

SEGURO DE SAÚDE – CONDIÇÕES GERAIS E ESPECIAIS

RAMO DOENÇA SEGURO DE SAÚDE

CONDIÇÕES GERAIS

CONSIDERANDO QUE:

Entre a UNLIMITEDCARE, Serviços de Saúde e Assistência S.A., e o Segurador VICTORIA SEGUROS, S.A., com sede na Avenida da Liberdade números 198/200, 1250-147 Lisboa, matriculada na Conservatória do Registo Comercial de Lisboa, com o número de identificação fiscal 506 333 027, de ora em diante designada por Segurador, foi previamente estabelecido um contrato escrito através do qual o Segurador confere à UNLIMITEDCARE, Serviços de Saúde e Assistência S.A. o poder de celebrar, junto do Tomador do Seguro, o presente Contrato de Seguro, bem como o poder de realizar todos os atos inerentes à sua distribuição e administração.

É livremente e de boa-fé celebrado entre a UNLIMITEDCARE, Serviços de Saúde e Assistência S.A., com o número de pessoa coletiva 510 367 615, inscrita na ASF com o n.º 413382027, com sede na Av. Marechal Craveiro Lopes n.º6 - Campo Grande, 1700-284 Lisboa, adiante designada por Agente, e o Tomador do Seguro, melhor identificado nas Condições Particulares, o presente Contrato de Seguro, cujos riscos são garantidos pelo Segurador, que se rege pelas presentes Condições Gerais, Especiais e Particulares da Apólice, de harmonia com o disposto nos termos, condições e declarações constantes da Proposta do Seguro subscrita pelo Tomador do Seguro, que lhe serviu de base e da qual faz parte integrante.

CLÁUSULA 1ª – Definições (por ordem alfabética)

1.1. Para efeitos do presente contrato considera-se:

a. Acidente: Acontecimento fortuito, súbito e anormal, devido a causa exterior e alheia à vontade da Pessoa Segura, que lhe provoque uma lesão corporal. São equiparadas a acidente situações de afogamento, inalações de gases ou vapores e envenenamento;

b. Ata Adicional: Documento que formaliza uma modificação introduzida às condições do *Contrato de Seguro*;

c. Agregado Familiar: Conjunto formado pelo *Tomador do Seguro* ou pela *Pessoa Segura* Titular, e cônjuges ou pessoas que com eles vivam em união de facto, como definida e considerada por lei, pelos filhos menores de 30 anos de um e/ou de outro, por outros menores, adotados ou não;

d. Apólice: Documento que titula o contrato celebrado entre o *Tomador do Seguro* e o *Segurador*, e que inclui a *Proposta de Seguro*, a declaração que autoriza a recolha, tratamento e o acesso a dados pessoais, sensíveis ou não, as *Condições Gerais*, as *Condições Especiais*, as *Condições Particulares* e todas as atas adicionais que lhe sejam aplicáveis;

e. Capitais ou Limites Seguros: Valores máximos da responsabilidade do *Segurador* relativos a despesas médicas garantidas pela *apólice*, por *Pessoa Segura* e por anuidade ou por vida, conforme fixado nas *Condições Especiais* e nas *Condições Particulares* do *Contrato de seguro*;

f. Cartão Saúde Prime: Cartão, pessoal e intransmissível, que identifica a Pessoa Segura perante o Segurador e a Rede de Prestadores, de modo a permitir-lhe o acesso ao sistema de cuidados de saúde;

g. CNVRAM: Sistema de classificação de atos médicos, designada por Código de Nomenclatura e Valores Relativos de Atos Médicos, caracterizado pela associação de

valores relativos (C e K) a cada ato o que permite a sua valorização em número de “K” (fator indicativo da complexidade de cada ato médico) e/ ou “C” (quantificação do custo técnico dos atos médicos);

h. Condições Especiais: Disposições contratuais que se destinam a esclarecer, completar ou especificar disposições das *Condições Gerais* e das *Condições Particulares*;

i. Condições Gerais: Disposições contratuais que definem o enquadramento, os princípios gerais e as obrigações genéricas e comuns relativos ao contrato de seguro, aplicando-se a todos os contratos relativos a um mesmo ramo, modalidade ou operação de seguros;

j. Condições Particulares: Disposições e declarações que identificam cada *Contrato de Seguro* e individualizam as condições para cada *pessoa segura*;

k. Convalescença: Período de tempo que medeia entre uma *doença* e o restabelecimento da saúde, durante o qual a *Pessoa Segura* se encontra impossibilitada de desempenhar o seu trabalho ou atividade habitual;

l. Copagamento: Valor estipulado em concreto para cada despesa de saúde, que fica sempre a cargo da *Pessoa Segura*, nos termos estipulados nas *Condições Particulares*. Podem ser estipulados *Copagamentos* para determinados atos médicos, em concreto, em que seja limitado o valor de financiamento, independentemente do capital garantido e disponível;

m. Comparticipação: A parte das despesas médicas efetuadas pela *Pessoa Segura* que fica a cargo do *Segurador*;

n. Despesas médicas: Despesas efetuadas pela *Pessoa Segura*, para aquisição de *Serviços Clinicamente Necessários*, devidamente prescritos e prestados por médico, durante a vigência do contrato;

o. Doença: Toda a alteração involuntária do estado de saúde, não causada por acidente, que se revele por sinais ou sintomas

manifestos e suscetível de constatação médica objetiva;

p. Doença Manifestada: *Doença* que se tenha revelado com suficiente grau de evidência e/ou tenha sido objeto de um diagnóstico inequívoco;

q. Doença Preexistente: Qualquer *doença* ou lesão, que a *Pessoa Segura* não poderia ignorar ou omitir no momento da data de subscrição do *contrato de seguro*, em virtude de ter sido objeto de investigação clínica, ato médico e/ou tratamento prévio ou em virtude dos sinais ou sintomas já se terem manifestado, já serem conhecidos ou já serem evidentes à data da subscrição. Considera-se como tal, designadamente, mas sem limitar, qualquer *doença* ou lesão que possa ter correlação com qualquer patologia ou sintoma detetado ou tratado em data anterior à subscrição, com qualquer ato médico efetuado em data anterior à subscrição ou decorrente de qualquer acidente ocorrido em data anterior à data da subscrição do presente *contrato de seguro*;

r. Doença Súbita: Toda e qualquer *Doença*, inesperada e aguda, que requeira tratamento de urgência em hospital, quer em regime de internamento, quer em regime ambulatorio;

s. Entidade Gestora: Entidade que organiza, gere e contacta com a rede de prestadores e que, em representação do Segurador procede à gestão das prestações devidas pelo Contrato de Seguro. Articula ainda o pagamento direto das despesas médicas, quer ao prestador convencionado (nomeadamente médicos, hospitais, centros de diagnósticos), quer às Pessoas Seguras por reembolso;

t. Franquia: Parte do risco, expressa em valor, dias ou percentagem que, em caso de *Sinistro* fica a cargo da *Pessoa Segura* e cujo montante se encontra estipulado nas *Condições Especiais* e/ou *Particulares* do *Contrato de Seguro*;

u. Gravidez Preexistente: Gravidez com início anterior à Data de Início do Contrato;

v. Grupo Segurável: Conjunto de pessoas ligadas ao *Tomador do Seguro* por um vínculo de trabalho ou outro que não a efetivação do Seguro (aderentes principais), bem como o seu agregado familiar, desde que satisfaçam as condições de inclusão no Seguro

w. Hospital: O estabelecimento público ou privado, legalmente reconhecido, qualquer que seja a sua designação (nomeadamente as de hospital ou clínica), dotado de uma direção técnica e de uma administração própria, oficialmente reconhecido como destinado e habilitado ao tratamento de doentes, acidentados, grávidas e recém-nascidos e que disponha permanentemente (24 horas por dia) de assistência médica, cirúrgica e de enfermagem. Excluem-se, expressamente, casas de repouso e de convalescença, bem como termas, sanatórios, lares de terceira idade, centros de tratamento de toxicodependentes e alcoólicos e outras instituições similares.

x. Internamento: Permanência medicamente justificada da *Pessoa Segura* num Hospital ou Clínica por um período superior a 24 horas, decorrente ininterruptamente desde a data de admissão do doente até à data de alta, para tratamento médico, cirúrgico ou para diagnóstico, de causa abrangida pela Apólice e que origine, pelo menos, uma diária hospitalar. Não é considerado o recobro, ainda que consequente de ato médico incluído na cobertura, nem são considerados dias de hospitalização cobertos, subsequentes à data da alta médica. Nos casos dos internamentos cirúrgicos apenas serão considerados quando os atos médicos praticados tenham um grau de complexidade, estipulado no CNVRAM, igual ou superior a 50K;

y. Intervenção Cirúrgica: Todo o ato médico classificado como cirurgia no CNVRAM;

z. Médico: Pessoa licenciada por Faculdade de Medicina ou de Medicina Dentária, legalmente autorizado a exercer a profissão

no país, onde o ato médico tiver lugar, e cuja especialidade e inscrição sejam reconhecidas pela Ordem dos Médicos ou pela Associação Portuguesa de Medicina Dentária;

aa. Ortóteses: Aparelho que tem por finalidade ajudar um membro ou órgão a cumprir, no todo ou em parte, a sua função;

bb. Pessoa Segura: A pessoa singular identificada nas *Condições Particulares*, cuja saúde ou integridade física se segura, e que é beneficiária das garantias da *Apólice*;

cc. Período de Carência: Espaço de tempo que medeia entre a Data de Início do Seguro e a data em que as respetivas coberturas podem ser acionadas, não existindo por isso direito a *Prestação Indemnizatória*;

dd. Préautorização: Aprovação ao acesso a serviços clínicos solicitados pelas *pessoas seguras*, dada pelo *Segurador*, através dos seus serviços clínicos ou dos serviços clínicos da *Entidade Gestora*.

