



Nº APÓLICE

DATA DE INÍCIO

CÓDIGO

1. IDENTIFICAÇÃO DO TOMADOR DO SEGURO

NOME SEXO F M

MORADA

CÓDIGO-POSTAL LOCALIDADE

TELEFONE/TELEMÓVEL E-MAIL

N.I.F. DATA DE NASCIMENTO

O TOMADOR É PESSOA SEGURA? SIM NÃO

2. IDENTIFICAÇÃO DAS PESSOAS SEGURAS

NOME DATA DE NASC. N.I.F. SEXO F M

E-MAIL TLM. PARENTESCO: DESCENDENTE CÔNJUGE OUTROS

NOME DATA DE NASC. N.I.F. SEXO F M

E-MAIL TLM. PARENTESCO: DESCENDENTE CÔNJUGE OUTROS

NOME DATA DE NASC. N.I.F. SEXO F M

E-MAIL TLM. PARENTESCO: DESCENDENTE CÔNJUGE OUTROS

NOME DATA DE NASC. N.I.F. SEXO F M

E-MAIL TLM. PARENTESCO: DESCENDENTE CÔNJUGE OUTROS

NOME DATA DE NASC. N.I.F. SEXO F M

E-MAIL TLM. PARENTESCO: DESCENDENTE CÔNJUGE OUTROS

3. OPÇÃO ESCOLHIDA

	COMPARTICIPAÇÃO		OPÇÃO 1		OPÇÃO 2		OPÇÃO 3		
	dentro da rede (a)	fora da rede	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HOSPITALIZAÇÃO (a)	100%	70%	15.000€	15.000€	25.000€	25.000€	50.000€	50.000€	50.000€
AMBULATÓRIO (b)	100%	50% (d)	—	1.000€	1.250€	1.250€	2.500€	2.500€	2.500€
ESTOMATOLOGIA	100%	50%	—	—	—	200€	—	250€	250€
PARTO	100%	70%	—	—	—	—	—	2.500€	2.500€
PRÓTESES E ORTÓTESES	—	80%	—	—	—	—	—	—	1.000€
ORTÓTESES OFTALMOLÓGICAS (c)	—	80%	—	—	—	—	—	—	250€

(a) Inclui sublimite de 1.000€ para pequena cirurgia em ambiente hospitalar (até 50K).

(b) Inclui sublimite de 500€ para Fisioterapia e Terapia da Fala.

(c) Sublimite da cobertura Próteses e Ortóteses, com 250€ para armações, lentes e lentes de contacto (bianual).

(d) Para atos médicos de Ambulatório realizados fora da Rede Médica Future Healthcare, a comparticipação é de 50%, sendo que no caso de consultas, o máximo é de 50€. Nas apólices de empresa/PME existe uma franquia de 45€ na 1ª utilização de cada anuidade.

NOTAS

1. Para hospitalizações e Parto realizados fora da Rede Médica, a comparticipação é de 70%, sendo que no caso de consultas, o máximo é de 50€.

2. Para óculos e outras Próteses e Ortóteses a comparticipação é de 80% (fora da rede).

*Ao optar por esta opção, não será necessário o preenchimento do Questionário Médico/Entrevista Telefónica.

Utilização ilimitada em qualquer opção:

REDE MÉDICA
REDE MEDICINA DENTÁRIA
REDE OFTALMOLOGIA
REDE SAÚDE E BEM ESTAR

VÍDEO-CONSULTA
ASSISTÊNCIA AO DOMICÍLIO
2ª OPINIÃO MÉDICA



4. MODO DE PAGAMENTO

ANUAL SEMESTRAL TRIMESTRAL MENSAL* *O pagamento mensal só poderá ser efetuado através do Sistema de Débito Direto (SDD).

