

Índice

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

CAPÍTULO VII - OBRIGAÇÕES E DIREITOS DAS PARTES E PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO	15
ARTIGO 32.º - OBRIGAÇÕES E DIREITOS DO SEGURADOR	15
ARTIGO 33.º - OBRIGAÇÕES DO TOMADOR DO SEGURO E DA(S) PESSOA(S) SEGURA(S)	15
ARTIGO 34.º - PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO	15
ARTIGO 35.º - REALIZAÇÃO DA PRESTAÇÃO DO SEGURADOR	16
ARTIGO 36.º - PLURALIDADE DE SEGUROS	16
CAPÍTULO VIII - DISPOSIÇÕES DIVERSAS E FINAIS	16
ARTIGO 37.º - CONFIDENCIALIDADE DA INFORMAÇÃO	16
ARTIGO 38.º - INTERVENÇÃO DE MEDIADOR DE SEGUROS	16
ARTIGO 39.º - DOMICÍLIO	17
ARTIGO 40.º - COMUNICAÇÕES E NOTIFICAÇÕES ENTRE AS PARTES	17
ARTIGO 41.º - ÓNUS DA PROVA	17
ARTIGO 42.º - PROVA CONVENCIONADA	17
ARTIGO 43.º - SUB-ROGAÇÃO PELO SEGURADOR	17
ARTIGO 44.º - EFICÁCIA E Oponibilidade a Terceiros	17
ARTIGO 45.º - COMPENSAÇÃO DE CRÉDITOS	17
ARTIGO 46.º - RECLAMAÇÕES E ARBITRAGEM	17
ARTIGO 47.º - EXTRAVIO DA APÓLICE	17
ARTIGO 48.º - LEI APLICÁVEL E FORO COMPETENTE	17
ARTIGO 49.º - PROTECÇÃO DE DADOS PESSOAIS	18
ANEXO 1	19
CONDIÇÕES ESPECIAIS	20
CONDIÇÃO ESPECIAL 01 - HOSPITALIZAÇÃO	20
CONDIÇÃO ESPECIAL 02 - PARTO	20
CONDIÇÃO ESPECIAL 03 - REFORÇO DE CAPITAL SEGURO DE HOSPITALIZAÇÃO POR DOENÇAS GRAVES	21
CONDIÇÃO ESPECIAL 04 - AMBULATÓRIO - CAPITAL	22
CONDIÇÃO ESPECIAL 05 - REFORÇO DE CAPITAL SEGURO DE AMBULATÓRIO POR DOENÇAS GRAVES	22
CONDIÇÃO ESPECIAL 06 - ACESSO À REDE	23
CONDIÇÃO ESPECIAL 07 - MÉDICO ONLINE	23
CONDIÇÃO ESPECIAL 08 - MÉDICO AO DOMICÍLIO	23
CONDIÇÃO ESPECIAL 09 - SEGUNDA OPINIÃO MÉDICA INTERNACIONAL	23
CONDIÇÃO ESPECIAL 10 - ACESSO À REDE IBÉRICA	24
CONDIÇÃO ESPECIAL 11 - ACESSO À REDE BEM-ESTAR	24
CONDIÇÃO ESPECIAL 12 - PROGRAMA DE ACOMPANHAMENTO DE DOENTES	24
CONDIÇÃO ESPECIAL 13 - MORTE POR ACIDENTE	24
CONDIÇÃO ESPECIAL 14 - ACESSO À REDE ESTOMATOLOGIA - DENTINET	25
CONDIÇÃO ESPECIAL 15 - ESTOMATOLOGIA – CAPITAL	25
CONDIÇÃO ESPECIAL 16 - AMBULATÓRIO - CONSULTAS	25
CONDIÇÃO ESPECIAL 17 - AMBULATÓRIO EM CASO DE ACIDENTE	26
CONDIÇÃO ESPECIAL 18 - MINDCARE	26
CONDIÇÃO ESPECIAL 19 - NUTRIÇÃO ONLINE	27
CONDIÇÃO ESPECIAL 20 - CRIOPRESERVAÇÃO	27

Artigo Preliminar

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

CAPÍTULO I DEFINIÇÕES

ARTIGO 1.º DEFINIÇÕES

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

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

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

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

AdvanceCare: Entidade designada por Gestora de Serviços de Saúde que, por conta do Segurador, organiza a Rede de Prestadores, procede à gestão das prestações devidas pelo contrato e articula o pagamento directo das despesas médicas, quer aos prestadores convencionados, nomeadamente

médicos, hospitais, centros de diagnósticos, quer às Pessoas Seguras.

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

No presente produto consideram-se enquadráveis no conceito de agregado familiar os descendentes ainda que com idade superior a 24 anos e os ascendentes.

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

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

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

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

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

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

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

juntamente com um documento de identificação com fotografia.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Doença: Alteração involuntária do estado de saúde da Pessoa

Segura, não causada por acidente, clínica e objectivamente comprovada, nomeadamente por meio de exames médicos complementares.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

comprovada.

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

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

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

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

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

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

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

Prestações na Rede: Serviços de cuidados de saúde, garantidos pelo presente contrato de seguro, realizados em prestadores da Rede Médica Convencionada, nos quais a comparticipação das despesas de saúde é suportada directamente pelo Segurador, nos termos do disposto nas Condições Particulares, suportando a Pessoa Segura o pagamento das Franquias e/ou Co-pagamentos, estando o respectivo acesso sujeito aos critérios de utilização definidos

pelo Segurador, incluindo a Autorização para actos e procedimentos nos termos do disposto na Apólice.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. Para efeitos, ainda, do presente contrato, e/ou sempre que necessário para auxílio no relacionamento entre o Segurador e o Tomador de Seguro, e quando aplicável, serão supletivamente utilizadas as definições e conceitos estabelecidos em diplomas especificamente e unicamente

relacionados com a actividade seguradora.