ee. Prémio: Contrapartida devida pelo *Tomador do Seguro* ao *Segurador* pelas coberturas acordadas, incluindo os encargos fiscais e parafiscais que lhe correspondam e acrescido de outros custos, nomeadamente de aquisição e de administração do *Contrato de Seguro*;

ff. Prestações Convencionadas: Comparticipações nas despesas médicas efetuadas pela *Pessoa Segura* na *Rede de Prestadores*. Estas comparticipações traduzem-se em pagamentos efetuados diretamente aos Prestadores e fazem-se nos termos do estipulado nestas *Condições Gerais* e/ou nas *Condições Especiais e Particulares do Contrato do Seguro*;

gg. Prestações Indemnizatórias: Comparticipações nas despesas médicas efetuadas pela *Pessoa Segura*. Estas comparticipações traduzem-se em reembolsos efetuados à *pessoa segura*, depois da mesma ter efetuado pagamentos diretamente aos Prestadores e fazem-se nos

termos do estipulado nestas *Condições Gerais e/ou nas Condições Especiais e Particulares do Contrato do Seguro*;

hh. Proposta de Seguro: Documento, a preencher e assinar pelo *Tomador do Seguro* e pelas *Pessoas Seguras*, do qual constam os elementos de informação essenciais para a apreciação do risco proposto e que, se aceite, constituirá base essencial do contrato, conjuntamente com o *Questionário Clínico*, caso este exista. Quando a proposta respeite ao agregado familiar, a aceitação ou recusa da cobertura proposta será decidida individualmente;

ii. Prótese: Aparelho utilizado para substituir total ou parcialmente a função de um órgão ou membro;

jj. Questionário Clínico: Documento anexo à *Proposta de Seguro*, que se destina a recolher as declarações das *personas seguras* sobre o seu estado de saúde e os seus antecedentes clínicos, bem como toda e qualquer informação que possa ser relevante do ponto de vista clínico e da apreciação do risco por parte do *Segurador*. Quando a proposta respeite a um grupo ou um agregado familiar, a aceitação ou recusa da cobertura proposta será decidida individualmente;

kk. Rede de Prestadores: Conjunto de entidades prestadoras de serviços convencionados no âmbito do sistema integrado de cuidados de saúde, abrangendo *personas singulares* profissionais de saúde e *personas coletivas* gestoras de unidades de saúde;

II. Serviços Clinicamente Necessários: Serviços que forem consistentes com o quadro clínico do doente, de acordo com os protocolos e os padrões reconhecidos pela comunidade médica, justificando, assim, a prática de atos médicos no âmbito do seguro, desde que sejam:

a) Necessários para o tratamento de doença ou de lesão resultante de acidente da *Pessoa Segura*;

b) Adequados à situação diagnosticada;

c) Prestados da forma mais eficiente em termos de custo e mais adequada ao tipo de serviço a prestar;

d) De reconhecida validade clínica;

e) Prescritos e realizados por médico ou outros profissionais de saúde;

f) Cujo local de prestação (domicílio da *Pessoa Segura*, consultório médico, clínica de cuidados ambulatoriais, hospital) seja o mais adequado à situação diagnosticada.

mm. Segurador: VICTORIA SEGUROS, SA, a qual subscreve, com o *Tomador*, o presente *Contrato de Seguro*;

nn. Seguro Individual: Seguro efetuado relativamente a *personas singulares* que, podendo incluir no âmbito de cobertura, um agregado familiar, não consubstancia um Seguro de Grupo;

oo. Seguro de Grupo em Regime Contributivo: Seguro de Grupo em que as *Pessoas Seguras* suportam, no todo ou em parte, o pagamento do montante correspondente ao *Prémio* devido pelo *Tomador do Seguro*;

pp. Seguro de Grupo em Regime não Contributivo: *Seguro de Grupo* em que o *Tomador do Seguro* suporta na totalidade o pagamento do *Prémio*;

qq. Sinistro: Evento ou série de eventos suscetível de fazer funcionar as garantias da *Apólice*;

rr. Tomador do Seguro: A *pessoa singular* ou *coletiva* que celebra o *Contrato de Seguro* com o *Segurador* e à qual correspondem as obrigações que dele derivam, designadamente o pagamento do *Prémio*;

ss. Urgência Médica: Condição clínica grave manifestada subitamente ou episódio agudo de doença, sobre a qual qualquer *pessoa*, mesmo que leiga em assuntos médicos, reconheça a necessidade de recurso imediato a cuidados médicos profissionais sob pena de poderem produzir-se os seguintes efeitos:

a) Sério agravamento do estado de saúde;

- b) Comprometimento das funções corporais;
- c) Disfunção orgânica grave;
- d) Danos da saúde do feto, em casos de gravidez;
- e) Feridas abertas em caso de acidente.

CLÁUSULA 2ª – Objeto e Âmbito do Contrato e das Coberturas

2.1 O presente Contrato garante à *Pessoa Segura*, um conjunto de coberturas no âmbito dos cuidados de saúde que pode integrar, conjunta ou isoladamente prestações convencionadas, prestações por reembolso, acesso à rede e serviços de assistência, em consequência de doença manifestada ou acidente ocorrido durante a vigência do contrato, nos termos do disposto nas *Condições Gerais, Especiais e Particulares Aplicáveis*.

2.2 O presente Contrato não garante 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 tal seja contratado, assegurar o reembolso das respetivas taxas moderadoras.

CLÁUSULA 3ª – Âmbito Territorial

3.1 O presente Contrato tem o seu âmbito territorial limitado ao território nacional, entendendo-se como tal o território de Portugal Continental e das Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira.

3.2 Apenas estão abrangidas as despesas de saúde realizadas ou a realizar no

estrangeiro quando se verifique uma das seguintes condições:

- a) Em caso de acidente ou doença súbita, quando a *Pessoa Segura* se encontrar no estrangeiro por um período não superior a 60 dias;
- b) Por recomendação de médico da especialidade e com o acordo prévio do *segurador*.

CLÁUSULA 4ª – Formação do Contrato

4.1 As declarações do *Tomador do Seguro* e da *Pessoa Segura* efetuadas na *Proposta de Seguro* e no *Questionário Clínico*, o qual faz parte integrante da mesma, assim como toda a informação recolhida durante o processo de adesão ao seguro, servem de base ao presente Contrato, sendo incontestáveis após a sua entrada em vigor.

4.2 A validade das coberturas garantidas pressupõe e depende da veracidade e exatidão das declarações prestadas pelo *Tomador do Seguro*, da *Pessoa Segura*, ou seu representante, relativamente a factos ou circunstâncias com relevância clínica dos mesmos conhecidas e que razoavelmente devam ter por significativas para a apreciação do risco pelo Segurador e que possam influir sobre a existência ou condições do contrato.

4.3 As omissões e as declarações inexatas ou incompletas feitas pelo *Tomador do Seguro* ou pela *Pessoa Segura* suscetíveis de influenciar a determinação do risco ou as condições em que o contrato foi celebrado, conferem ao *Segurador* o direito de resolver o contrato, não

havendo, em caso de má-fé, direito à restituição de Prêmios.

4.4 Entende-se por má-fé do *Tomador do Seguro* ou da *Pessoa Segura* a omissão ou a declaração inexata ou incompleta de qualquer ato médico, facto ou circunstância, suscetível de relevância clínica, conhecido ou que não devesse ignorar, a menção a qualquer acidente com repercussões na sua saúde, a recusa de prestação de qualquer informação ou a entrega de qualquer documentação pertinente à avaliação da situação de pré-existência, entre outros.