5. FORMA DE PAGAMENTO

- Pagamento por Referência Multibanco (para os modos de pagamento: trimestral/semestral/anual).
 Pago o valor anual/semestral/trimestral/mensal (riscar o que não interessa) de através do SDD, pelo que preencho a Autorização de Débito Directo SEPA. A minha autorização renovar-se-á automaticamente, salvo instruções minhas em contrário.

AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO DIRECTO SEPA (preenchimento interno)

IDENTIFICAÇÃO DO CREDOR

NOME DO CREDOR	S A Ú D E P R I M E			CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO CREDOR	1 0 5 9 4 6	
MORADA	A V . M A R E C H A L C R A V E I R O L O P E S N ° 6					TIPO DE PAGAMENTO
CÓDIGO-POSTAL*	1 7 0 0 - 2 8 4	L I S B O A	PAÍS	P O R T U G A L		RECORRENTE <input checked="" type="radio"/>
						PONTUAL <input type="radio"/>

IDENTIFICAÇÃO DO DEVEDOR

NOME DO DEVEDOR*	<input type="text"/>		
Nº DE CONTA - IBAN*	<input type="text"/>	BIC SWIFT	<input type="text"/>
		DATA *	<input type="text"/>

Assinatura/carimbo* A assinatura deverá ser igual à do banco.

Os seus direitos referentes à autorização acima referida, são explicados em declaração que pode obter junto da sua instituição. A autorização de débito em conta constante desta proposta está de acordo com a legislação em vigor.

Ao subscrever esta autorização, está a autorizar a Saúde Prime (I) a enviar instruções ao seu banco para debitar a sua conta, de acordo com as instruções da Saúde Prime (I).

Os seus direitos incluem a possibilidade de exigir do seu banco o reembolso do montante debitado, nos termos e condições acordados com o seu banco. O reembolso deve ser solicitado até um prazo de oito semanas, a contar da data do débito na sua conta. Preencha por favor todos os campos assinalados com *.

6. CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO SEGURO DE SAÚDE

PERÍODOS DE CARÊNCIA

HOSPITALIZAÇÃO*	90 dias
AMBULATÓRIO*	90 dias
GRAVIDEZ E PARTO	365 dias
ESTOMATOLOGIA	180 dias
REDE MÉDICA	0 dias**
REDE DE ESTOMATOLOGIA	0 dias**
REDE DE SAÚDE E BEM ESTAR	0 dias**
REDE DE ENFERMAGEM	0 dias**
VÍDEO-CONSULTA	0 dias
ASSISTÊNCIA AO DOMICÍLIO	0 dias
2ª OPINIÃO MÉDICA	0 dias

*Em relação a algumas situações específicas previstas nas Condições Gerais e Especiais da Apólice, o período de carência poderá ser alargado para 365 dias. O período de carência será de 180 dias para alguns exames, nomeadamente Ressonâncias Magnéticas.

**A valores reduzidos.

COPAGAMENTOS (a)

HOSPITALIZAÇÃO	10% (min. 250€ e máx. 500€)
PEQUENA CIRURGIA em ambiente hospitalar (até 50K)	150€
PARTO	10%
CONSULTAS DE CLÍNICA GERAL E ESPECIALIDADE	19€
CONSULTAS AO DOMICÍLIO	15€
CONSULTAS DE URGÊNCIA	45€
FISIOTERAPIA E TERAPIA DA FALA	25%
EXAMES DE DIAGNÓSTICO	
RAIO X	10€
ECOGRAFIAS	15€
TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTORIZADA	30€
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	70€
ANÁLISES CLÍNICAS (por análise)	25% (min. 2€)
ANATOMIA PATOLÓGICA (por análise)	25% (min. 7,5€)
OUTROS EXAMES DE DIAGNÓSTICO	25%

REEMBOLSOS

CONSULTAS, EXAMES E TRATAMENTOS DE ESTOMATOLOGIA	15€(por ato médico)	50%
PRÓTESES ESTOMATOLÓGICAS	20%	50%
ÓCULOS E OUTRAS PRÓTESES E ORTÓTESES	não aplicável	80%

(a) Os Copagamentos são válidos caso contrate a respetiva cobertura.
(b) Nas apólices de empresa/PME existe uma franquia de 45€ na 1ª utilização de cada anuidade, fora da Rede Médica Future Healthcare.