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

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

CAPITULO II

OBJECTO DO CONTRATO, GARANTIAS, ÂMBITO E LIMITES

ARTIGO 2.º

OBJECTO DO CONTRATO

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

2. Não se encontram garantidas quaisquer despesas médicas ou medicamentosas reclamadas pelo Serviço Nacional de Saúde ou por outro qualquer subsistema de saúde de que a Pessoa Segura seja beneficiária, podendo, no entanto, e desde que se encontre previsto, assegurar o reembolso da parte remanescente não comparticipada, bem como o reembolso de taxas moderadoras.

ARTIGO 3.º

GARANTIAS

1. O contrato de seguro pode garantir, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Especiais e Particulares ou Certificado Individual de Seguro, e de acordo com o Plano subscrito, 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;
2. As garantias do contrato entram em vigor após o decurso dos períodos de carência, indicados para cada cobertura nas Condições Especiais, nas Condições Particulares ou tratando-se de Seguro de Grupo, no Certificado Individual de Adesão, sendo os mesmos contados a partir da data de adesão de cada Pessoa Segura.

ARTIGO 4.º

LIMITES DE IDADE

1. Salvo disposição em contrário expressa nas Condições Particulares ou nalgum dos planos de garantias previstas no artigo anterior, são abrangidas por esta apólice todas as Pessoas Seguras cuja idade, na data da subscrição do contrato, respeitem o limite máximo de 66 (sessenta e seis) anos de idade.
2. Subscrito o contrato nos pressupostos temporais fixados no número anterior, o mesmo é renovado anualmente, sem idade limite de permanência, caducando quando ocorra a morte da Pessoa Segura.
3. Tratando-se de Seguro de Grupo, salvo disposição em contrário expressa nas Condições Particulares ou Certificado Individual de Adesão, são abrangidas por esta apólice todas as Pessoas Seguras que cumpram os critérios de elegibilidade para adesão ao grupo, e cuja idade, na data da adesão, respeitem o limite máximo de 68 (sessenta e oito) anos de idade.
4. Salvo acordo prévio em contrário expresso no Certificado Individual de Adesão, o contrato é renovado anualmente e a adesão ao seguro de grupo caducará desde que deixem de se verificar os critérios de elegibilidade para integrar o grupo, com o limite máximo dos 70 (setenta) anos de idade da Pessoa Segura no termo da anuidade.

ARTIGO 5.º

ÂMBITO TERRITORIAL

Salvo convenção em contrário, expressa nas Condições Especiais ou nas Condições Particulares, o seguro só tem validade para os cuidados de saúde prestados em Portugal.

ARTIGO 6.º

PERMANÊNCIA NO ESTRANGEIRO

Salvo convenção em contrário disposta nas Condições Especiais das garantias contratadas e mencionadas nas

Condições Particulares da Apólice, ou que decorra de acordo escrito do Segurador, a permanência da Pessoa Segura no estrangeiro implica:

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

ARTIGO 7.º

PERÍODO DE CARÊNCIA

1. São fixados, nas Condições Particulares ou nas Condições Especiais aplicáveis, os períodos de tempo que medeiam entre a data de adesão ao seguro e a data em que as respetivas garantias podem ser acionadas.
2. O período de carência é alargado para 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;
 - Colecistectomia;
 - 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, meniscectomias e ligamentoplastias;
 - Cirurgia e tratamentos proctológicos;
 - Cirurgia aos ouvidos, nariz e garganta;
 - Arritmologia.

3. Em caso de acidente, que implique tratamento hospitalar urgente em regime de internamento ou ambulatório, não

são aplicáveis os períodos de carência.

ARTIGO 8.º

EXCLUSÕES

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

a) Actos realizados por médicos e outros profissionais de saúde que sejam cônjuge, pais, filhos ou irmãos da Pessoa Segura;

b) Atraso injustificado ou negligência imputáveis ao prestador de cuidados de saúde ou à Pessoa Segura no recurso a assistência médica, ou da recusa ou inobservância de tratamentos que lhe tenham sido prescritos;

c) Anomalias congénitas que se manifestam a qualquer momento, excepto para recém-nascidos cuja adesão seja efectuada até 30 dias após o nascimento;

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 roncopatia, 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.

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

CAPÍTULO III

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

ARTIGO 9.º

BASE DO CONTRATO

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

ARTIGO 10.º

DECLARAÇÃO INICIAL DO RISCO E INEXACTIDÕES

1. O Tomador do Seguro e a Pessoa Segura estão obrigados, antes da celebração do contrato, a declarar com exactidão todas as circunstâncias que conheçam e razoavelmente devam ter por significativas para a apreciação do risco pelo Segurador.
2. O disposto no número anterior é igualmente aplicável a circunstâncias cuja menção não seja solicitada em questionário fornecido pelo Segurador para o efeito.
3. A inexactidão na declaração inicial do risco pode provocar a cessação ou a modificação do contrato.

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

- a) Não tendo ocorrido sinistro, esta declaração deve ser enviada no prazo de três meses a contar do conhecimento daquele incumprimento, tendo o Segurador direito ao prémio devido até o final do prazo, salvo se tiver ocorrido dolo ou negligência grosseira do Segurador ou do seu representante;
- b) Em caso de sinistro ocorrido antes de o Segurador ter tido conhecimento do incumprimento doloso ou no decurso do prazo previsto na alínea a), o sinistro não será coberto e aplicar-se-á o regime geral da anulabilidade;
- c) Em caso de dolo do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura com o propósito de obter uma vantagem, o prémio é devido até ao termo do contrato.

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

- a) Não tendo ocorrido sinistro, propor uma alteração do contrato, fixando um prazo, não inferior a 14 dias, para o envio da aceitação ou, caso a admita, da contraproposta, ou fazer cessar o contrato, demonstrando que, em caso algum, celebra contratos para a cobertura de riscos relacionados com o facto omitido ou declarado inexactamente;
- b) No caso referido na alínea anterior, o contrato cessa os seus efeitos 30 dias após o envio da declaração de cessação ou 20 dias após a recepção pelo Tomador do Seguro da proposta de alteração, caso este nada responda ou a rejeite, sendo o prémio devolvido *pro rata temporis*;
- c) Em caso de sinistro ocorrido antes da cessação ou da alteração do contrato, cuja verificação ou consequências tenham sido influenciadas por facto relativamente ao qual tenha havido omissões ou inexactidões negligentes, poder-se-á verificar o seguinte:

- i) O Segurador cobre o risco na proporção da diferença entre o prémio pago e o prémio que seria devido, caso, aquando da celebração do contrato, tivesse conhecido o facto omitido ou declarado inexactamente;
- ii) O Segurador não cobre o risco e fica apenas vinculado à devolução do prémio, se demonstrar que, em caso algum, teria celebrado o contrato se tivesse conhecido o facto omitido ou declarado inexactamente.

6. Havendo modificação do contrato, o Segurador cobre os sinistros ocorridos anteriormente à modificação cuja verificação ou consequências tenham sido influenciadas por facto relativamente ao qual tenha havido omissões

ou inexactidões negligentes, mas apenas na proporção da diferença entre o prémio pago e o prémio que seria devido se, aquando da celebração do contrato, tivesse conhecido o facto omitido ou declarado inexactamente.

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

ARTIGO 11.º

COMUNICAÇÃO DO AGRAVAMENTO DO RISCO

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

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

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

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

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

ARTIGO 12.º

SINISTRO E AGRAVAMENTO DO RISCO

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

- a) **Cobre o risco**, efectuando a prestação convencionada, se o agravamento tiver sido correcta e tempestivamente comunicado antes do sinistro ou antes de decorrido o prazo previsto no n.º 1 do artigo anterior, excepto se demonstrar que não celebra contratos que cubram riscos com as características resultantes desse agravamento;
- b) **Cobre parcialmente o risco**, reduzindo-se a sua prestação na proporção entre o prémio efectivamente cobrado e aquele que seria devido em função das reais circunstâncias do risco, se o agravamento não tiver sido correcta e tempestivamente

comunicado antes do sinistro, excepto se demonstrar que não celebra contratos que cubram riscos com as características resultantes desse agravamento;

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

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

ARTIGO 13.º

INÍCIO E DURAÇÃO DO CONTRATO

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

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

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

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

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

6. Na falta de estipulação das Partes noutro sentido, o contrato vigora pelo período de um ano e considera-se sucessivamente renovado por períodos de um ano, salvo se qualquer uma das partes o tiver denunciado, por escrito ou por outro meio do qual fique registo duradouro, com a antecedência mínima de 30 dias em relação ao termo da anuidade, ou se não for pago o prémio da anuidade subsequente ou da primeira fracção desta.

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

dia do referido período.

ARTIGO 14.º

DIREITO DE LIVRE RESOLUÇÃO

1. O Tomador do Seguro, sendo pessoa singular, pode resolver o contrato, sem invocar justa causa, num prazo de 30 dias a contar da data de recepção da Apólice, mediante comunicação por escrito, em suporte de papel ou outro meio duradouro disponível e acessível ao Segurador, acompanhada da respectiva Apólice.

2. O exercício do direito de livre resolução determina a cessação do contrato, extinguindo todas as obrigações dele decorrentes, com efeitos a partir da celebração do mesmo, isto é, com efeito retroactivo, tendo o Segurador direito:

- a) Ao valor do prémio calculado *pro rata temporis*, na medida em que tenha suportado o risco até à resolução do contrato, e que a cobertura se tenha iniciado a pedido do Tomador do Seguro;
- b) Ao montante das despesas razoáveis que tenha efectuado com exames médicos, sempre que esse valor seja imputado contratualmente ao Tomador do Seguro.

ARTIGO 15.º

RESOLUÇÃO E REDUÇÃO DO CONTRATO

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

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

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

4. Sempre que o Tomador do Seguro não coincida com a Pessoa Segura, o Segurador deve avisar a Pessoa Segura da resolução do contrato logo que possível, no máximo até 20 (vinte) dias após a não renovação ou a resolução.

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

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

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

respeita à adesão.

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

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

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

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

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

ARTIGO 16.º

CADUCIDADE DO CONTRATO

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

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

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

ARTIGO 17.º

RESPONSABILIDADE DO SEGURADOR EM CASO DE NÃO RENOVAÇÃO DO CONTRATO

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

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

impedimento.

CAPÍTULO IV

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

ARTIGO 18.º

DESIGNAÇÃO BENEFICIÁRIA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

sempre as Pessoas Seguras.

ARTIGO 19.º

ALTERAÇÃO E REVOGAÇÃO DA CLÁUSULA BENEFICIÁRIA

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

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

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

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

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

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

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

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

ARTIGO 20.º

ADMISSÃO DE PESSOAS SEGURAS

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

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

3. A inclusão de recém-nascidos num contrato que tenha como Pessoa Segura pelo menos um dos Pais, é aceite sem períodos de carência, sem doenças pré-existentes e sem exclusão de doenças e malformações congénitas desde que a adesão seja efectuada nos primeiros 30 dias de vida da criança, mediante preenchimento da Proposta de Seguro ou, tratando-se de Seguro de Grupo, do Boletim

de Adesão. A adesão tem efeito à data do nascimento.

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

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

ARTIGO 22.º**TRANSFERÊNCIA DE SEGURO**

1. A transferência da titularidade do contrato deve ser solicitada pelo Tomador do Seguro, com a aceitação da Pessoa Segura, novo titular do contrato, mediante comunicação ao Segurador, com uma antecedência mínima de 30 dias em relação à data de produção de efeitos.

2. Para este efeito será necessário preenchimento de nova Proposta, sendo dispensado o preenchimento do Questionário Individual de Saúde.

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

1. Qualquer alteração às condições contratadas, a vigorar na anuidade seguinte, deverá ser comunicada pelo Segurador ao Tomador do Seguro com uma antecedência mínima de 30 dias em relação à data de vencimento do contrato.

2. Caso o Tomador do Seguro não se pronuncie sobre a aceitação ou recusa da alteração proposta no prazo de 30 dias, entende-se a mesma como aceite, desde que pago o prémio da anuidade respectiva ou fracção deste.

3. Não sendo aceite a Proposta pelo Tomador do Seguro, o contrato deverá ter-se por denunciado pelo Segurador, no termo da anuidade em curso.

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

1. A comparticipação, o limite de responsabilidade e os limites por despesa médica aplicáveis a cada garantia contratada, estão fixados nas Condições Particulares ou, tratando-se de Seguro de Grupo, no Certificado Individual de Seguro, e vigoram por período de vigência do contrato.

2. Para cálculo dos limites dos capitais garantidos, salvo indicação em contrária nas Condições Especiais, são considerados os valores de despesas suportadas pelo Segurador, quer na modalidade de Prestações na Rede, quer

na modalidade de Prestações por Reembolso.

3. As prestações por reembolso e as prestações na rede estão ainda subordinadas:

a) No caso das Prestações por Reembolso, ao valor a indemnizar aplicar-se-ão as franquias estabelecidas nas Condições Particulares;

b) No caso das Prestações na Rede a Pessoa Segura pagará, directamente à Rede Convencionada de Prestadores, os co-pagamentos estabelecidos nas Condições Particulares referentes aos cuidados de saúde realizados.

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

5. Quando aplicável, o Capital Seguro é o montante estipulado nas condições particulares do contrato de seguro como sendo o valor máximo de responsabilidade do Segurador em caso de sinistro ocorrido durante o período de vigência do contrato, por Pessoa Segura ou Agregado Familiar, definido para cada uma das coberturas contratadas nas Condições Particulares, Certificado Individual ou Condições Especiais, quando aplicáveis.

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

Após a ocorrência de um sinistro, o Capital Seguro poderá ficar, salvo disposição contratual em contrário, até ao vencimento do contrato, automaticamente reduzido do montante correspondente ao valor das prestações atribuídas, sem que haja lugar a estorno de prémio, salvo se o Tomador do Seguro comunicar ao Segurador e este aceitar, que pretende reconstituir esse capital, pagando o correspondente prémio complementar.

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

1. O prémio inicial é devido na totalidade na data da celebração do contrato.

2. Por acordo das partes o prémio pode ser fraccionado.

3. O prémio das anuidades subsequentes é devido na data da respectiva prorrogação.

4. O prémio resultante de eventuais alterações ao contrato é devido na data indicada no aviso para pagamento.

ARTIGO 27.º**PAGAMENTO DO PRÉMIO**

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

2. O pagamento do prémio é anual, podendo por acordo entre o Segurador e o Tomador do Seguro, ser pago em fracções mensais, trimestrais ou semestrais.

3. O Segurador encontra-se obrigado, até 30 dias antes da data em que o prémio ou fracção subsequente é devido, a avisar, por escrito, o Tomador do Seguro, indicando nessa data, o valor a pagar, a forma de pagamento e as consequências da falta de pagamento do prémio ou fracção.

4. Se tiver sido acordado o pagamento do prémio em fracções com periodicidade inferior à trimestral, o Segurador pode optar por não enviar o referido aviso, fazendo, nesse caso, constar de documento contratual as datas de vencimento das fracções, os seus montantes e as consequências da falta de pagamento.

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

ARTIGO 28.º

ALTERAÇÃO DO PRÉMIO

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

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

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

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

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

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

circunstâncias em que as partes fundaram a decisão de contratar, sendo que tais alterações apenas serão aceitáveis se efectuadas na exacta medida do necessário.

ARTIGO 29.º

AVISO DE PAGAMENTO DOS PRÉMIOS

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

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

ARTIGO 30.º

FALTA DE PAGAMENTO

1. A falta de pagamento do prémio inicial, ou da primeira fracção deste, ou fracções subseqüentes, 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 subseqüentes, ou da primeira fracção destas, na data do vencimento, impede a prorrogação do contrato, pelo que este não se renovará e deixará de produzir quaisquer efeitos.

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

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

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

ARTIGO 31.º

ESTORNO DO PRÉMIO

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

data do vencimento.

CAPÍTULO VII

OBRIGAÇÕES E DIREITOS DAS PARTES E PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

ARTIGO 32.º

OBRIGAÇÕES E DIREITOS DO SEGURADOR

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

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

ARTIGO 33.º

OBRIGAÇÕES DO TOMADOR DO SEGURO E DA(S) PESSOA(S) SEGURA(S)

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

ARTIGO 34.º

PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

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 deste artigo, 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:

- a) Por doença - informar com verdade a Gestora de Serviços de Saúde ou o Segurador sobre as respectivas circunstâncias e consequências;
- b) Por acidente - comunicar o facto à Gestora de Serviços de Saúde ou ao Segurador no prazo máximo de 8 dias imediatos à sua ocorrência, procedendo à sua descrição detalhada (data, local, hora, causas e consequências, o estabelecimento hospitalar a que recorreu, as testemunhas, as autoridades que dele tomaram conhecimento e a identificação do eventual responsável);
- c) Cumprir as prescrições do médico a que tenha recorrido e remeter à Gestora de Serviços de Saúde ou ao Segurador, em conjunto com a participação, o relatório médico relativo ao sinistro e tratamento;
- d) Sujeitar-se a exames, por médicos designados pela Gestora de Serviços de Saúde ou pelo Segurador, caso estes o considerem necessários;

e) Autorizar os médicos e hospitais a que tenham recorrido a facultar aos serviços clínicos da Gestora de Serviços de Saúde ou ao Segurador os relatórios clínicos e quaisquer outros elementos que estes tenham por convenientes para documentar o processo, incluindo informações sobre o estado de saúde anterior ao sinistro.

4. Pré-autorizações:

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

a) Assegurar que, através dos serviços clínicos da Gestora de Serviços de Saúde, é solicitada pré-autorização em caso de internamento hospitalar, cirurgia, parto ou actos clínicos associados a uma doença grave conforme respectiva Condição Especial;

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

c) Em caso de Internamento Hospitalar e/ou Cirurgia decorrente de uma situação de emergência que impeça a Pessoa Segura de requerer antecipadamente a pré-autorização, deve a mesma ser solicitada no prazo máximo de 24 horas a contar da ocorrência.

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.

ARTIGO 35.º

REALIZAÇÃO DA PRESTAÇÃO DO SEGURADOR

1. O Segurador obriga-se a satisfazer a prestação contratual a quem for devida, após a confirmação da ocorrência do sinistro e das suas causas, circunstâncias e consequências.

2. Para efeito do disposto no número anterior, dependendo das circunstâncias, pode ser necessária a prévia quantificação das consequências do sinistro.

3. A prestação devida pelo Segurador pode ser pecuniária ou não pecuniária.

4. A obrigação do Segurador vence-se decorridos 30 (trinta) dias sobre o apuramento dos factos.

ARTIGO 36.º

PLURALIDADE DE SEGUROS

1. O Tomador do Seguro, ou a Pessoa Segura, sob pena de responder por perdas e danos e, em caso de fraude, da exoneração do Segurador das respectivas prestações, fica obrigado a participar ao Segurador a existência de outros seguros, garantindo o pagamento de despesas idênticas, e relativamente às prestações por reembolso assiste à Pessoa Segura, nos termos previstos na lei, o direito de escolher o Segurador perante o qual entende apresentar as despesas devidas.

2. Nos restantes casos, incluindo aqueles em que existem comparticipações de subsistemas de Saúde, públicos ou privados, o reembolso incidirá sobre o valor efectivamente suportado pela Pessoa Segura e não reembolsado.

3. Em caso algum a Pessoa Segura poderá receber um reembolso superior ao montante das despesas.

4. Em caso de sinistro verificado no âmbito da pluralidade de contratos, a Pessoa Segura, ou o lesado, pode accionar o presente Segurador até aos limites da respectiva obrigação, sem prejuízo do regime legal relativo à insolvência de um dos Seguradores da pluralidade.

CAPÍTULO VIII

DISPOSIÇÕES DIVERSAS E FINAIS

ARTIGO 37.º

CONFIDENCIALIDADE DA INFORMAÇÃO

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

ARTIGO 38.º

INTERVENÇÃO DE MEDIADOR DE SEGUROS

1. Nenhum Mediador de seguros se presume autorizado a, em nome do Segurador, celebrar ou extinguir contratos de seguro, a contrair ou alterar as obrigações deles emergentes ou a validar declarações adicionais, salvo o disposto nos números seguintes.

2. Pode celebrar contratos de seguro, contrair ou alterar as obrigações deles emergentes ou validar declarações adicionais, em nome do Segurador, o Mediador de seguros ao qual o Segurador tenha conferido, por escrito, os necessários poderes.

3. Não obstante a carência de poderes específicos para o efeito da parte do Mediador de seguros, o seguro considera-se eficaz quando existam razões ponderosas, objectivamente apreciadas, tendo em conta as circunstâncias do caso, que justifiquem a confiança do Tomador do Seguro de boa fé na legitimidade do Mediador, desde que o Segurador tenha igualmente contribuído para fundar a confiança do Tomador do Seguro.

4. O Tomador do Seguro, se assim o desejar, poderá solicitar

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

ARTIGO 39.º**DOMICÍLIO**

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

ARTIGO 40.º**COMUNICAÇÕES E NOTIFICAÇÕES ENTRE AS PARTES**

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

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

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

ARTIGO 41.º**ÓNUS DA PROVA**

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

ARTIGO 42.º**PROVA CONVENCIONADA**

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

ARTIGO 43.º**SUB-ROGAÇÃO PELO SEGURADOR**

1. O Segurador que tiver pago prestações de natureza indemnizatória fica sub-rogado, na medida do montante pago,

nos direitos da Pessoa Segura contra o terceiro responsável pelo sinistro.

2. O Tomador do Seguro, ou a Pessoa Segura, responde, até ao limite da indemnização paga pelo Segurador, por acto ou omissão que prejudique os direitos previstos no número anterior.

ARTIGO 44.º**EFICÁCIA E Oponibilidade a Terceiros**

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

ARTIGO 45.º**COMPENSAÇÃO DE CRÉDITOS**

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

ARTIGO 46.º**RECLAMAÇÕES E ARBITRAGEM**

1. O Segurador dispõe de uma unidade orgânica específica para receber, analisar e dar resposta a quaisquer reclamações relacionadas com o contrato ou com as obrigações e direitos dele decorrentes, podendo para o efeito dirigir documento escrito para a sua sede, na Avenida de França, 316 – 5.º, Edifício Capitólio, 4050-276 Porto ou utilizar o endereço electrónico reclamacoes@realvidaseguros.pt.

2. Caso não haja concordância com a resposta apresentada, a reclamação deverá ser dirigida para o Provedor do Cliente no endereço indicado ou através do endereço electrónico provedor.cliente@realvidaseguros.pt, sem prejuízo de poder ser requerida a intervenção da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões.

ARTIGO 47.º**EXTRAVIO DA APÓLICE**

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

ARTIGO 48.º**LEI APLICÁVEL E FORO COMPETENTE**

1. O presente contrato rege-se pela lei Portuguesa.

2. O foro competente para dirimir qualquer litígio emergente deste contrato é o fixado na lei civil.

ARTIGO 49.º

PROTECÇÃO DE DADOS PESSOAIS

1. O Segurador é a entidade responsável pelo tratamento dos dados pessoais dos Tomadores de Seguros, Pessoas Seguras e Beneficiários ("Clientes", em conformidade com política interna de privacidade).

2. O Segurador recolhe os dados directamente junto dos Clientes ou através de parceiros comerciais.

3. O Segurador trata as seguintes categorias de dados: dados de identificação, dados de contacto, dados financeiros e bancários, dados de saúde e demais dados necessários à contratação, gestão e execução do contrato de seguro (incluindo pagamento e facturação do prémio, 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 expreso 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.

ANEXO I

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

CONDIÇÃO ESPECIAL 01
HOSPITALIZAÇÃO

1. Esta 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.
2. O pagamento de despesas médicas, no que se refere a hospitalização da Pessoa Segura necessita sempre de pré-autorização por parte dos serviços clínicos.
3. 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.
4. 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.
5. 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.

Esta cobertura abrange:

- 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.

Esta cobertura não abrange:

- a) Pagamento das despesas de internamento relacionadas com cirurgias e tratamentos do foro estomatológico ou maxilo-facial, excepto se resultante de acidente garantido por este Contrato;
- b) Cirurgias ou tratamentos refrativos à miopia, astigmatismo e hipermetropia (cirúrgico ou a laser), excepto para situações com mais de 4 dioptrias;
- c) Despesas de natureza particular, tais como: telefone 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.

CONDIÇÃO ESPECIAL 02
PARTO

1. Esta cobertura garante, nos termos e limites para o efeito fixado nas Condições Particulares, e mediante um pedido de pré-autorização, 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.
2. 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.

Esta cobertura abrange:

- 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.

Esta cobertura não abrange:

- 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 podem ficar 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.

CONDIÇÃO ESPECIAL 03

REFORÇO DE CAPITAL SEGURO DE HOSPITALIZAÇÃO POR DOENÇAS GRAVES

1. Esta 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.
2. Os primeiros sintomas e respectivo diagnóstico terão de ocorrer durante o período de vigência da apólice, após o decurso do respectivo período de carência.
3. 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.
4. Todos os actos médicos integrados no âmbito da presente cobertura requerem um pedido de pré-autorização.
5. Para efeito desta cobertura são consideradas as seguintes doenças graves:

i) Cancro

Para cancro o seguro abrange:

- 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.

Para esta doença o seguro não abrange:

- Qualquer tumor histologicamente descrito como pré-maligno;
- Cancro da próstata em estágio 1 (T1a, 1b, 1c);
- Carcinoma basocelular e carcinoma de células escamosas;
- Melanoma maligno estágio 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).

ii) Cirurgias das Artérias Coronárias

Para as Artérias Coronárias o seguro abrange:

- 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.

Para as Artérias Coronárias o seguro não abrange:

- 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.

iii) Enfarte do Miocárdio

Para enfarte do miocárdio o seguro abrange:

- Morte (necrose) de uma parte do músculo cardíaco subsequente a uma insuficiência de fluxo sanguíneo local.
- Esta necrose deve ser recente e claramente objetivada 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.

Para enfarte do miocárdio o seguro não abrange:

- 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).

iv) Acidente Vascular Cerebral (AVC)

Para acidente vascular cerebral o seguro abrange:

- 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 extracraniana.

- 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).

Para acidente vascular cerebral o seguro não abrange:

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

v) Tratamento das Doenças Valvulares do Coração

Para doenças valvulares do coração o seguro abrange:

- 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.

Para doenças valvulares do coração o seguro não abrange:

- Tratamento cirúrgico de valvulopatias congénitas.

CONDIÇÃO ESPECIAL 04

AMBULATÓRIO - CAPITAL

1. Esta 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.

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

Esta cobertura abrange:

- 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.

Esta cobertura não abrange:

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.

CONDIÇÃO ESPECIAL 05

REFORÇO DE CAPITAL SEGURO DE AMBULATÓRIO POR DOENÇAS GRAVES

1. Esta cobertura garante 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 Condição Especial - Reforço de Capital de Hospitalização por Doenças Graves.

2. Os primeiros sintomas e respectivo diagnóstico terão de ocorrer durante o período de vigência da apólice, após o decurso do respectivo período de carência.

3. 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.

4. Todos os actos médicos integrados no âmbito da presente cobertura requerem um pedido de pré-autorização.

5. Para efeito desta cobertura são consideradas as Doenças

Graves indicadas na Condição Especial - Reforço de Capital de Hospitalização por Doenças Graves.

CONDIÇÃO ESPECIAL 06

ACESSO À REDE

1. Esta cobertura garante, através da sua Rede Médica Convencionada, o acesso a um conjunto de prestadores médicos, através dos quais a Pessoa Segura poderá usufruir de benefícios que se traduzem no acesso a actos de medicina ambulatoria, consultas de especialidade, exames clínicos e exames auxiliares de diagnóstico, a preços convencionados.
2. A Pessoa Segura terá acesso aos seguintes serviços:
 - Ambulatório;
 - Consultas de especialidade;
 - Medicina Física e Reabilitação;
 - Exames Auxiliares e Diagnóstico;
 - Próteses e Ortóteses;
 - Ópticas;
 - Estomatologia, excepto se contratada a cobertura de Acesso à Rede de Estomatologia – Dentinet.
3. Os valores convencionados para os serviços descritos acima poderão variar de acordo com as condições protocoladas com cada um dos prestadores que integram a Rede Convencionada.
4. O valor das consultas programadas e consultas de urgência não poderá, no entanto, exceder o valor máximo constante nas Condições Particulares.
5. A adesão do prestador de cuidados de saúde à Rede Médica 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.

CONDIÇÃO ESPECIAL 07

MÉDICO ONLINE

1. 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.
2. Cada consulta a suportar pela Pessoa Segura implicará um co-pagamento de €15, sendo as duas primeiras consultas gratuitas, por anuidade.
3. Esta 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.

CONDIÇÃO ESPECIAL 08

MÉDICO AO DOMICÍLIO

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

Serviços de Saúde, a prestação dos seguintes serviços:

- Serviço de Atendimento Permanente;
- Informações 24 horas/dia, sobre o serviço e seu funcionamento administrativo;
- Informações ou esclarecimentos quanto aos procedimentos;
- Informações sobre as garantias, rede médica 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.
- No caso dos Serviços de Assistência, por razões de oferta de mercado, não conseguirem, localizar um Médico disponível para efectuar a consulta domiciliária no período máximo de duas horas após o contacto da Pessoa Segura, organizarão e suportarão o custo do transporte até à Unidade Hospitalar mais próxima da sua residência.
- 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.

CONDIÇÃO ESPECIAL 09

SEGUNDA OPINIÃO MÉDICA INTERNACIONAL

1. Esta 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.

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

3. 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.

4. Ficam garantidos mediante solicitação da Pessoa Segura:

a) Organização do dossiê médico bem como a realização em Portugal de todos os exames médicos, análises clínicas ou outra informação necessária à instrução do mesmo;

b) Recolha de segunda opinião junto dos melhores especialistas a nível mundial relativamente ao diagnóstico da patologia e respectivo tratamento;

c) Elaboração e disponibilização à Pessoa Segura do relatório final com as conclusões e recomendações.

CONDIÇÃO ESPECIAL 10

ACESSO À REDE IBÉRICA

1. Esta cobertura, quando subscrita pelo Tomador do Seguro, garante em regime de prestações na rede, as despesas médicas consideradas de acordo com os limites fixados para a respectiva cobertura.

2. Consultar rede através do site da rede HNA – www.hna.es.

3. 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.

4. Não há lugar ao pagamento imediato do co-pagamento, este é debitado na conta do Cliente em momento posterior ao da realização do acto médico.

CONDIÇÃO ESPECIAL 11

ACESSO À REDE BEM-ESTAR

1. Esta cobertura, quando subscrita pelo Tomador do Seguro, garante à Pessoa Segura, o direito de acesso à Rede de Serviços ligados à Saúde e Bem-Estar, suportando a Pessoa Segura a totalidade dos custos, a preços de Rede.

2. 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.

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

CONDIÇÃO ESPECIAL 12

PROGRAMA DE ACOMPANHAMENTO DE DOENTES

1. Esta 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:

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

b) Disponibilização à Pessoa Segura de uma linha telefónica e de um endereço de e-mail para esclarecimento de dúvidas.

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

CONDIÇÃO ESPECIAL 13

MORTE POR ACIDENTE

1. Esta 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.

2. A cobertura não garante, em caso algum, o risco de morte a menores de 14 anos de idade.

3. A cobertura de Morte por Acidente e a cobertura de Ambulatório em Caso de Acidente são de subscrição opcional cumulativa, não podendo porém ser subscritas em simultâneo, com a cobertura de Ambulatório - Capital ou Ambulatório - Consultas.

4. Consideram-se como beneficiários em caso de morte da Pessoa Segura os respectivos herdeiros legais.

5. Esta cobertura termina aos 75 anos de idade, excepto no Seguro de Grupo, em que esta cobertura cessará para cada aderente, no termo da anuidade em que a Pessoa Segura atingir o limite etário definido no número 4 do artigo 4º das Condições Gerais.

Esta cobertura abrange:

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

Esta cobertura não abrange:

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.

Procedimentos em caso de sinistro:

1. A liquidação da importância segura, será efectuada após a aceitação do sinistro e mediante a entrega dos seguintes documentos:

a) Quanto à Pessoa Segura:

- Cópia do Cartão de Cidadão ou do Bilhete de Identidade da Pessoa Segura;

- Participação de Sinistro com referência às circunstâncias em que ocorreu o acidente;

- Auto de Ocorrência com indicação da taxa de alcoolemia, se aplicável;

- Certificado de óbito e atestado médico indicando as causas da morte devidamente autenticado;

- Relatório da Autópsia devidamente autenticado.

b) Quanto ao Beneficiário:

- Cópia do Cartão de Cidadão ou do Bilhete de Identidade e Cartão de Identificação Fiscal dos beneficiários (herdeiros legais);

- Certidão de habilitação de herdeiros devidamente autenticada.

2. O Segurador reserva-se o direito de solicitar outros elementos ou de proceder às averiguações que entender convenientes para melhor esclarecimento da natureza e extensão das suas responsabilidades.

3. No acto da liquidação das importâncias seguras, o Segurador descontará as fracções de prémios devidas pelo Tomador do Seguro.

4. A liquidação das importâncias seguras terá lugar na sede do Segurador, nos 10 dias úteis imediatos à apresentação dos documentos referidos no n.º 1 do presente artigo, contra a entrega do recibo de quitação devidamente assinado pelo Beneficiário.

5. As importâncias seguras serão pagas aos herdeiros legais da Pessoa Segura em partes iguais. Porém, se o Beneficiário tiver falecido depois de ter adquirido o direito às referidas importâncias, serão essas importâncias atribuídas aos seus herdeiros segundo as regras referidas.

6. Se o Beneficiário for menor, o Segurador depositará o capital, em nome daquele, na Instituição Bancária indicada pelo representante legal do menor, em conta a prazo até à maioridade, depois de obter a quitação pelo legal representante.

CONDIÇÃO ESPECIAL 14

ACESSO À REDE ESTOMATOLOGIA - DENTINET

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

2. 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.

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

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

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

CONDIÇÃO ESPECIAL 15

ESTOMATOLOGIA – CAPITAL

1. Esta 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.

2. Esta cobertura termina aos 66 anos de idade.

Esta cobertura abrange:

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).

Esta cobertura não abrange:

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.

CONDIÇÃO ESPECIAL 16

AMBULATÓRIO - CONSULTAS

1. Esta 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.

2. 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.

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

Esta cobertura abrange:

- a) Honorários médicos de consultas (clínica geral e de especialidade);
- b) Consultas com médicos do foro da obstetrícia;
- c) Consultas da especialidade, incluindo de psiquiatria no máximo de 5 (cinco) consultas individuais por Pessoa Segura/ano;

Esta cobertura não abrange:

- 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 1.º 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;

CONDIÇÃO ESPECIAL 17

AMBULATÓRIO EM CASO DE ACIDENTE

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

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

Esta cobertura abrange:

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 verifiquem 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.