CLÁUSULA 5ª – Exclusões

5.1 Exclusões Gerais:

Consideram-se excluídas do âmbito de cobertura da presente *Apólice* as despesas resultantes de:

- a) *Doença*, lesão ou gravidez manifestada ou preexistente à data da subscrição do seguro;
- b) *Doença* ou lesão decorrente de acidente ocorrido antes da data de inclusão no seguro;
- c) Cirurgias destinadas à correção de anomalias físicas ou funcionais, doenças ou malformações congénitas manifestadas ou ocorridas antes da data de inclusão da *Pessoa Segura*, exceto quando digam respeito a crianças nascidas durante a vigência do contrato e desde que incluídas à data de nascimento e até 30 dias, exceto quando haja expressa convenção em contrário;
- d) Cirurgia, consultas, exames e tratamentos de carácter estético ou plástico e reconstrutivo, nomeadamente, de entre outros, mamoplastias,

abdominoplastias, rinoplastias. Excetuam-se desta exclusão, situações em consequência de acidente ocorrido na vigência do contrato ou doença maligna, confirmada por exame anátomo-patológico e manifestada durante a vigência desta *apólice*;

e) Qualquer tratamento e/ou intervenção cirúrgica realizada com a intenção de melhorar a aparência pessoal e/ou remover tecido corporal são;

f) Qualquer tratamento e/ou intervenção de correção da obesidade, tratamentos de emagrecimento e afins e suas consequências;

g) Consultas, exames ou tratamentos de regulação de peso e rejuvenescimento;

h) Consultas e exames com nutricionistas;

i) Consultas, elementos auxiliares de diagnóstico, receituário e tratamentos efetuados no âmbito da fertilidade, insuficiência sexual ou qualquer método de fecundação artificial e suas consequências, designadamente os partos múltiplos decorrentes desses tratamentos.

j) Consultas, exames ou tratamentos de disfunção sexual;

k) Alcoolismo e tratamentos relativos à toxicodependência, bem como todas as *doenças* ou lesões adquiridas pela *Pessoa Segura* por ter agido sob influência de álcool, estupefacientes, outras drogas ou produtos tóxicos, ainda que prescritos por receita médica;

l) Hemodiálise;

m) Transplantes de órgãos e suas implicações, salvo convenção expressa em contrário nos termos de cobertura adicional quando especialmente contratada;

n) Quaisquer patologias resultantes, direta ou indiretamente, da ação do vírus da imunodeficiência humana (HIV);

o) Tratamento de varicosidades também vulgarmente conhecidas por “derrames”, nomeadamente através de injeções esclerosantes e laser, assim como o tratamento de varizes por métodos não convencionais, endovasculares (laser, radiofrequência e escleroterapia química).

p) Despesas com medicamentos, tratamentos ou intervenções cirúrgicas com finalidades contracetivas;

q) Interrupção voluntária da gravidez (IVG), assim como todos os *Atos Médicos* com ela relacionados, mesmo que devida a causa que legitime a sua realização no prazo mais alargado previsto por lei;

r) Laqueação de trompas, vasectomia, colocação de DIU, ou outros tratamentos anticoncecionais, bem como, as despesas efetuadas com o objetivo de reverter os efeitos de uma cirurgia de esterilização realizada voluntariamente;

s) *Atos Médicos* praticados em consequência de *doença* ou acidente que tenham sido intencionalmente provocados pela *Pessoa Segura*, incluindo a tentativa de suicídio ou o agravamento do seu estado de saúde, bem como a participação em apostas ou desafios, intervenção em duelos e rixas ou da prática de atos dolosos ou gravemente culposos ou ilícitos;

t) *Doenças* epidémicas oficialmente declaradas ou *doenças* infecto-contagiosas, quando em situação de epidemia ou pandemia declarada pelas autoridades de saúde nacionais ou OMS;

u) Perturbações do foro da saúde mental, (estados de depressão psíquica, neuroses ou psicoses, esquizofrenias e das psicoses

afetivas, quaisquer que sejam as suas manifestações clínicas) ficando todas as outras *doenças* do mesmo foro sujeitas ao limite máximo de:

i. 6 consultas de psiquiatria por anuidade de contrato, sejam individuais ou em grupo;

ii. 15 dias de hospitalização, por anuidade de contrato, desde que o motivo da hospitalização psiquiátrica obedeça a um episódio agudo, com exclusão das hospitalizações por situações crónicas;

v) Excluem-se igualmente quaisquer prestações decorrentes de assistência de psicologia, consultas ou tratamentos de psicanálise, hipnose e terapia do sono;

w) Perturbações resultantes de intoxicação alcoólica, uso de estupefacientes ou narcóticos ainda que prescritos por médico, utilização abusiva de medicamentos;

x) Tratamentos e medicamentos experimentais ou de investigação e/ou integrados em ensaios clínicos;

y) Tratamentos em termas, Spa, sanatórios, casas de repouso, lares para a terceira idade e outros estabelecimentos similares;

z) Consultas e tratamentos de hidroterapia, fototerapia, homeopatia, osteopatia e quiroprática ou medicina natural, entre outras, bem como quaisquer atos médicos ou terapêuticos que não sejam reconhecidos pela Ordem dos Médicos Portuguesa;

aa) Acidentes ocorridos e *doenças* contraídas em virtude de:

i. Prática profissional de desportos e participação, como amador, em

- provas desportivas integradas em campeonatos e respetivos treinos;
- ii. Participação em competições desportivas e respetivos treinos com veículos, providos ou não de motor;
 - iii. Prática de qualquer tipo de desporto;
 - iv. Os acidentes inerentes à utilização de veículos motorizados, de duas ou quatro rodas, quando as despesas deles resultantes devam ser indemnizadas ao abrigo do seguro automóvel;
 - v. Cataclismos da natureza, atos de guerra, declarada ou não, ações de terrorismo, sabotagem, perturbações da ordem pública e utilização de armas químicas e/ou bacteriológicas;
 - vi. Consequência da exposição a radiações, emanações nucleares ou ionizantes, inclusive queimaduras por exposição solar ou por utilização de solários, câmaras solares ou semelhantes e suas consequências;
 - vii. Ingestão de bebidas alcoólicas ou do consumo de estupefacientes;
- bb) Despesas realizadas com médicos que sejam cônjuges, pais, filhos, cunhados ou irmãos *da Pessoa Segura*;
- cc) Serviço de enfermagem particular;
- dd) Novas tecnologias, tecnologias não convencionais (vídeo-endoscópicas, robóticas, endovasculares e de radiologia de intervenção), exceto em estado ou caso de comprovada necessidade ou risco de vida;
- ee) Assistência e tratamento hospitalar por razões de caráter social;
- ff) Acidentes e *doenças* cobertas por seguros obrigatórios, nomeadamente
- acidentes de trabalho e *doenças* profissionais, ao abrigo da lei de acidentes de trabalho;
- gg) Despesas com cintas, ligaduras, perucas (mesmo quando o seu uso for considerado necessário durante um tratamento de quimioterapia), sapatos ortopédicos, salvo no que diz respeito à correção, meias ou collants de descanso, cintas ortopédicas, fraldas, fundas inguinais para hérnias, colchões ortopédicos, aparelhos de ar condicionado, purificadores de ar e outros equipamentos ou artigos similares aos referidos;
- hh) Despesas de natureza particular (telefone, aluguer de TV, etc.) e aquelas não diretamente relacionadas com os atos médicos abrangidos pelo Contrato, assim como despesas com acompanhantes, exceto em caso de hospitalização de crianças de idade inferior a 12 anos;
- ii) Despesas resultantes de ginástica, hidroginástica e outros desportos em piscina ou massagem, ainda que prescritos por médico;
- jj) Consultas, exames ou tratamentos da roncopia e da síndrome de apneia obstrutiva do sono;
- kk) Tratamentos refrativos à miopia, astigmatismo, presbiopia e hipermetropia (cirúrgicos ou a laser), exceto para situações em que o equivalente esférico, por olho, é superior a seis dioptrias;
- ll) Despesas efetuadas com mudança de sexo ou relativas a qualquer tratamento por desordens de género;
- mm) Despesas que sejam abrangidas por protocolos, sistemas ou subsistemas de

saúde ou outras formas de comparticipação a que a *Pessoa Segura* tenha direito ou de que beneficie, exceto na parte remanescente e não comparticipada pelos mesmos;

nn) Despesas com transportes de qualquer tipo, de e para os locais onde são prestados os cuidados médicos;

oo) Tratamentos com a utilização de Fatores de Crescimento em lesões osteoarticulares;

pp) Tratamento de fibromiomas ou miomas uterinos e hiperplasia benigna da próstata por embolização, e de varizes vaginais e varicocelo por escleroterapia;

qq) Tratamentos realizados com recurso a Câmara Hiperbárica, com exceção das situações decorrentes da necessidade de descompressão;

rr) Outros Serviços que não sejam clinicamente necessários;

ss) E ainda como exclusão de todo tipo de Tratamento (Medicina Física de Reabilitação, Fisioterapia, Terapia da Fala e outros):

- i. os tratamentos de fisioterapia e de reabilitação quando atingido a recuperação funcional ou o máximo possível dela;
- ii. quando a prestação se converta numa terapia ocupacional ou de manutenção;
- iii. quando a reabilitação em doenças crónicas do aparelho locomotor após estabilização das sequelas;
- iv. a reabilitação ou manutenção em lesões neurológicas irreversíveis de qualquer origem;
- v. a estimulação precoce.

CLÁUSULA 6ª – Obrigações do Segurador

6.1 Constituem obrigações do *Segurador*, para além daquelas que resultem da lei ou do presente *Contrato de Seguro*:

a) Informar o *Tomador do Seguro*, durante a vigência do presente Contrato, de todas as alterações dos termos contratuais e da execução das obrigações por parte do *Segurador* que possam modificar a sua vontade de manter em vigor.

b) Efetuar os pagamentos devidos nos termos do presente contrato.

CLÁUSULA 7ª – Obrigações do Tomador do Seguro e das Pessoas Seguras

7.1 Constituem obrigações do *Tomador do Seguro* e das *Pessoas Seguras* no âmbito do presente contrato, sem prejuízo das que decorrem da Lei e do presente Contrato:

a) Declarar ao *Segurador*, antes da data de produção de efeitos do presente Contrato ou da sua adesão, todos os factos ou circunstâncias de que tenha conhecimento, ou deva ter, suscetíveis de serem tidos em consideração na apreciação e determinação do risco, designadamente, mas sem limitar, as seguintes:

a. Todas as informações solicitadas na *Proposta de Seguro* e que servem de base à subscrição do presente Contrato e respetivas adesões;

b) Autorizar o *Segurador* a transmitir à *Entidade Gestora* a informação necessária à prossecução dos seus serviços.

7.2 Assegurar ao *Segurador* a prestação de toda a informação clínica que lhe seja solicitada, bem como facultar toda a documentação que possua e seja adequada à averiguação de uma situação preexistente. A recusa infundada da prestação dos esclarecimentos solicitados ou da

entrega da documentação solicitada confere ao *Segurador* o direito de recusar o pagamento de qualquer *Despesa Médica* até ao esclarecimento cabal da situação.

CLÁUSULA 8ª – Condições de Elegibilidade

8.1 Podem beneficiar das garantias conferidas pelo presente contrato as *Pessoas Seguras* que, à data do início do contrato ou da proposta de inclusão na *Apólice*, satisfaçam, cumulativamente, as seguintes condições:

- a) Representem um risco segurável conforme aos parâmetros de avaliação e aos critérios de aceitação fixados pelo *Segurador*, tendo em conta, nomeadamente, a ocupação profissional, eventuais *doenças* preexistentes e/ou quaisquer limites de idade para adesão e/ou para permanência no *Contrato de Seguro*;
- b) Aceitem as regras aplicáveis ao funcionamento das garantias do *Contrato de Seguro* e a utilização, consoante o caso, dos regimes de prestações convencionadas ou de prestações por reembolso ou dos serviços de assistência;
- c) Sejam aceites pelo *Segurador*, ou expressamente, ou nas condições que resultem do regime legal do *Contrato de Seguro*; e
- d) Preenham com verdade, exatidão e sem reservas o *Questionário Clínico*, sempre que as condições de elegibilidade fixadas o exijam.

CLÁUSULA 9ª – Períodos de Carência

9.1 Salvo disposição em contrário prevista nas *Condições Particulares*, as garantias concedidas pelas *Condições Especiais*, estabelecidas nas *Condições Particulares*, entram em vigor:

- a) Após o decurso do prazo de 90 dias, contados da data de admissão da Pessoa

Segura, para as coberturas de Hospitalização e Ambulatório;

- b) Após o decurso do prazo de 180 dias, contados da data de admissão da Pessoa Segura, para as Coberturas Complementares de Estomatologia e Próteses e Ortóteses, assim como, para alguns exames incluídos na cobertura de Ambulatório, nomeadamente Ressonâncias Magnéticas ou PET Scan;

- c) Após o decurso do prazo de 365 dias, contados da data de admissão da Pessoa Segura, para as situações específicas abaixo indicadas:

- Intervenção cirúrgica e tratamento às varizes;
- Intervenção cirúrgica a hérnias;
- Litotricia renal e vesical;
- Hemorroidectomia;
- Intervenções cirúrgicas e tratamentos por patologia coloproctológica benigna;
- Intervenção cirúrgica a úlcera gastroduodenal;
- Histerectomia ou qualquer outra doença do foro ginecológico por patologia benigna;
- Mastectomia por patologia benigna;
- Tireoidectomia por patologia benigna;
- Colectomia;
- Artroscopias, artroplastias, meniscectomias e ligamentoplastias;
- Tratamento de síndrome de túnel cárpico e de Quervain e hallux valgus;
- Uvulopalatoplastia;
- Remoção cirúrgica ou tratamentos de lesões benignas da pele e partes moles, tais e como nevus, sinais, quistos, lipomas, verrugas e doença pilonidal;
- Cirurgias às cataratas, vitrectomias e cirurgias refrativas;

- _ Todas as patologias benignas do foro da otorrinolaringologia;
- _ Prostatectomia por patologia benigna e demais cirurgias ao aparelho genito-urinário por patologia benigna;
- _ Todas as despesas relacionadas com gravidez, parto, cesariana ou interrupção involuntária da gravidez, sejam ambulatoriais ou com recurso a hospitalização.

9.2 Não haverá lugar a *Período de Carência* em caso de *acidente* que requeira tratamento de urgência em hospital, quer em regime de internamento, quer em regime de ambulatório.

CLÁUSULA 10ª – Termo das Coberturas

10.1 Salvo convenção em contrário, as coberturas concedidas por efeito da celebração do presente *contrato de seguro* cessam, relativamente a cada *Pessoa Segura*:

- a) Na data da resolução ou denúncia do contrato;
- b) Na data de renovação do contrato imediatamente a seguir à data em que a *Pessoa Segura* atinge o limite de idade estabelecido nas *Condições Especiais ou Particulares* do presente *Contrato*;
- c) No momento da perda pela *Pessoa Segura* de alguma das condições de elegibilidade;
- d) No termo da anuidade em que a *Pessoa Segura* perca a qualidade de aderente ou membro do grupo pelo qual aderiu a este *Contrato de Seguro*;
- e) Falta de pagamento do prémio, nos termos legais aplicáveis;
- f) Em caso de não renovação do contrato ou de não renovação da adesão.

10.2 A cessação das coberturas concedidas por efeito da celebração do presente contrato relativamente ao *Tomador do Seguro*, determina a cessação imediata e automática das coberturas para o respetivo agregado familiar.

10.3 O *Segurador* garante, em caso de cessação da cobertura, as despesas efetuadas, até 60 dias após o termo do contrato, com a Hospitalização, desde que o seu início tenha ocorrido no decurso do contrato.

CLÁUSULA 11ª – Prémios

11.1 O *Prémio* do Seguro é devido até à data da celebração do presente contrato, sendo que as coberturas concedidas por efeito da sua celebração apenas se verificam a partir do respetivo pagamento.

11.2 Os *Prémios* seguintes são devidos até à data de renovação da *Apólice*, devendo, para o efeito, o *Segurador* comunicar ao *Tomador do Seguro*, com uma antecedência mínima de 30 dias sobre a data de renovação, qual o valor a pagar, a forma e o lugar de pagamento. Essa comunicação será efetuada através do envio de Avisos de Pagamento.

11.3 A falta de pagamento do *Prémio* no momento da celebração do contrato, implica a anulação automática e imediata do contrato. A falta de pagamento do *Prémio* na data de renovação do contrato impede a sua renovação. Tanto num caso como noutro, a cobertura do risco cessa na data em que o pagamento era devido.

11.4 O *Prémio* do Seguro é devido por inteiro, sem prejuízo de entre o *Segurador* e o *Tomador do Seguro* poder ser acordado o pagamento fracionado.

11.5 O *Prémio* correspondente à adesão de outras *Pessoas Seguras*, para além do *Tomador do Seguro*, tornar-se-á automaticamente exigível a partir da data de aceitação pelo *Segurador*.

11.6 Salvo convenção expressa em contrário nas *Condições Particulares*, no *Contrato de Seguro de Grupo* em Regime Contributivo, considera-se devida para cada anuidade a totalidade do *Prémio* calculado para a globalidade do Grupo Segurável, pelo que não será aceite a redução do mesmo por exclusão de *Pessoas Seguras*. O *Tomador do Seguro* ou a *Pessoa Segura*, quando seja o caso, deverão indicar, na *Proposta de Seguro* que subscrevam, o IBAN relativo à conta bancária que pretendam que seja creditada pelo valor das prestações de reembolso ou outras que derivem do acionamento das coberturas do contrato ou da execução continuada do mesmo, reconhecendo a faculdade de compensação por parte do *Segurador*.

11.7 O *Tomador do Seguro* ou a *Pessoa Segura*, quando seja o caso, deverão, igualmente, indicar, na *Proposta de Seguro* que subscrevam, o IBAN relativo à conta bancária que pretendam que seja debitada com o valor do *Prémio* ou das frações do mesmo, sem prejuízo de acordar com o *Segurador* outra forma de pagamento.

11.8 O *Segurador* reserva o direito de ajustar o *Prémio* de Seguro em cada renovação, bem como no decurso da vigência do contrato, através da aplicação de um sobre prémio, no caso de modificação do risco em que fundou a decisão de contratar.

CLÁUSULA 12ª – Início e Duração do Contrato

12.1 Salvo disposição em contrário constante das *Condições Particulares*, o presente Contrato considera-se celebrado pelo prazo de um ano, renovando-se automaticamente na Data de Início da *Apólice*, por períodos sucessivos de um ano.

12.2 O presente Contrato inicia a sua produção de efeito na data de admissão da *Pessoa Segura*, considerando-se, como tal, as zero horas do dia imediatamente a seguir àquele em que é aceite a respetiva *Proposta de Seguro*.

12.3 A data de admissão da *Pessoa Segura* deverá constar expressamente das *Condições Particulares*.

12.4 O presente Contrato produzirá efeitos até à sua cessação, a qual poderá ocorrer por denúncia, resolução, caducidade ou revogação nos termos da Cláusula seguinte.

CLÁUSULA 13ª – Denúncia e Caducidade do Contrato

13.1 A denúncia do contrato equivale à sua não renovação.

13.2 Verificada a denúncia do contrato por iniciativa do *Segurador*, a sua responsabilidade cessa na data de vencimento do contrato, sem prejuízo, todavia, de este ficar obrigado a efetuar as prestações contratualmente devidas em consequência de *doenças*

manifestadas durante o período de vigência da *Apólice*, de acidentes ou outros factos geradores de indemnização ocorridos no mesmo período, até que se mostre esgotado o capital seguro disponível na anuidade em que o contrato cessar a sua vigência.

13.3 A obrigação prevista no número anterior, sem prejuízo das regras sobre participação de sinistros previstas na *Apólice*, apenas se verifica em relação a *doenças* ou acidentes participados ao *Segurador* até 8 dias após o termo de vigência do contrato, salvo motivo de força maior.

13.4 Em caso de dúvida caberá ao *Tomador do Seguro* e/ou à *Pessoa Segura* a prova dos fatos previstos nos números anteriores.

13.5 A obrigação do *Segurador* a que se reporta o nº 2 da presente cláusula cessa, em qualquer caso, decorrido que esteja um ano sobre a data do termo de vigência do contrato ou da participação, consoante o que for posterior.

13.6 A Denúncia do Contrato, seja pelo *Segurador*, seja pelo *Tomador do Seguro*, deverá ser comunicada por uma parte à outra parte, através de carta registada ou de qualquer outro meio do qual fique registo escrito, com uma antecedência mínima de 30 dias relativamente à data de vencimento do contrato.

CLÁUSULA 14ª – Resolução do Contrato

14.1 O *Tomador do Seguro* pode, por justa causa, a todo o tempo, resolver o presente

contrato, desde que comunique tal resolução ao *Segurador*, por intermédio de correio registado ou de qualquer outro meio do qual fique registo escrito, com a antecedência mínima de 30 dias em relação à data a partir da qual pretende que a resolução produza os seus efeitos.

14.2 O *Segurador* apenas poderá resolver o contrato quando se verifique uma das seguintes situações:

- a) No caso de modificação do risco;
- b) No caso de má-fé, considerando-se, como tal, a omissão ou a declaração inexata ou incompleta de qualquer ato médico, facto ou circunstância, suscetível de relevância clínica, conhecido ou que a *Pessoa Segura* não devesse ignorar, a menção a qualquer acidente com repercussões na sua saúde, a recusa de prestação de qualquer informação ou a entrega de qualquer documentação pertinente à avaliação da situação de pré-existência, entre outros;
- c) No caso de fraude, considerando-se como tal a obtenção ou a tentativa de obtenção de um benefício ilegítimo por parte do *Tomador do Seguro* ou das *Pessoas Seguras* à custa do *Segurador*.

14.3 O prémio a devolver em caso de resolução do contrato será sempre calculado tendo em consideração o período de tempo ainda não decorrido até à data de vencimento, o custo de emissão da *Apólice*, bem como o capital seguro ainda disponível.

14.4 A resolução do contrato produz, regra geral, os seus efeitos às 24 horas do 30.º dia a contar da receção da respetiva

comunicação, exceto se o motivo da resolução do contrato for má-fé ou fraude, caso em que a resolução produzirá efeitos na data da receção da comunicação por parte do *Tomador do Seguro*.

CLÁUSULA 15ª – Direito de Renúncia

15.1 Se o contrato for celebrado pelo prazo de um ano renovável por igual período, o *Tomador do Seguro*, sendo pessoa singular, dispõe do prazo de 30 dias, contados da receção da *Apólice*, para comunicar ao *Segurador* a renúncia aos efeitos do contrato.

15.2 Sob pena de ineficácia, a comunicação da renúncia referida no número anterior deve ser efetuada por carta registada ou por qualquer outro meio do qual fique registo escrito.

15.3 O exercício deste direito determina a resolução do contrato, extinguindo todas as obrigações dele decorrentes, com efeitos a partir da celebração do mesmo, havendo lugar à devolução de prémio que tenha sido já pago.

15.4 O *Segurador* tem direito ao prémio relativo ao período de tempo já decorrido, ao custo de emissão da *Apólice* e às despesas que comprovadamente tiver efetuado com exames médicos, salvo se o exercício do direito de renúncia tiver por base a violação pelo *Segurador* do dever de informação previsto na lei.

15.5 O exercício do direito de renúncia não dá lugar a qualquer indemnização.

CLÁUSULA 16ª – Sub-rogação

16.1 Quando as prestações relativas a cuidados de saúde, asseguradas ou suportadas pelo *Segurador*, resultem de situação da responsabilidade de um terceiro, aquela ficará sub-rogada, naquela exata medida, nos eventuais direitos das *Pessoas Seguras* contra este.

16.2 O *Tomador do Seguro* ou as *Pessoas Seguras* responderão, até ao limite da indemnização suportada pelo *Segurador*, por ato ou omissão que prejudique o *Segurador* quanto ao exercício do seu direito de regresso contra o terceiro responsável.

16.3 No caso de a sub-rogação ser apenas parcial, as *Pessoas Seguras* e o *Segurador* concorrerão no exercício dos respetivos direitos de regresso contra o terceiro responsável.

16.4 Nos termos que resultem expressamente da lei, não existirá direito de regresso do *Segurador* nem contra as próprias *Pessoas Seguras*, se estas deverem responder legalmente pelo terceiro responsável, nem contra o cônjuge, companheiro em união de facto, ascendente ou descendente das *Pessoas Seguras* que com elas vivam em economia comum, a menos que esteja em causa a sua responsabilidade por atos dolosos.

CLÁUSULA 17ª – Alterações Contratuais

17.1 Durante a vigência do contrato o *Tomador do Seguro* pode pedir a inclusão de pessoas que façam parte do seu agregado

familiar, *aplicando-se as regras de subscrição e aceitação clínica*. São aplicados os períodos de carência previstos *nas Condições Gerais do seguro*.

17.2 A inclusão de recém-nascidos é aceite sem aplicação de períodos de carência, de doenças preexistentes, sem exclusão de doenças e malformações congénitas e sem necessidade de preenchimento do questionário clínico, desde que, um dos pais figure como Pessoa Segura há pelo menos uma anuidade e desde que a adesão seja comunicada nos 30 (trinta) dias seguintes ao nascimento. Uma vez aceite a inclusão do recém-nascido, o prémio será devido desde a data do seu nascimento. Para efeitos desta inclusão, os dados do recém-nascidos devem ser preenchidos numa proposta de adesão. Poderá ser enviada cópia da certidão de nascimento, mas deverá ser apresentado o respetivo NIF do recém-nascido.

17.3 Durante a vigência do contrato o *Tomador do Seguro* pode pedir, por escrito, a exclusão como *Pessoa Segura* do agregado familiar. A exclusão só produzirá efeito na data de renovação do contrato, salvo em caso de divórcio ou de falecimento da *Pessoa Segura*. Nestes casos específicos, o *Segurador* estornará o prémio *pro rata temporis* relativo ao período já pago e ainda não decorrido e não cobrará os prémios vincendos.

17.4 O *Segurador* comunicará ao *Tomador do Seguro* ou ao aderente as novas condições do contrato através da emissão de uma *ata adicional*.

CLÁUSULA 18ª – Arbitragem

18.1 As divergências relativas à interpretação e aplicação do presente Contrato poderão ser resolvidas por meio de recurso à Arbitragem.

18.2 Optando as partes pelo recurso à Arbitragem, se o desacordo disser respeito ao direito às prestações do *Segurador*, com fundamento em opinião médica, proceder-se-á da seguinte forma: cada parte designará um médico que a representará, cabendo aos médicos designados acordarem na nomeação de um terceiro médico que presidirá e ao qual caberá voto de qualidade em caso de empate.

18.3 Em caso de divergência na escolha do terceiro médico, essa escolha caberá à Ordem dos Médicos a quem será pedida a designação ou requerida judicialmente por qualquer das partes.

18.4 Os custos associados ao processo de Arbitragem serão suportados por cada parte em relação ao seu árbitro designado e em metade relativamente ao árbitro presidente.

CLÁUSULA 19ª – Competência para dirimir litígios de consumo

19.1 Em caso de litígio de consumo, melhor definido nos termos do disposto na Lei n.º 144/2015, de 8 de Setembro, o consumidor poderá dirimir o mesmo mediante o recurso a uma entidade de resolução alternativa de litígios de consumo competente (RAL).

19.2 Em sede do setor do *Segurador*, constitui centro de litígios de consumo de competência especializada o CIMPAS (Centro de Informação, Mediação, Provedoria e Arbitragem de Seguros), cuja informação mais detalhada poderá ser consultada em www.cimpas.pt.

19.3 Para conhecer a lista atualizada de entidades RAL prevista pela Lei n.º 144/2015, bem como a entidade RAL competente, os tipos de litígios abrangidos ou outras informações, deverá consultar o portal da

Direção Geral do Consumidor, que é a autoridade nacional competente para organizar a inscrição e a divulgação da lista de entidades RAL, em www.consumidor.pt ou em www.arbitragemdeconsumo.org.

CLÁUSULA 20^a – Proteção de Dados e Confidencialidade

20.1 Os dados pessoais do Tomador do Seguro, de qualquer Pessoa Segura ou outro titular de dados pessoais são considerados como informação restrita, assim como qualquer informação pessoal transmitida ao *Segurador*, ou a que a mesma tenha, por qualquer meio, acesso por via do presente contrato, considerando-se como informação pessoal a definida na Lei n.º 67/98, de 26 de Outubro e no Regulamento Geral de Proteção de Dados – RGPD (Regulamento UE 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho de 27 de abril de 2016 relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados) ou em qualquer outra legislação ou regulamentação respeitante à proteção de dados pessoais ou à atividade seguradora sucessivamente aplicável.

20.2 O *Segurador* compromete-se a respeitar e cumprir integralmente o estabelecido na legislação de proteção de dados pessoais aplicável, nomeadamente a:

- a. Tratar os dados pessoais de forma lícita e com respeito pelos direitos dos titulares dos dados, utilizando-os exclusivamente para as finalidades a que se reporta o presente contrato, não podendo ser posteriormente tratados de forma incompatível com tais finalidades;
- b. Implementar as medidas técnicas e organizativas para proteger os dados contra destruição accidental ou ilícita, perda accidental, alterações, difusão ou

acesso não autorizados, bem como contra qualquer outra forma de tratamento ilícito dos dados pessoais;

- c. Manter os dados pessoais como estritamente confidenciais e efetuar o tratamento dos dados pessoais em consonância com a legislação aplicável por parte dos respetivos trabalhadores, colaboradores, agentes, auxiliares ou subcontratados.

20.3 O *Segurador* compromete-se a guardar e manter total sigilo sobre qualquer informação de âmbito confidencial, independentemente do respetivo suporte, (nomeadamente referente a documentos, factos ou pessoas a que aceda por via do presente contrato) e a assegurar a confidencialidade dessa informação.

20.4 O dever de sigilo previsto compreende, assim, quer o dever legal de sigilo previsto especificamente na lei para a atividade seguradora, quer também, um dever contratual de sigilo que, no entanto, não deverá prejudicar, de nenhuma forma, os deveres legais de informação ou outros a que o *Segurador* se encontra legalmente adstrito.

20.5 A conciliação entre os deveres legais de sigilo e os deveres legais de informação far-se-á segundo o que estiver disposto na lei ou resulte dos princípios gerais de direito aplicáveis.

20.6 O dever contratual de sigilo cederá, nomeadamente, perante os deveres prescritos pelo regime legal da atividade seguradora ou por quaisquer outras normas legais ou regulamentares aplicáveis, perante o dever de cooperação com as autoridades de regulação competentes, quer ainda perante os deveres legais de relato ou de denúncia obrigatória de operações ilegais que lhe sejam propostas.

20.7 Dentro dos limites legais aplicáveis, as obrigações que constam da presente cláusula não se extinguem com a cessação, por qualquer causa, do presente contrato.

CLÁUSULA 21ª – Comunicações

Todas as informações e comunicações que ocorram no âmbito do presente contrato, devem ser efetuadas para os contactos indicados pelas PARTES nas presentes Condições Gerais e na Proposta, por via de correio eletrónico ou através de carta; considerando-se realizadas na data da sua Receção pelo destinatário.

CLÁUSULA 22ª – Lei Aplicável e Foro Competente

22.1 O presente contrato está sujeito à lei portuguesa e às suas disposições imperativas que se devam considerar sucessivamente em vigor.

22.2 Os casos duvidosos ou omissos serão resolvidos de acordo com as regras aplicáveis à interpretação e integração dos negócios jurídicos.

22.3 A indicação de epígrafes para as diferentes cláusulas do contrato não deve limitar a interpretação literal, sistemática e teleológica das respetivas disposições.

22.4 As expressões usadas no presente contrato que correspondam a definições legais constantes da legislação aplicável à atividade seguradora e ao *Contrato de Seguro*, valerão com o sentido previsto na lei.

22.5 O Tribunal competente para a propositura das ações judiciais destinadas a exigir o cumprimento de obrigações

decorrentes do presente contrato, bem como as indemnizações por não cumprimento ou cumprimento defeituoso do contrato, ou a exigir a resolução por incumprimento contratual é o Tribunal do Domicílio do Réu, neste caso, o Tribunal do lugar do domicílio do *Tomador do Seguro* e/ou *Pessoa Segura*.

22.6 Se o Tomador do Seguro for uma pessoa coletiva e a ação houver de ser instaurada contra esta, então a ação pode ser proposta, à escolha do Credor, neste caso do *Segurador*, no Tribunal do domicílio da Sede do *Segurador* ou no Tribunal do domicílio da sede do *Tomador do Seguro*.

CLÁUSULA 23ª – Responsabilização por práticas médicas

23.1 É da inteira responsabilidade da *Pessoa Segura* a escolha dos profissionais médicos, auxiliares, técnicos, hospitais e/ou outros estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde.

23.2 O *Segurador* não se responsabiliza pelos atos médicos prestados ou pela qualidade dos tratamentos efetuados por qualquer instituição ou indivíduo nem pelas suas consequências.

23.3 De igual forma, não será imputável ao *Segurador* qualquer responsabilidade relativa a atos de negligência médica.

CLÁUSULA 24ª – Obrigações do Tomador do Seguro em caso de Modificação do Risco

24.1 O *Tomador do Seguro* e a *Pessoa Segura* obrigam-se a informar o *Segurador* das modificações ocorridas no risco seguro, relacionadas com alterações de tomador do

seguro, morada, NIB, inclusão e exclusão de *peessoas seguras*.

24.2 O *Segurador* poderá ou não aceitar a modificação produzida no risco e alterar o *Prémio* estipulado em consequência dessa modificação, fazendo constar a alteração, se a aceitar, de *Ata Adicional*.

24.3 Na falta da informação referida ou ainda se o *Segurador* não aceitar a modificação ou se o *Tomador do Seguro* não aceitar o agravamento do prémio proposto, o Contrato ficará resolvido, devendo o *Tomador do Seguro* ser disso avisado com a antecedência de 30 dias e ficando com direito à devolução do Prémio relativo ao período de tempo não decorrido.

24.4 No caso da alteração do risco não ser comunicada ao Segurador ou de haver reticências, dissimulações ou omissões na declaração, e dessa alteração resultar um agravamento do risco, o *Segurador* não se responsabiliza pelos *Sinistros* que ocorram, salvo se a *Pessoa Segura* provar a ausência de relação causal entre o agravamento do risco e o *Sinistro*.

CLÁUSULA 25ª – Procedimentos em caso de Sinistro

25.1 Obrigações do *Segurador* em caso de *Sinistro*.

O *Segurador*, por si ou por intermédio da *Entidade Gestora*, obriga-se a:

- Proceder com diligência e prontidão a todas as averiguações indispensáveis para a correta regularização dos sinistros;
- No caso de prestações por reembolso, pagar o montante devido no prazo máximo

de 8 dias úteis após a receção do pedido de comparticipação e de todos os documentos necessários para a regularização dos sinistros, conforme referido no presente contrato, na parte relativa às obrigações do *Tomador do Seguro* e/ou *Pessoa Segura*.

25.2 Obrigações do *Tomador do Seguro* e das *Pessoas Seguras* em caso de *sinistro*.

No que diz respeito às prestações convencionadas, as *peessoas seguras* devem:

- Selecionar um prestador da Rede de Prestadores. A listagem dos prestadores convencionados está disponível no “Diretório Clínico”, ao qual poderá aceder em www.saudeprime.pt;
- Apresentar o seu cartão de saúde ao prestador da Rede de Prestadores;
- Pagar ao prestador a parte da despesa que eventualmente fique a seu cargo, de acordo com o estipulado nas *Condições Especiais e/ou Particulares*.

No que diz respeito às prestações indemnizatórias, as *peessoas seguras* devem:

- Apresentar sempre o impresso de pedido de reembolso devidamente preenchido e assinado pelo prestador;
- Apresentar prescrição médica para os exames complementares de diagnóstico e tratamentos realizados, bem como para as ortóteses e próteses adquiridas;
- Apresentar os recibos das despesas realizadas, que terão de indicar o nome do doente a que respeitam, discriminar os serviços prestados e 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 efeitos 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;

e) Apresentar os recibos das despesas médicas no prazo máximo de 60 dias a contar da data de realização da despesa. No que diz respeito à informação clínica, as *peessoas seguras* devem, independentemente do tipo de prestação que esteja em causa:

a) Informar com verdade o *Segurador*, por intermédio da Entidade Gestora, sobre as circunstâncias e consequências da *doença* ou *acidente*;

b) Cumprir as prescrições do médico a que tenham recorrido;

c) Sujeitar-se a exames, por médicos designados pelo *Segurador*, por intermédio da Entidade Gestora, caso esta o considere necessário;

d) Autorizar o *Segurador* a proceder à recolha de outros dados, confirmativos ou complementares daqueles, necessários à gestão do contrato, inclusive sobre o seu estado de saúde, junto de organismos públicos, hospitais, médicos ou outras entidades, bem como a utilizar os dados recolhidos no âmbito de qualquer processo judicial que tenha por objeto o presente *Contrato de Seguro*;

e) Autorizar os médicos e hospitais a que tenham recorrido a facultar ao *Segurador*, através dos seus serviços clínicos ou dos serviços clínicos da Entidade Gestora, os

relatórios clínicos e quaisquer outros elementos que estes tenham por convenientes para documentar o processo;

f) Em caso de acidente, comunicar, no prazo máximo de 15 dias, a sua ocorrência, indicando a sua descrição (data, local, hora, causas e consequências), o hospital a que recorreram, as testemunhas, as autoridades que dele tomaram conhecimento e a identificação do eventual responsável.

No que diz respeito às pré-autorizações, as pessoas seguras devem assegurar que,

a) Em caso de hospitalização, prescrição de tratamentos de fisioterapia, terapia da fala, entre outras despesas (conforme especificado nas respetivas Condições Especiais), seja solicitada pré-autorização ao *Segurador*, por intermédio dos serviços clínicos da Entidade Gestora;

b) Em caso de prestações por reembolso, a ausência de pré-autorização pode implicar a redução parcial ou total da comparticipação do Segurador;

c) Se por uma situação de urgência não for possível solicitar a pré-autorização, devem ser contactados os serviços clínicos da Entidade Gestora no prazo de 48 horas ou no mais curto período de tempo possível;

d) O Segurador, por si ou por intermédio da Entidade Gestora, deverá informar as pessoas seguras sempre que futuramente outros serviços clínicos necessitem de pré-autorização.

25.3 O Tomador do Seguro e/ou as pessoas seguras responderão por perdas

e danos caso não sejam seguidos os procedimentos previstos nesta cláusula.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

Condição Hospitalar	Especial	Assistência
---------------------	----------	-------------

Artigo 1 – Âmbito da Garantia

Ao abrigo da presente condição especial fica garantido, até ao valor e nos termos estabelecidos nas *Condições Particulares*, o pagamento das despesas efetuadas pela *Pessoa Segura* em regime de prestações convencionadas ou indemnizatórias em consequência de:

- Hospitalização numa unidade hospitalar de duração superior a 24 horas;
- Cirurgia realizada em regime ambulatorio;
- Quimioterapia realizada em regime ambulatorio.

Apenas fica garantido o pagamento das despesas relacionadas com serviços ou atos clínicos que sejam considerados necessários face ao quadro clínico da pessoa segura ou de acordo com os protocolos e padrões reconhecidos pela comunidade médica.

Fica garantido o pagamento das despesas relacionadas com:

- a) Honorários médicos, nomeadamente os do médico cirurgião, anestesista, ajudantes e instrumentistas;
- b) Instalações necessárias à realização dos atos em ambiente hospitalar (Bloco Operatório, Sala de Recobro, Quarto, Cuidados Intensivos);

c) Honorários de enfermagem relacionados com os atos realizados em ambiente hospitalar;

d) Meios complementares de diagnóstico e terapêutica associados aos atos realizados em ambiente hospitalar;

e) Medicamentos administrados durante o internamento

f) Transporte terrestre de ambulância de ou para o hospital, desde que o estado de saúde da Pessoa Segura o justifique;

g) Tratamentos de Quimioterapia;

h) Próteses implantadas cirurgicamente;

i) Outros atos ou procedimentos contidos nos termos convencionados de Preços Fechados quando aplicados.

Artigo 2 – Exclusões

Sem prejuízo das exclusões previstas nas condições gerais, aplicáveis a esta cobertura, não fica garantido ao abrigo da presente condição especial o pagamento das despesas de internamento relacionadas com tratamentos de estomatologia e cirurgia maxilo-facial salvo se estes forem consequência de doença maligna manifestada durante a vigência da Apólice ou de Acidente que tenha exigido recurso a uma urgência hospitalar e que tenha ocorrido durante a vigência da Apólice.

Artigo 3 – Pré-Autorizações

As despesas médicas incluídas no âmbito desta garantia necessitam de pré-autorização.

Condição Especial Assistência Ambulatória

Artigo 1 – Âmbito da garantia

Ao abrigo da presente condição especial fica garantido, até ao valor e nos termos estabelecidos nas condições particulares, o pagamento das despesas efetuadas pela Pessoa Segura em regime de prestações convencionadas ou indemnizatórias com cuidados médicos ambulatoriais.

Apenas fica garantido o pagamento das despesas relacionadas com serviços ou atos clínicos que sejam considerados necessários face ao quadro clínico da pessoa segura ou de acordo com os protocolos e padrões reconhecidos pela comunidade médica.

Fica nomeadamente garantido o pagamento das despesas relacionadas com:

- a) Consultas médicas;
- b) Honorários Médicos relacionados com os atos realizados em ambiente não hospitalar;
- c) Meios complementares de diagnóstico e terapêutica realizados em ambiente não hospitalar;
- d) Medicamentos quando relacionados com atos específicos e administrados durante a execução destes;
- e) Materiais, equipamentos e produtos quando associados a atos específicos e utilizados durante a execução destes;
- f) Honorários de enfermagem relacionados com os atos realizados em ambiente não hospitalar.
- g) Medicina Física e de Reabilitação (Fisioterapia, Terapia da fala e outros), em

caso de situação pós-cirúrgica, substituição de válvulas e situações traumáticas de origem maxilo-facial e crânio-encefálica até ao sublimite contratado para a cobertura de Medicina Física e Reabilitação.

Artigo 2 – Exclusões

Sem prejuízo das exclusões previstas nas condições gerais aplicáveis a esta cobertura, não fica garantido ao abrigo da presente condição especial o pagamento das seguintes despesas com cuidados médicos:

- a) Consultas, tratamentos e cirurgias do foro estomatológico;
- b) Despesas relacionadas com a aquisição e/ou colocação de Próteses ou Ortóteses;
- c) Despesas resultantes de enfermagem ao domicílio;
- d) Despesas de ortótica.
- e) Terapia da Fala como tratamento no desenvolvimento de atividades no âmbito da prevenção, avaliação e tratamento das perturbações de aquisição e desenvolvimento da comunicação e linguagem.

Artigo 3 – Pré-Autorizações

As despesas médicas incluídas no âmbito desta garantia que necessitam de pré-autorização são:

- a) Exames Auxiliares de Diagnóstico e terapêutica em Genética Médica;
- b) Exames Auxiliares de Diagnóstico e terapêutica em medicina Nuclear;
- c) Exames Complementares de Diagnóstico e Terapêutica:
 - i. Medicina Física e de Reabilitação;

- ii. Meios Invasivos de Diagnóstico e Terapêutica em Cardiologia;
- iii. Meios Invasivos de Diagnóstico e Terapêutica Vascular;
- iv. Polissonografia (os que necessitem de Internamento);
- v. Radioterapia;
- vi. Ressonância Magnética Nuclear;
- vii. Terapia da Fala.

Condição Especial Parto

Artigo 1 – Âmbito da garantia

Ao abrigo da presente condição especial fica garantido, até ao valor e nos termos estabelecidos nas condições particulares, o pagamento das despesas em consequência de internamento numa unidade hospitalar, por motivos de Parto normal, Cesariana ou Interrupção Involuntária de gravidez, efetuadas pela Pessoa Segura, em regime de prestações convencionadas ou indemnizatórias.

Apenas fica garantido o pagamento das despesas relacionadas com serviços ou atos clínicos que sejam considerados necessários face ao quadro clínico da pessoa segura ou de acordo com os protocolos e padrões reconhecidos pela comunidade médica.

Fica garantido o pagamento das despesas relacionadas com:

- a) Honorários médicos, nomeadamente os relativos ao médico obstetra, pediatra, bem como do anestesista, ajudantes e instrumentistas quando tal se justifique;

- b) Meios complementares de diagnóstico realizados durante o período de Hospitalização;
- c) Medicamentos administrados durante o internamento;
- d) Materiais, produtos e equipamentos quando associados aos atos realizados durante o período de Hospitalização;
- e) Instalações necessárias à realização dos atos (bloco operatório, sala de recobro, sala de parto, quarto, etc.) e material usado (gases de anestesia, oxigénio, etc.);
- f) Diária do recém-nascido, enquanto durar o internamento da parturiente ao abrigo desta Condição Especial;
- g) Transporte terrestre de ambulância para ou do Hospital.

Artigo 2 – Pré-Autorizações

As despesas médicas incluídas no âmbito desta garantia necessitam de pré-autorização.

Condição Especial Estomatologia

Artigo 1 – Âmbito da garantia

Ao abrigo da presente condição especial fica garantido, até ao valor e nos termos estabelecidos nas condições particulares, o pagamento das despesas efetuadas pela Pessoa Segura em regime de prestações convencionadas ou indemnizatórias, com consultas ou tratamentos do foro estomatológico.

Apenas fica garantido o pagamento das despesas relacionadas com serviços ou atos clínicos que sejam considerados

necessários face ao quadro clínico da pessoa segura ou de acordo com os protocolos e padrões reconhecidos pela comunidade médica.

Fica nomeadamente garantido o pagamento das despesas relacionadas com:

- a) Honorários médicos de consultas;
- b) Tratamentos e outros atos clínicos desde que prescritos por estomatologista;
- c) Exames auxiliares de diagnóstico desde que prescritos por estomatologista;
- d) Destartarização;
- e) Próteses estomatológicas;
- f) Ortóteses estomatológicas.

Artigo 2 – Exclusões

Sem prejuízo das exclusões previstas nas condições gerais aplicáveis a esta cobertura, não fica garantido ao abrigo da presente condição especial o pagamento de:

- a) Despesas de internamento do foro estomatológico por outro motivo que não acidente;
- b) Tratamentos efetuados com metais preciosos;
- c) Ortodontia.

Condição Especial Próteses e Ortóteses

Artigo 1 – Âmbito da garantia

Ao abrigo da presente condição especial fica garantido, até ao valor e nos termos estabelecidos nas condições particulares, o reembolso das despesas efetuadas pela

Pessoa Segura em regime de prestações indemnizatórias, com o aluguer ou a aquisição, de Próteses e Ortóteses, desde que prescritas por um médico.

As despesas incluídas nesta garantia são:

- a) Aros até ao limite estipulado nas Condições Particulares, participados de duas em duas anuidades;
- b) Lentes graduadas participadas de duas em duas anuidades;
- c) Lentes de contacto graduadas participadas de duas em duas anuidades;
- d) Próteses auditivas, oftalmológicas e ortopédicas;
- e) Cadeiras de rodas, camas articuladas, canadianas e outros equipamentos auxiliares.

Artigo 2 – Exclusões

Sem prejuízo das exclusões previstas nas condições gerais aplicáveis a esta cobertura, não fica garantido ao abrigo da presente condição especial o reembolso das despesas com:

- a) Óculos de sol (com ou sem graduação) e placas solares;
- b) Próteses estomatológicas;
- c) Calçado ortopédico (apenas fica abrangido o material destinado à correção ou “palmilhas”);
- d) Próteses intra-cirúrgicas;
- e) Collants, meias elásticas e de descanso e cintas ortopédicas;
- f) Suspensões braquiais e colares cervicais (exceto para situações pós-cirúrgicas ou em consequência de acidente);

- g) Colchões e almofadas ortopédicos e anti-escaras;
- h) Humidificadores e similares, equipamentos de ar condicionado, purificadores de ar;
- i) Qualquer Prótese ou Ortótese cuja finalidade seja apenas estética e não funcional;
- j) Próteses miogénicas ou bioelétricas ou implantes eletrónicos;
- l) Perucas ainda que a sua utilização seja considerada necessária durante um tratamento de Quimioterapia;
- m) Aparelhos para aplicação de insulina.

Condição Especial Assistência Médica no Domicílio

Artigo 1 – Âmbito da Garantia

Ao abrigo da presente Condição Especial fica garantido, nos termos estipulados nas Condições Particulares, e sempre que o estado de Saúde da Pessoa Segura o justifique, o acesso a cuidados de saúde ao domicílio, a valores convencionados e sem limites de utilização, nos serviços abaixo descritos:

- a) Envio de médico ao domicílio:
Em caso de urgência, o Segurador garante a deslocação de um médico ao domicílio da Pessoa Segura ou a outro local, em Portugal.
Esta cobertura é garantida no regime de prestação na rede, sendo que o custo da deslocação fica a cargo do Segurador e a Pessoa Segura líquida o copagamento estipulado nas Condições Particulares.
- b) Serviço de Telemedicina:
Serviço de aconselhamento telefónico 24 horas/dia prestado exclusivamente por

um corpo de médicos, com vista à resolução de casos imediatos e que não necessitem de uma intervenção domiciliária. Este serviço também funciona aquando de um pedido de assistência médica domiciliária, para uma eficaz triagem e avaliação das diversas situações clínicas, com vista a definir as solicitações que careçam de atendimento prioritário.

c) Transporte de Urgência ao Hospital:
Transporte de Urgência ao Hospital (público), desde que pedido no âmbito de Consulta ao Domicílio.

d) Entrega de medicamentos ao domicílio

Este serviço funciona em todo o território nacional, sendo que a cargo da Pessoa Segura ficam o valor dos medicamentos e respetivo transporte.

Estes serviços devem ser solicitados através da Linha de Apoio a Clientes.

Condição Especial Segunda Opinião Médica

Artigo 1 – Âmbito da Garantia

Ao abrigo da presente Condição Especial fica garantido, nos termos estipulados nas Condições Particulares, a prestação do serviço da 2ª Opinião Médica, prestado no âmbito da Rede de Prestadores, tendo por base a análise do caso clínico da Pessoa Segura, para que se possa definir o diagnóstico e o respetivo encaminhamento para o médico especialista que irá proceder à indicação dos cuidados médicos mais adequados.

Para efeitos desta Condição Especial, consideram-se como cobertas as Doenças, que após análise por parte da Direção Clínica da Rede de Prestadores, sejam consideradas como elegíveis para o serviço de 2ª Opinião Médica.

A esta prestação de serviços não é aplicável qualquer Período de Carência ou limitação de pré-existência.

Sem prejuízo das exclusões previstas nas Condições Gerais, aplicáveis a esta garantia, não fica garantido ao abrigo da presente condição especial:

- a) Quaisquer serviços solicitados ao serviço de 2ª Opinião Médica quando a Pessoa Segura não sofra de Doença descrita no âmbito desta cobertura ou quando a Direção clínica entenda não existir motivo para acionar a cobertura;
- b) Todo e qualquer serviço relacionado com a obtenção de um primeiro diagnóstico;
- c) Quaisquer perdas ou danos originados, direta ou indiretamente, pela opinião dos médicos e/ou por profissionais consultados;
- d) Doenças agudas (de curta duração) não graves, Doenças psiquiátricas, problemas odontológicos, problemas de infertilidade e em geral as que não tenham sido valorizadas por um médico especialista.
- e) Fica excluído o financiamento de quaisquer atos médicos adicionais, ainda que resultantes de recomendação obtida no âmbito desta Condição especial.

Estes serviços devem ser solicitados através da Linha de Apoio a Clientes.

Condição Especial Tele/vídeo-consulta

Artigo 1 – Âmbito da Garantia

Ao abrigo da presente Condição Especial fica garantido, nos termos estipulados nas Condições Particulares, é garantido o acesso ao serviço Tele/Vídeo-consulta a todos os clientes que o subscrevam em duas modalidades:

- a) Tele/Vídeo-consulta programada, através da marcação prévia na área de Cliente ou através do Serviço de Apoio ao Cliente.
- b) Serviço de Atendimento Permanente, disponibilizado 24 (vinte e quatro) horas por dia/365 (trezentos e sessenta e cinco) dias por ano, destinado exclusivamente a situações clínicas prioritárias (não urgente/emergente), que não exijam a presença física.

Artigo 2 – Exclusões

Sem prejuízo das exclusões previstas nas Condições Gerais aplicáveis a esta cobertura, ficam excluídas e não serão objeto de reembolso:

- a) Quaisquer danos resultantes de atrasos ou dificuldades no acesso ao serviço, decorrentes de anomalias no serviço de internet e/ou telecomunicações e bem assim do aparelho da Pessoa Segura;
- b) Quaisquer consequências decorrentes do incumprimento, pela Pessoa Segura, dos termos & condições do serviço, disponibilizados;
- c) Quaisquer consequências que derivem de negligência imputável à Pessoa Segura e/ou qualquer atraso na realização do serviço;

Condição Especial Cuidados de Saúde na Rede de Prestadores convenccionados

Artigo 1 – Âmbito da Garantia

Ao abrigo da presente Condição Especial fica garantido, nos termos estipulados nas Condições Particulares, o acesso a cuidados de saúde, na Rede de Prestadores Future Healthcare, a valores convenccionados e sem limites de utilização, nos serviços abaixo descritos:

- _ Consultas de Clínica Geral e de Especialidade, inclui consultas de estomatologia
- _ Tratamentos e Exames de Diagnóstico
- _ Cirurgias e Internamentos Hospitalares
- _ Parto

Condição Especial Cuidados de Saúde na Rede de Prestadores de Medicina Dentária

Artigo 1 – Âmbito da Garantia

Ao abrigo da presente Condição Especial fica garantido, nos termos estipulados nas Condições Particulares, o acesso a cuidados de saúde, na Rede de Prestadores de Medicina Dentária da Future Healthcare, a valores convenccionados e sem limites de utilização, nos serviços abaixo descritos:

- _ Consultas de Medicina Dentária/ Exame Clínico
- _ Consultas de Urgência
- _ Tratamentos de Medicina Dentária

- _ Medicina Dentária Preventiva
- _ Ortodontia
- _ Implantologia.

Ficam a cargo da Pessoa Segura a escolha do Prestador de Saúde de entre os prestadores disponíveis na Rede, bem como o pagamento do copagamento associado.

Condição Especial Cuidados de Saúde na Rede de Prestadores de Enfermagem

Artigo 1 – Âmbito da Garantia

Ao abrigo da presente *Condição Especial* fica garantido, nos termos estipulados nas *Condições Particulares*, o acesso a cuidados de saúde, na *Rede de Prestadores de Enfermagem*, assim como enfermagem ao domicílio, a valores convenccionados e sem limites de utilização, para atos específicos de enfermagem.

Esta cobertura é garantida no regime de prestação na rede e a *Pessoa Segura* líquida o copagamento estipulado nas *Condições Particulares*.

Condição Especial Cuidados de Saúde na Rede de Saúde e Bem Estar

Artigo 1 – Âmbito da Garantia

Ao abrigo da presente Condição Especial fica garantido, nos termos estipulados nas Condições Particulares, o acesso a uma Rede de Prestadores de Saúde e Bem Estar Future Healthcare, a valores convenccionados ou descontos, sem

limites de utilização. Ficam a cargo da Pessoa Segura a escolha do Prestador da Rede de Saúde e Bem-Estar Future Healthcare de entre os prestadores disponíveis na Rede, bem como o pagamento do copagamento associado.