7. QUESTIONÁRIO CLÍNICO

INFORMAÇÕES ÚTEIS

O questionário clínico de cada uma das pessoas seguras é parte integrante da Proposta de Adesão ao Seguro de Saúde.

Com o objetivo de garantir a confidencialidade dos seus dados de saúde e de tornar a adesão mais rápida, colocamos ao seu dispor duas formas para a realização da avaliação clínica.

Entrevista Telefónica

Será contactado telefonicamente por um técnico qualificado. A entrevista telefónica tem uma duração média de 10 minutos

Questionário Online

Irá receber no seu telemóvel as credenciais de acesso, para que possa responder ao questionário numa área reservada.

Cada pessoa segura deve prestar toda a informação necessária e adequada à avaliação clínica, mesmo que não expressamente questionada. Para o efeito, deve ter presente alguns dados que lhe poderão ser solicitados, nomeadamente o seu peso e altura atuais, os resultados das últimas análises clínicas ou exames médicos realizados e indicação do nome dos medicamentos que eventualmente tome, bem como a sua dosagem e motivo.

As declarações inexatas ou reticentes, ou a omissão de factos tornam o pedido de adesão nulo e sem qualquer efeito, ou na vigência do contrato, libertam o Segurador do pagamento de qualquer indemnização.

Uma vez que irá prestar declarações sobre o seu estado de saúde certifique-se que, no momento da avaliação clínica, se encontra em local apropriado para fornecer este tipo de informação.

NOME	QUESTIONÁRIO ONLINE	ENTREVISTA TELEFÓNICA	CONTACTO TELEFÓNICO*	EMAIL**
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

*Preenchimento obrigatório. **Preenchimento obrigatório se escolheu a opção "Questionário Online".

NOTA: Caso existam menores a incluir na apólice, na avaliação clínica, o Titular das Responsabilidades Parentais deverá responder pelos mesmos.

8. DECLARAÇÕES, DATAS E ASSINATURAS

De acordo com as disposições legais em vigor, o seguro agora proposto apenas entra em vigor na data indicada nesta proposta como data início, se o prémio for pago de imediato ou no prazo que vier a ser indicado para o efeito. No caso de falta de pagamento do prémio, o contrato não entrará em vigor nem produzirá os seus efeitos. Autorizo também que a VICTORIA faculte o acesso ou transmita tais informações ou dados, com o intuito de realização de estudos estatísticos, de inquéritos de mercado, e/ou na viabilização da execução dos contratos, à Associação Portuguesa de Seguradores, bem como a Resseguradores ou entidades que enquadrem ou realizem, lícitamente, ações de cooperação, de compilação de dados, de prevenção e combate à fraude ou estudos estatísticos ou técnico-atuariais.

Tomei conhecimento das Condições Gerais e do Documento de Informação sobre produtos de seguros. E declaro que me foram prestados todos os esclarecimentos necessários e exigíveis para o efeito.

Preenchi de forma exata e completa esta proposta e declarei todas as circunstâncias que conheço e que são significativas e relevantes para a apreciação do risco sabendo que, em caso de incumprimento, fico sujeito às normas legais aplicáveis, que declaro conhecer.

Tomei conhecimento que a Seguradora pode exercer o Direito de Regresso, de acordo com a legislação em vigor, quando aplicável.

Mais declaro que aceito que a Seguradora utilize o endereço de email ou morada indicados na presente Proposta para cumprir e efetuar quaisquer comunicações e informações que ocorram no âmbito do presente contrato, nos termos definidos nas Condições Gerais. Para o efeito, comprometo-me a manter os meus dados pessoais atualizados, designadamente os dados de contacto, o que poderei fazer através de alteração dos mesmos na Área de Cliente MySaúdePrime ou através do envio de e-mail para info@saudeprime.pt, sob pena das comunicações ou notificações que venham a ser feitas para os contactos desatualizados serem consideradas válidas e eficazes.

Declaro que tive conhecimento que os dados recolhidos na presente proposta serão processados e armazenados pela SAÚDE PRIME e pela Seguradora, bem como eventuais resseguradoras, para gestão do meu contrato. De igual forma autorizo a consulta destes dados, desde que para finalidade compatível com a presente recolha, pelas empresas do Grupo Económico em que se insere a SAÚDE PRIME, no caso o Grupo Future Healthcare e pela Autoridade e Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões (ASF).

A adesão ao Seguro de Saúde obriga a que, cada uma das pessoas a segurar, preencha um questionário médico que ficará sujeito à aceitação ou à revisão das condições inicialmente apresentadas pelos Serviços Técnicos e que só produz efeito após o primeiro dia indicado nas Condições Particulares.

O Tomador do Seguro declara ter tomado conhecimento do teor das Declarações e Autorizações aqui mencionadas, subscrevendo-as mediante a sua assinatura.

Local e data

Assinatura/carimbo do Tomador Seguro

Nenhum contrato se torna efetivo antes da aceitação da Proposta de adesão.
Se optou pelo pagamento através do SDD, verifique se assinou o quadro 5, na pág 2.

PROTEÇÃO DE DADOS

De acordo com a legislação em vigor, os dados pessoais agora recolhidos, bem como aqueles que vierem a ser fornecidos em sede de regularização de sinistro, serão processados e armazenados informaticamente, sendo utilizados nas relações contratuais com a VICTORIA, através da UNLIMITEDCARE - Serviços de Saúde e Assistência, S.A., detentora da marca registada Saúde Prime, e seus subcontratados, podendo ser comunicados a outras empresas do Grupo SMA, VICTORIA, e com entidades terceiras para efeitos de colaboração na realização de estudos estatísticos, inquéritos de mercado e/ou viabilização da execução dos contratos.

Quaisquer omissões, inexactidões e falsidades, referentes ou relacionadas com a informação necessária para o tratamento de dados efetuado no âmbito da relação contratual, são da responsabilidade do titular dos dados.

1. CONSENTIMENTO

Relativamente a outras finalidades de tratamento de dados pessoais, consinto na utilização dos meus dados pessoais para os seguintes efeitos:

	1º Titular dos dados (tomador do seguro)		2º Titular dos dados (pessoa segura)		3º Titular dos dados (pessoa segura)		4º Titular dos dados (pessoa segura)		5º Titular dos dados (pessoa segura)		6º Titular dos dados (pessoa segura)	
Autorizo a utilização dos meus dados para efeitos de comunicação, campanhas de marketing e futuras propostas comerciais, relacionados com produtos e serviços disponibilizados pela Saúde Prime, através de qualquer canal de comunicação.	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Partilha de dados sensíveis com entidades terceiras no âmbito da gestão contratual e gestão de processos de sinistro*

*Informamos que para os seguros de Vida, Saúde e Acidentes Pessoais e outros seguros que impliquem o tratamento de dados sensíveis (nomeadamente de saúde), atendendo ao seu âmbito, natureza e objeto e à necessidade de cumprir as condições que o Regulamento Geral de Proteção de Dados determina, o consentimento representa a causa de licitude do tratamento deste tipo de dados, sem o qual não é possível formalizar a cobertura do risco proposto.

2. DIREITOS E DEVER DE INFORMAÇÃO

Tomei(amos) conhecimento e autorizo(amos) que a VICTORIA, através do seu Agente de Seguros UNLIMITEDCARE - SERVIÇOS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA, SA (detentora da marca comercial Saúde Prime), poderá transmitir os dados de identificação dos titulares dos dados e do respetivo contrato à(s) entidade(s) subcontratada(s) para assegurar os diferentes serviços de assistência previstos no contrato.

Autorizo(amos) a UNLIMITEDCARE - SERVIÇOS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA, SA a proceder à recolha de outros dados confirmativos ou complementares daqueles necessários à gestão do contrato, inclusive sobre o estado de saúde, junto de organismos públicos, hospitais, médicos ou outras entidades, mesmo depois da morte, bem como a utilizar os dados recolhidos no âmbito de qualquer processo judicial que tenha por objeto o presente contrato de seguro. Autorizo(amos) também a consulta destes dados, desde que para a finalidade compatível com a determinante da respetiva recolha, pelas empresas que integram o Grupo VICTORIA, sob regime de absoluta confidencialidade.

Declaro(amos) ainda que fui(fomos) informado(s), que o(s) titular(es) dos dados tem(têm) direito de oposição ao tratamento dos seus dados nas situações de definição de perfis, comercialização direta e interesse legítimo do responsável pelo tratamento.

Para além do direito de oposição, reconheço(emos) ainda que assistem ao(s) titular(es) dos dados os direitos de acesso, retificação, apagamento, limitação do tratamento e portabilidade, nos termos definidos na Política de Privacidade disponível em www.saudeprime.pt, podendo exercê-los mediante comunicação à UNLIMITEDCARE - SERVIÇOS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA, SA ou ao Encarregado de Proteção de Dados (EPD), através dos contactos aí indicados.

3. ASSINATURA

O(s) titular(es) dos dados declara(m) ter tomado conhecimento das informações acima descritas, do consentimento que prestou(aram) e dos direitos que lhe(s) assistem na proteção dos seus dados pessoais e sensíveis, subscrevendo-os mediante a(s) sua(s) assinatura(s).

_____, / /
Local e data

Assinatura do 1º Titular dos dados

Assinatura do 3º Titular dos dados

Assinatura do 5º Titular dos dados

Assinatura do 2º Titular dos dados

Assinatura do 4º Titular dos dados

Assinatura do 6º Titular dos dados

NOTA: No caso de se tratar de um menor de idade, a assinatura deverá ser do Titular das Responsabilidades Parentais.

(1) A Saúde Prime é uma marca registada da sociedade UnlitedCare - Serviços de Saúde e Assistência S.A., com sede na Av. Marechal Craveiro Lopes nº6 - 1700-284 Lisboa, matriculada na Conservatória da Região de Lisboa com o número de único 510 367 615 e capital social de 100.000€, inscrita na Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões (ASF), com o nº. 11392/2027, na qualidade de Agente de Seguros Vida e Não Vida e que atua nesta qualidade, sem exclusividade, junto da Seguradora VICTORIA SEGUROS S.A., com sede na Avenida da Liberdade nº198/200, 1250-147 Lisboa, matriculada na Conservatória do Registo Comercial de Lisboa, com o número de único 506 333 027 e Capital social de 34.852.000€. Esta informação pode ser verificável em www.viaf.com.pt.

Seguro de Saúde

Documento de informação sobre produtos de seguros

Companhia: Victoria - Seguros, S.A.

Registada na ASF (Portugal) com o código 1160

Produto: Saúde Prime

As informações pré-contratuais e contratuais relativas a este produto são fornecidas ao Cliente no momento da subscrição do contrato de seguro, ou no prazo legalmente previsto, em documento escrito ou em suporte electrónico duradouro.

Qual é o tipo de seguro?

Este seguro garante, até ao limite dos capitais seguros nas modalidades de prestações convencionadas e indemnizatórias, o pagamento das despesas de saúde em consequência de doenças ou acidentes sofridos pela pessoa segura durante a vigência do contrato.



Que riscos são segurados?

De acordo com a opção contratada:

- ✓ Hospitalização: €15.000; €25.000 ou €50.000
- ✓ Ambulatório: €1.000; €1.250€ ou €2.500
- ✓ Estomatologia: €200 ou €250
- ✓ Próteses e Ortóteses: €1.000 (reembolso)
- ✓ Ortóteses Oculares: €250 (reembolso)
- ✓ Parto: €2.500
- ✓ Rede médica: Ilimitada
- ✓ Rede de Estomatologia: Ilimitada
- ✓ Rede de Saúde e Bem-estar: Ilimitada
- ✓ Segunda Opinião médica: Ilimitada
- ✓ Assistência médica ao domicílio



Que riscos não são segurados?

- ✗ Laqueação de trompas, vasectomia, colocação de DIU, ou outros tratamentos anticoncepcionais, bem como, as despesas efectuadas com o objectivo de reverter os efeitos de uma cirurgia de esterilização realizada voluntariamente;
- ✗ Doenças epidémicas (oficialmente declaradas);
- ✗ Acidentes de trabalho, doenças profissionais e lesões que devam ficar garantidas por seguro obrigatório;
- ✗ Acidentes ocorridos na prática de qualquer tipo de desporto amador ou profissional;
- ✗ Perturbações do foro da saúde mental, (estados de depressão psíquica, neuroses ou psicoses, esquizofrenias e das psicoses afectivas);
- ✗ Quaisquer prestações decorrentes de assistência de psicologia, consultas ou tratamentos de psicanálise, hipnose e terapia do sono;
- ✗ Tratamentos e medicamentos experimentais ou de investigação e/ou integrados em ensaios clínicos;
- ✗ Tratamentos em termas, Spa, sanatórios, casas de repouso, lares para a terceira idade;
- ✗ Consultas e tratamentos que não sejam reconhecidos pela Ordem dos Médicos Portuguesa;
- ✗ Despesas realizadas com médicos que sejam cônjuges, pais, filhos, cunhados ou irmãos da pessoa segura;
- ✗ Serviço de enfermagem particular;
- ✗ Consultas, exames ou tratamentos da roncopatia e da síndrome de apneia obstrutiva do sono;
- ✗ Despesas com transportes de qualquer tipo, de e para os locais onde são prestados os cuidados médicos;
- ✗ Tratamentos refractivos à miopia, astigmatismo, presbiopia e hipermetropia (cirúrgicos ou a laser);
- ✗ Despesas que sejam abrangidas por protocolos, sistemas ou subsistemas de saúde ou outras formas de participação a que a pessoa segura tenha direito ou que beneficie, excepto na parte remanescente e não comparticipada pelos mesmos;
- ✗ Despesas resultantes de ginástica, hidroginástica e outros desportos em piscina ou massagem;
- ✗ Outros serviços que não sejam clinicamente necessários;
- ✗ Outras exclusões indicadas nas Condições Gerais e Especiais do produto Saúde Prime.



Que riscos não são segurados?

Principais exclusões:

- ✗ Doença, lesão, acidente ou gravidez manifestada ou pré-existente à data da subscrição do seguro;
- ✗ Cirurgias destinadas à correcção de anomalias físicas ou funcionais, doenças ou malformações congénitas;
- ✗ Cirurgia, consultas, exames e tratamentos de carácter estético ou plástico e reconstrutivo;
- ✗ Tratamento de varicosidades;
- ✗ Interrupção voluntária da gravidez;
- ✗ Doença ou acidente que tenha sido intencionalmente provocado pela pessoa segura;
- ✗ Qualquer tratamento e/ou intervenção cirúrgica realizada com a intenção de melhorar a aparência pessoal e/ou remover tecido corporal são;
- ✗ Consultas, exames ou tratamentos de regulação de peso e rejuvenescimento e consultas e exames com nutricionistas;
- ✗ Consultas, elementos auxiliares de diagnóstico, receituário e tratamentos efectuados no âmbito da fertilidade, insuficiência sexual ou qualquer método de fecundação artificial;
- ✗ Consultas, exames ou tratamentos de disfunção sexual;
- ✗ Hemodiálise;
- ✗ Transplantes de órgãos;
- ✗ Alcoolismo e tratamentos de toxic dependência;
- ✗ Quaisquer patologias resultantes, directa ou indirectamente, da acção do vírus da imunodeficiência humana (HIV);



Há alguma restrição da cobertura?

- ! No caso de declarações inexactas, prestadas intencionalmente, o contrato será anulável e o Segurador não está obrigado a cobrir os sinistros ocorridos;
- ! Nos casos e declarações inexactas prestadas de forma negligente, o Segurador poderá propor uma alteração ao contrato ou fazê-lo cessar. Os sinistros ocorridos antes da cessação ou da alteração do contrato poderão ser apenas parcialmente cobertos;
- ! Se tiver sido estabelecida uma franquia, uma parte das despesas fica a cargo do Tomador;
- ! Em caso de sinistro a importância da indemnização será abatida ao capital seguro, ficando este reduzido daquele valor desde a data do sinistro até ao vencimento anual do contrato;
- ! A entrada em vigor das garantias só se verificará depois de decorrido o período de carência:
 - 90 dias para as coberturas de Hospitalização e Ambulatório,
 - 180 dias para as coberturas de Estomatologia, Próteses e Ortóteses assim como, para alguns exames incluídos na cobertura de Ambulatório, nomeadamente Ressonâncias Magnéticas ou PET Scan,
 - 365 dias para as despesas de acompanhamento de Gravidez, Parto e Interrupção Involuntária da Gravidez.O período de carência é alargado para 365 dias para algumas despesas, que estão disponíveis para consulta nas Condições Gerais do produto Saúde Prime, em www.saudeprime.pt.
Este período não se aplica no caso de acidente que requeira tratamento de urgência em hospital.



Onde estou coberto?

O Contrato é válido em Portugal, sendo também válido no estrangeiro nas seguintes condições:

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



Quais são as minhas obrigações?

Antes da celebração do contrato: Declarar com exactidão todas as circunstâncias que conheça e que razoavelmente deva ter por significativas para a apreciação do risco.

Durante a vigência do contrato:

- Pagar o prémio do seguro na data indicada para o efeito;
- Comunicar, por escrito, qualquer mudança de residência;
- Informar sobre circunstâncias e consequências da doença ou acidente ou cuidados de saúde em causa;
- Cumprir as prescrições do médico a que tenha recorrido;
- Sujeitar-se a exames, por médicos designados pelo Segurador, sempre que necessário;
- Autorizar os médicos, hospitais e outros quaisquer prestadores a que tenha recorrido, a facultar ao Segurador os relatórios clínicos e quaisquer outros elementos que se tenha como convenientes para documentar o processo;
- Participar o sinistro ao Segurador, dentro dos prazos estipulados nas Condições Gerais, tomando todas as providências necessárias para evitar o agravamento das consequências do mesmo.



Quando e como devo pagar?

O prémio inicial deve ser pago na data de celebração do contrato. Os prémios das fracções seguintes devem ser pagos nas datas indicadas nos avisos remetidos pelo Segurador.



Quando começa e acaba a cobertura?

A cobertura dos riscos depende do prévio pagamento do prémio. O dia e hora do início da cobertura de riscos são indicados no contrato.

Salvo disposição em contrário nas Condições Particulares, o contrato considera-se celebrado pelo período de um ano, podendo ser renovado por períodos idênticos.

Caso exista uma idade limite indicada nas Condições Particulares, o contrato termina automaticamente no final da anuidade em que a pessoa segura atinja a idade limite.



Quando posso rescindir o contrato?

O contrato pode ser denunciado por qualquer das partes com efeitos no termo da anuidade em curso, mediante aviso prévio enviado com a antecedência de 30 dias. O contrato pode também cessar por acordo, caducidade ou justa causa. Pode ainda ser resolvido, sem invocar justa causa, nos 30 dias imediatos à recepção da apólice.