Esta cobertura não abrange:

- 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 ortopédica;
- 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.

CONDIÇÃO ESPECIAL 18

MINDCARE

1. O Segurador, ao abrigo da presente cobertura, garante à Pessoa Segura o acesso ao serviço de vídeo consulta de Psiquiatria e Psicologia, para avaliação e eventual acompanhamento clínico a seguir.
2. O presente serviço só é válido se a Pessoa Segura solicitar previamente o serviço, não havendo lugar a reembolsos de consultas.
3. 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.
4. A Pessoa Segura será informada dos procedimentos necessários para aceder ao serviço via *website*.
5. Não existe qualquer período de carência nem limite de utilização.
6. 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.
7. Este serviço é prestado pela AdvanceCare, qualquer questão pode ser esclarecida através do telefone 210 127 223 (custo de chamada para a rede fixa nacional) em dias úteis entre as 9:00h e às 18:00h.
8. As consultas de Psicologia e Psiquiatria são agendadas de acordo com a disponibilidade da equipa clínica e tendo em conta a preferência do paciente.

CONDIÇÃO ESPECIAL 19

NUTRIÇÃO ONLINE

1. O Segurador, ao abrigo da presente cobertura, garante à Pessoa Segura o acesso ao serviço de acompanhamento nutricional online efectuado por especialistas em nutrição.
2. 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.
3. O presente serviço só é válido se a Pessoa Segura solicitar previamente o serviço, não havendo lugar a reembolsos de consultas.
4. Cada consulta a suportar pela Pessoa Segura implicará um co-pagamento de €25, sendo o pagamento efectuado antes da consulta.
5. A Pessoa Segura será informada dos procedimentos necessários para aceder ao serviço via *website*.

6. Não existe qualquer período de carência.
7. Sem limites de utilização e com garantia de continuidade terapêutica.
8. Este serviço é prestado pela AdvanceCare, qualquer questão pode ser esclarecida através do telefone 210 127 223 (custo de chamada para a rede fixa nacional) em dias úteis entre as 9:00h e às 18:00h.

CONDIÇÃO ESPECIAL 20

CRIOPRESERVAÇÃO

1. Esta cobertura garante o acesso da Pessoa Segura aos serviços de Criopreservação da BebêVida em condições de preço preferenciais.
2. Para este efeito, quando contactados os serviços da BebêVida através do contacto 918 258 113 (custo de chamada para rede móvel nacional), deverá ser indicado o número da apólice em vigor do Real Seguro de Saúde.
3. A BebêVida é um laboratório de Criopreservação de Células Estaminais, com origem no sangue e no tecido do cordão umbilical. O laboratório BebêVida tem sido eleito consecutivamente desde 2010, empresa PME Líder e seis vezes PME Excelência. É também o único banco na União Europeia acreditado pela Foundation for Accreditation Cellular Therapy (FACT) e pela Association for the Advancement of Blood & Biotherapies (AABB), assegurando a garantia máxima de qualidade das amostras e de rigor nos processos.
4. As Células Estaminais, também conhecidas como células “Mãe” ou células “Tronco”, são células com um enorme potencial terapêutico.
5. Das fontes de células estaminais existentes destaca-se o Sangue do Cordão Umbilical, onde podemos encontrar as Células Hematopoiéticas e o Tecido do Cordão Umbilical onde encontramos as Células Mesenquimais.
6. A recolha do sangue e do tecido do cordão umbilical só é possível no momento do parto.
 - a) Vantagens de Criopreservar – **Sangue do Cordão Umbilical**:
 - Amostra 100% compatível com o próprio;
 - Probabilidade de compatibilidade de 25% entre irmãos;
 - Menores complicações pós-transplante;
 - Melhor prognóstico de recuperação nos casos de transplantes entre dadores relacionados;
 - Disponibilidade imediata da amostra;
 - Recolha indolor para a mãe e para o bebé.
 - b) Vantagens de Criopreservar – **Tecido do Cordão Umbilical**:
 - A baixa imunogenicidade destas células permite o transplante sem compatibilidade entre dador e receptor;
 - O tecido do cordão é rico em células mesenquimais;
 - Colheita não invasiva;
 - O recurso a estas células num transplante hematopoiético alogénico (dador ≠ receptor) diminui os riscos e complicações pós-transplante (doença do enxerto contra o hospedeiro).

c) Aplicações Terapêuticas de Células Estaminais do Sangue do Cordão Umbilical:

Contexto Autólogo: Dador e receptor são a mesma pessoa.

Contexto Alogénico: Dador e receptor são pessoas diferentes.

7. Actualmente, mais de 80 doenças podem beneficiar de tratamento com células estaminais do sangue do cordão umbilical, sendo criopreservadas e utilizadas amostras em todo o mundo.

Opções de Serviços	Tabela BébeVida	Tabela Real Vida
Abertura de Processo (adesão ao serviço)	295 €	Oferta
Criopreservação SANGUE	2 195 €	1 325 €
Criopreservação PLUS	2 995 €	1 725 €
Criopreservação READY	3 395 €	2 045 €
Criopreservação PRIME	3 795 €	2 345 €
Plano Proteção Saúde (PPS) com cobertura até 20.000€, 1 ano	30 €	Oferta
Plano Proteção Saúde (PPS) com cobertura até 20.000€, 3 anos	87 €	35 €
Programa Expansão Celular (PEC) com cobertura até 5.000€, 1 ano	50 €	Oferta (1ºano)
Programa Expansão Celular (PEC) com cobertura até 5.000€, 3 anos	146 €	95 €
Ecografia completa ECOmyBaby Essencial	155 €	Oferta
Visita personalizada ao laboratório	-	Oferta