.
2. O prémio é pago de acordo com a respectiva tarifa.

Prémio Total Anual

Idade (anos)	Base	Plus	Prestige
18 a 39	€ 150	€ 300	€ 400
40 a 49	€ 200	€ 400	€ 600
50 a 59	€ 300	€ 600	€ 800
60 a 64	€ 480	€ 900	€ 1300
65 a 70	€ 600	€ 1250	€ 1650

3. O prémio é sempre devido por inteiro e pago antecipadamente, por débito automático na Conta à Ordem, sendo o primeiro recibo pago por Multibanco.

O prémio pode ter fraccionamento mensal, trimestral ou semestral, sem encargos de fraccionamento.

4. O Tomador do Seguro pode solicitar ao Segurador que lhe seja disponibilizada uma simulação do valor do prémio a pagar de acordo com o risco a segurar.

5. A falta de pagamento do prémio até à data limite de pagamento determina a resolução automática do contrato a partir da data da sua celebração.

6. A falta de pagamento do prémio de anuidade subsequente até à data limite de pagamento, impede a renovação do contrato, deixando de produzir efeitos.

7. O Segurador avisará o Tomador do Seguro até 30 (trinta) dias antes da data em que os prémios devam ser pagos.

FALTA OU INCORRECÇÃO DA DESIGNAÇÃO DE BENEFICIÁRIO

1. Na falta de designação de beneficiário do contrato em caso de morte, o Segurador pagará o Capital Seguro aos herdeiros da Pessoa Segura.

2. A inexistência ou a incorrecção dos elementos de identificação do beneficiário em caso de morte pode impossibilitar o Segurador de dar cumprimento aos deveres de informação e comunicação previstos na lei, com vista ao pagamento do Capital Seguro.

RESPONSABILIDADE MÁXIMA DO SEGURADOR

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

DEVER DE DECLARAÇÃO INICIAL DO RISCO

O Tomador do Seguro e a Pessoa Segura estão obrigados a responder com exactidão e veracidade a todas as questões colocadas e a declarar todas as circunstâncias ou factos que conheçam e que sejam significativos para a avaliação do risco proposto, mesmo que não tenham sido solicitados expressamente, devendo-o fazer para o efeito em declaração anexa.

Em caso de incumprimento doloso do dever de declarar o risco com exactidão e veracidade, o contrato de seguro é anulável pelo Segurador mediante o envio de uma declaração no prazo de três meses a contar do conhecimento do incumprimento, ficando o Segurador desobrigado de cobrir qualquer sinistro que ocorra antes de ter tido conhecimento do incumprimento em causa ou no decurso do referido prazo e mantendo o direito a fazer seu o prémio recebido, até ao termo do prazo de três meses ou até ao termo do contrato se o Tomador do Seguro ou a Pessoa Segura tiverem agido com o propósito de obter uma vantagem.

Em caso de incumprimento negligente do dever de declaração do risco, o Segurador pode, no prazo de três meses a contar do conhecimento: propor uma alteração ao contrato, que cessará os seus efeitos se o Tomador do Seguro nada disser ou se rejeitar a proposta de alteração ou fazer cessar o contrato, demonstrando que, em caso algum, celebraria o contrato para a cobertura de riscos relacionados com o facto omitido ou declarado inexactamente, havendo lugar a devolução do prémio pelo tempo contratual não decorrido. Ocorrendo um sinistro antes da cessação ou da alteração do contrato influenciado pelo facto omitido ou inexacto, o Segurador só cobre o sinistro na proporção da diferença entre o prémio pago e o prémio que seria devido ou não cobre o sinistro, demonstrando que, em caso algum, teria celebrado o contrato se tivesse conhecimento do facto omitido ou declarado inexactamente, ficando apenas vinculado à devolução do prémio.

DURAÇÃO, RENOVAÇÃO, DENÚNCIA E LIVRE RESOLUÇÃO 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. A cobertura dos riscos depende do prévio pagamento do prémio. A ocorrência de sinistro implica o vencimento imediato das fracções de prémio vincendas.

2. O contrato pode ser 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, caducando, contudo, no final da anuidade em que a Pessoa Segura completar 70 (setenta) anos.

4. Qualquer uma das partes pode denunciar o contrato com a antecedência mínima de 30 (trinta) dias em relação ao termo da anuidade.

5. Quando o contrato tiver duração igual ou superior a 6 (seis) meses e o Tomador do Seguro for uma pessoa singular, este pode pôr termo ao contrato sem ter que invocar justa causa, até 30 (trinta) dias após a data da recepção da Apólice, com efeito retroactivo ao início do contrato.

Neste caso, o Segurador tem direito ao valor do prémio calculado proporcionalmente ao tempo decorrido na medida em que tenha suportado o risco.

RECLAMAÇÕES

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

LEI APLICÁVEL

A Lei aplicável ao presente contrato é a Portuguesa.

AUTORIDADE DE SUPERVISÃO

Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões.