

RAMO DOENÇA SEGURO DE SAÚDE

CONDIÇÕES GERAIS

CONSIDERANDO QUE:

Entre a **UNLIMITEDCARE, Serviços de Saúde e Assistência S.A.**, e a **ADVENT INSURANCE PCC LIMITED**, com sede na Landmark, Level 1, Suite 2, TRIQ 1 – ILJUN, QORMI QRM 3800, MALTA, com o NIPC 980590086, 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 actos inerentes à sua distribuição e administração.

A **ADVENT INSURANCE PCC LIMITED – Unlimited Cell (C52394)**, é uma Célula autorizada e regulada pela MFSA (Malta Financial Services Authority). Para mais informações, por favor consulte o registo de serviços financeiros em www.mfsa.com.mt. A Advent pode criar uma ou mais células com a finalidade de segregar e proteger activos celulares. Qualquer responsabilidade atribuível à **Unlimitedcare Cell** é apenas uma responsabilidade dos ativos celulares da Unlimitedcare Cell; os activos não celulares da empresa podem ser usados para atender às perdas incorridas pelas Células em excesso de seus activos.

É livremente e de boa-fé celebrado entre a **UNLIMITEDCARE, Serviços de Saúde e Assistência S.A.**, com o número de pessoa colectiva 510367615, inscrita na ASF - Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões com o nº 413382027, com sede na Av. Marechal Craveiro Lopes, 6 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)

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. Acta 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, adoptados 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 actas 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 actos médicos, designada por Código de Nomenclatura e Valores Relativos de Actos Médicos, caracterizado pela associação de valores relativos (C e K) a cada acto o que permite a sua valorização em número de “K” (factor indicativo da complexidade de cada acto médico), e/ ou “C” (quantificação do custo técnico dos actos 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 actividade habitual;
- l. Co-pagamento:** 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 *co-pagamentos* para determinados Actos Médicos, em concreto, em que seja limitado o valor de financiamento, independentemente do capital garantido e disponível;
- m. Despesas médicas:** Despesas efetuadas pela *Pessoa Segura*, para aquisição de *Serviços Clinicamente Necessários*, devidamente prescritos e prestados por médico, durante a vigência do contrato;
- n. Doença:** Toda a alteração involuntária do estado de saúde, não causada por *Acidente*, que se revele por sinais ou sintomas manifestos e susceptível de constatação médica objectiva;
- o. Doença Pré-Existente:** 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 objecto de investigação clínica, acto 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 detectado ou tratado em data anterior à subscrição, com qualquer acto médico efectuado em data anterior à subscrição ou decorrente de qualquer *Acidente* ocorrido em data anterior à data da subscrição do presente *Contrato de Seguro*;
- p. 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;
- q. 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*;
- r. Gestor de Serviços de Saúde:** Entidade que organiza, gere e contacta com a *Rede de Prestadores* e em representação da *Saúde Prime* procede à gestão das prestações devidas pelo *Contrato de Seguro* e que articula o pagamento directo das *despesas médicas*, quer ao prestador convencionado, quer às *Pessoas Seguras* em caso de reembolso;
- s. Gravidez Pré-existente:** Gravidez com início anterior à data de início do contrato;
- t. 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 *acto* 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 *actos médicos* praticados tenham um grau de

- complexidade, estipulado no *CNVRAM*, igual ou superior a 50K;
- u. Internamento Sucessivo:** *Internamento* em que exista uma re-hospitalização num período inferior a 12 horas, após alta hospitalar. Os casos de re-hospitalização com interrupção superior a 12 horas serão considerados como um novo episódio de *Internamento*;
- v. Intervenção Cirúrgica:** Todo o acto médico classificado como cirurgia no *CNVRAM*;
- w. Médico:** Pessoa licenciada por Faculdade de Medicina ou de Medicina Dentária, legalmente autorizado a exercer a profissão no país, onde o acto médico tiver lugar, e cuja especialidade e inscrição sejam reconhecidas pela Ordem dos Médicos ou pela Associação Portuguesa de Medicina Dentária;
- x. Período de Carência:** Espaço de tempo que medeia entre a data de início do seguro e a data em que as respectivas coberturas podem ser acionadas;
- y. Pessoa Segura:** Pessoa singular identificada nas *Condições Particulares*, cuja saúde ou integridade física se segura e que é beneficiária das garantias da *Apólice*;
- z. Prémio:** Contrapartida devida pelo *Tomador do Seguro* ao *Segurador* pelas coberturas acordadas, incluindo os encargos fiscais e parafiscais que lhe correspondam e acréscimo de outros custos, nomeadamente de aquisição e de administração do *Contrato de Seguro*;
- aa. Prestações Convencionadas:** Participações nas *Despesas médicas* efectuadas pela *Pessoa Segura* na *Rede de Prestadores*. Estas participações traduzem-se em pagamentos efectuados directamente aos *Prestadores* e fazem-se nos termos do estipulado nestas *Condições Gerais* e/ou nas *Condições Especiais* e *Particulares* do *Contrato de Seguro*;
- bb. Proposta de Seguro:** Documento, a preencher e assinar pelo *Tomador de 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 de Saúde*, caso este exista. Quando a proposta respeite ao agregado familiar, a aceitação ou recusa da cobertura proposta será decidida individualmente;
- cc. Rede de Prestadores:** Conjunto de entidades prestadoras de serviços convencionados no âmbito do sistema integrado de cuidados de saúde, abrangendo pessoas singulares profissionais de saúde e pessoas colectivas gestoras de unidades de saúde. Nesta *Rede de Prestadores* estão contemplados, para além de serviços médicos e de medicina dentária, outros serviços de bem-estar e terapêuticas não convencionais. Em toda a *Rede de Prestadores*, a *Pessoa Segura* tem acesso a valores reduzidos face ao valor normal, sendo que o custo dos mesmos fica totalmente a seu cargo;
- dd. Serviços de Assistência:** Apoio informativo e de serviços, prestado, em nome do *Segurador*, por uma empresa de assistência;
- ee. 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 actos médicos no âmbito do seguro, desde que sejam:
- Necessários para o tratamento de *Doença* ou de lesão resultante de *Acidente* da *Pessoa Segura*;
 - Adequados à situação diagnosticada;
 - Prestados da forma mais eficiente em termos de custo e mais adequada ao tipo de serviço a prestar;
 - De reconhecida validade clínica;
 - Prescritos e realizados por médico ou outros profissionais de saúde e cujo local de prestação (domicílio da *Pessoa Segura*, consultório médico, clínica de cuidados ambulatoriais, hospital) seja o mais adequado à situação diagnosticada.
- ff. Segurador:** ADVENT INSURANCE PCC LIMITED, a qual subscreve, com o *Tomador*, o presente *Contrato de Seguro*;
- gg. Seguro Individual:** Seguro efectuado relativamente a pessoas singulares que, podendo incluir no âmbito de cobertura, um *Agregado Familiar*, não se consubstancia como um *Seguro de Grupo*;

- hh. **Sinistro:** Evento ou série de eventos susceptível de fazer funcionar as garantias da *Apólice*;
- ii. **Tomador do Seguro:** A pessoa singular ou colectiva que celebra o *Contrato de seguro* com o *Segurador* e à qual correspondem as obrigações que dele derivam, designadamente o pagamento do *Prémio*;
- jj. **Unidade de Saúde:** Estabelecimento, integrado ou não no Serviço Nacional de Saúde, que tenha por objecto a prestação de quaisquer serviços médicos ou de outros cuidados de saúde e que se encontre licenciado nos termos legais aplicáveis, abrangendo entidades com *Internamento* ou sala de recobro, entidades generalistas para serviços de hospitalização e ambulatório e ainda, entidades especializadas para serviços de ambulatório e meios complementares de diagnóstico e terapêutica, independentemente da designação jurídica adoptada, incluindo Hospitais, Clínicas e Centros de meios complementares de diagnóstico e terapêutica;
- kk. **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:
- Sério agravamento do estado de saúde;
 - Comprometimento das funções corporais;
 - Disfunção orgânica grave;
 - Danos da saúde do feto, em casos de gravidez.
 - Feridas abertas em caso de *Acidente*.

CLÁUSULA 2ª – Objecto do Contrato e Âmbito das Coberturas

2.1 O presente Contrato garante à *Pessoa Segura*, um conjunto de coberturas, que podem integrar o acesso à *Rede de Prestadores, Serviços de Assistência e outros*, conforme estipulado nestas *Condições Gerais e/ou nas Condições*

Especiais e Particulares do Contrato do Seguro;

2.2 O presente Contrato não garante quaisquer *Despesas médicas* ou *medicamentosas* reclamadas pelo *Serviço Nacional de Saúde* ou por outro qualquer sub-sistema de saúde de que a *Pessoa Segura* seja beneficiária.

CLÁUSULA 3ª – Âmbito Territorial

3.1 O presente Contrato tem o seu âmbito territorial limitado à *Rede de Prestadores disponibilizada pelo Segurador*.

3.2 Relativamente à Cobertura de *Subsídio Diário por Internamento Hospitalar*, consideram-se como válidas as hospitalizações efectuadas em todo o mundo, desde que as causas sejam elegíveis pelo *Segurador*.

CLÁUSULA 4ª – Formação do Contrato

4.1 As declarações do *Tomador de Seguro* e da *Pessoa Segura* efectuadas na *Proposta de Seguro*, assim como toda a informação recolhida durante o processo de adesão servem de base ao presente Contrato.

4.2 As omissões e as declarações inexatas ou incompletas feitas pelo *Tomador do Seguro* ou pela *Pessoa Segura* susceptíveis 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 *Prémios*.

4.3 Entende-se por má-fé do *Tomador do Seguro* ou da *Pessoa Segura*, para efeitos deste contrato, a omissão ou a

declaração inexacta ou incompleta de qualquer facto ou circunstância, susceptível de relevância clínica, conhecida ou que não devesse ignorar, com o propósito de obter uma vantagem.

CLÁUSULA 5ª – Exclusões

Exclusões Gerais:

Consideram-se excluídas do âmbito da cobertura de *Subsídio Diário por Internamento Hospitalar*, as seguintes situações:

- a) Situações de doença ou gravidez manifestada ou acidente ocorrido antes da data de inclusão da pessoa no seguro, excepto situações expressamente aceites pelo *Segurador*;
- b) Doenças crónicas do foro psíquico, ficando todas as outras doenças do mesmo foro sujeitas aos seguintes limites máximos:
 - i) Internamento hospitalar: 15 dias por anuidade de contrato, desde que o motivo da hospitalização psiquiátrica obedeça a um episódio agudo, com exclusão das hospitalizações por situações crónicas;
- c) A atribuição de subsídios por transtornos de alienação mental, estados de depressão psíquica, neuroses ou psicoses, esquizofrenias e psicoses afectivas, quaisquer que sejam as suas manifestações clínicas. Excluem-se ainda as diárias decorrentes de hipnose e terapia do sono;
- d) Cirurgias destinadas à correcção de anomalias físicas ou funcionais, doenças ou malformações congénitas manifestadas ou ocorridas antes da data de inclusão da *Pessoa Segura*, excepto quando digam respeito a crianças nascidas durante a vigência do contrato e desde que incluídas à data de nascimento e até 30 dias, excepto quando haja expressa convenção em contrário;
- e) Cirurgia, consultas, exames e tratamentos de carácter estético ou plástico e reconstrutivo, nomeadamente, de entre outros, mamoplastias, abdominoplastias, rinoplastias. Exceptuam-se desta exclusão, situações em consequência de acidente ocorrido na vigência do contrato ou doença maligna, confirmada por exame anatomo-patológico e manifestada durante a vigência desta *apólice*;
- f) Cirurgia, consultas, exames, e tratamentos de obesidade, incluindo a obesidade mórbida e suas consequências;
- g) Tratamentos de esclerose de varizes;
- h) Tratamentos refractivos à miopia, astigmatismo, presbiopia e hipermetropia (cirúrgicos ou a laser), excepto para situações em que o equivalente esférico, por olho, é superior a seis dioptrias;
- i) Tratamentos com recurso à utilização de Factores de Crescimento em lesões osteoarticulares;
- j) Tratamentos realizados com recurso a Câmara Hiperbárica, com excepção das situações decorrentes da necessidade de descompressão;
- k) Embolizações uterinas para tratamento ou diagnóstico de miomas;
- l) Consultas, exames, testes e tratamentos de infertilidade e inseminação artificial, bem como os partos múltiplos decorrentes destes tratamentos;

- m) Interrupção voluntária da gravidez (IVG) mesmo que devida a causa que legitime a sua realização no prazo mais alargado previsto por lei;**
- n) Todas as despesas, sejam ambulatorias ou com recurso ao internamento, relacionadas com gravidez, parto, cesariana e interrupção involuntária da gravidez;**
- o) Laqueação de trompas, vasectomia, colocação de DIU, ou outros tratamentos anticoncepcionais, bem como, as despesas efetuadas com o objetivo de reverter os efeitos de uma cirurgia de esterilização realizada voluntariamente;**
- p) Hemodiálise;**
- q) Transplante de órgãos;**
- r) SIDA e suas implicações e/ou doenças dela resultantes ou do seu tratamento, incluindo a doença conhecida como “Kaposi Sarcoma”, bem como hepatites virais e suas consequências;**
- s) Queimaduras por exposição solar ou por utilização de solários, câmaras solares ou semelhantes e suas consequências;**
- t) Tratamentos, cirúrgicos ou outros, considerados experimentais ou de investigação, decorrentes de quaisquer avanços científicos, excepto se confirmados pelas autoridades competentes ou considerados como tratamento generalizado pelo Serviço Nacional de Saúde;**
- u) Extracção de lesões benignas da pele, tais como nevos, sinais, quistos e verrugas;**
- v) Tratamentos em termas, spa, sanatórios, casas de repouso, lares de terceira idade, centros de tratamento de toxicodependentes e alcoólicos e outros estabelecimentos similares;**
- w) Tratamentos realizados no âmbito de especialidades não reconhecidas pela Ordem dos Médicos, tais como, entre outras, homeopatia, osteopatia, fototerapia, quiroprática, psicologia, parapsicologia, etc.;**
- x) Internamentos com o propósito de receber tratamentos de Fisioterapia;**
- y) Internamentos com o propósito de obter cuidados paliativos a longo prazo;**
- z) Assistência e tratamento hospitalar por razões de carácter social;**
- aa) Hospitalizações que tenham por objectivo principal o diagnóstico, análises, radiografias ou radioscopia, excepto quando em consequência do referido diagnóstico e de posterior avaliação médica (relatório) a *Pessoa Segura* tenha necessidade de ficar internada;**
- bb) Mudança de sexo ou relativas a qualquer tratamento por desordens do género;**
- cc) Check-up e exames gerais de saúde;**
- dd) Consultas ou exames médicos que sejam necessários para a emissão de certificados, declarações ou informação para qualquer tipo de documento que não tenha uma clara função assistencial;**
- ee) Alcoolismo e tratamentos relativos a toxicodependência ou consumo de estupefacientes ou narcóticos, ainda que prescritos por um médico;**
- ff) Prática profissional de desportos e acidentes ocorridos durante a participação em competições desportivas com veículos a motor ou nos respectivos treinos;**
- gg) Acidentes ocorridos e doenças contraídas por força de calamidades naturais de tipo catastrófico;**
- hh) Acidentes ou doenças contraídas em consequência de revoluções, insurreições, rebeliões, devido à existência de um estado de guerra, declarado ou não;**

- ii) Lesões ou doenças provocadas por radioactividade, irradiações ou emanações, nucleares ou ionizantes;
- jj) Suicídio ou tentativa de suicídio da *Pessoa Segura*, bem como outros actos intencionais praticados sobre si própria;
- kk) Actos praticados pela *Pessoa Segura*, intencionalmente ou com negligência grave, designadamente actos temerários, apostas ou desafios;
- ll) Acto criminoso ou contrário à ordem pública de que o *Tomador de Seguro* ou a *Pessoa Segura* seja autor material ou moral ou de que seja cúmplice;
- mm) Intervenção em rixas, salvo em legítima defesa, própria ou alheia, de bens e pessoas;
- nn) Acção ou omissão da *Pessoa Segura*, influenciada pelo uso de estupefacientes (sem prescrição médica) ou bebidas alcoólicas de que resulte grau de alcoolemia igual ou superior àquele que, em caso de condução sob o efeito do álcool, determine a prática de contraordenação ou crime;
- oo) Doenças profissionais e acidentes de trabalho;
- pp) Despesas realizadas com médicos que sejam a própria pessoa, cônjuge, pais, sogros, filhos, irmãos ou cunhados da *Pessoa Segura*;
- qq) Despesas que sejam abrangidas por protocolos, sistemas ou subsistemas de saúde ou outras formas de participação a que a *Pessoa Segura* tenha direito ou de que beneficie, excepto na parte remanescente e não participada pelos mesmos;
- rr) Despesas infectocontagiosas quando em situação de pandemia ou epidemia declarada;
- ss) Despesas com outros serviços que não sejam clinicamente necessários.

CLÁUSULA 6ª – Obrigações do Segurador

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

- a) Informar o *Tomador de 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 o manter em vigor.
- b) Efectuar os pagamentos devidos nos termos do presente contrato.

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

Constituem obrigações do *Tomador de Seguro* e das *Pessoas Seguras* assegurar ao *Segurador* a prestação de toda informação clínica que lhe seja solicitada, bem como facultar toda a documentação que possua e seja adequada à averiguação de uma situação pré-existente. 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 Para ser aceite como *Pessoa Segura*, deverá, à data do início do *Contrato de Seguro*, cumprir cumulativamente os seguintes requisitos de elegibilidade:

- a) Preencher todos os campos da *Proposta de Seguro*, a qual será assinada pelo *Tomador de Seguro*.
- b) Declarar ter tomado prévio conhecimento das condições do *Contrato de seguro*, aceitando que em caso de falsas declarações ou

omissões o contrato se tornará nulo e sem efeito.

8.2 A aceitação do seguro, relativamente a cada *Pessoa Segura*, pressupõe uma confirmação prévia pelo *Segurador*, através da emissão de uma *Apólice* e das respectivas *Condições Particulares*.

8.3 No caso de se estar perante mais do que uma *Pessoa Segura* por Contrato estas condições aplicam-se a todos os Aderentes.

CLÁUSULA 9ª – Períodos de Carência

9.1 Não serão aplicáveis períodos de carência aos serviços prestados através da *Rede de Prestadores e Serviços de Assistência*.

9.2 Salvo disposição em contrário prevista nas *Condições Particulares*, o período de carência referente aos cuidados de saúde ao abrigo da cobertura de *Subsídio Diário por Internamento Hospitalar*, é de 90 dias a contar da data de início do contrato ou da adesão das *Pessoas Seguras*.

9.3 Não haverá lugar a *Período de Carência* em caso de *Acidente* que requeira tratamento de urgência em hospital.

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) 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*;

c) Falta de pagamento do *Prémio*, nos termos legais aplicáveis;

d) Em caso de não renovação do contrato.

10.2 A cessação das coberturas concedidas por efeito da celebração do presente contrato relativamente ao *Tomador de Seguro*, determina a cessação imediata e automática das coberturas para o respectivo *Agregado Familiar*.

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 respectivo pagamento.

11.2 Os *Prémios* seguintes são devidos até à data de renovação da *Apólice*, devendo, para o efeito, o *Segurador* comunicar ao *Tomador de 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 efectuada 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 noutra, 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 fraccionado.

11.5 O *Prémio* correspondente à adesão de outras *Pessoas Seguras*, para além do *Tomador de 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 accionamento 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 *Fracções* 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, nos termos da cláusula 8ª.

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 respectiva *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 efectuar 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 mostrem esgotados os limites disponíveis na anuidade em que o contrato cessa 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 30 dias após o termo de vigência do contrato, salvo motivo de força maior.
- 13.4 Em caso de dúvida caberá ao *Tomador de Seguro* e/ou à *Pessoa Segura* a prova dos factos previstos nos números anteriores.

13.5 A obrigação do Segurador a que se reporta o nº2 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 de 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 de Seguro pode por justa causa, a todo o tempo, resolver o presente contrato, desde que comunique ao Segurador, por intermédio de correio registado ou de qualquer outro meio do qual fique registo escrito e 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 inexacta ou incompleta de qualquer acto médico, facto ou circunstância, susceptível 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.**

c) No caso de fraude, considerando-se como tal a obtenção ou a tentativa de obtenção de um benefício ilegítimo por parte do Tomador de 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 os limites anuais ainda disponíveis.

14.4 A resolução do contrato produz, regra geral, os seus efeitos às 24 horas do 30.º dia a contar da recepção da respectiva comunicação, excepto se o motivo da resolução do contrato for má-fé ou fraude, caso em que a resolução produzirá efeitos na data da recepção da comunicação por parte do Tomador de Seguro.

CLÁUSULA 15ª – Direito de Renúncia

15.1 Se o contrato for celebrado pelo prazo de um ano renovável por igual período, o Tomador de Seguro, sendo pessoa singular, dispõe do prazo de 30 dias, contados da recepção 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 efectuada 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 efectuado 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 subrogada, naquela exacta medida, nos eventuais direitos das Pessoas Seguras contra este.

16.2 O Tomador de Seguro ou as Pessoas Seguras responderão, até ao limite da indemnização suportada pelo Segurador, por acto 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 respectivos 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 actos dolosos.

CLÁUSULA 17ª – Alterações Contratuais

17.1 Inclusão de pessoas:

Durante a vigência do contrato o *Tomador do Seguro* pode pedir a inclusão de pessoas que façam parte do seu *Agregado Familiar*, através do preenchimento da Proposta de Alteração. A estas *Pessoas Seguras* serão aplicados os respectivos *períodos de carência* previstos na Cláusula 9ª destas condições, beneficiando as mesmas dos limites de cobertura que estiverem em vigor na anuidade em que for solicitada a sua inclusão.

17.2 Exclusão de Pessoas:

Durante a vigência do contrato o *Tomador do Seguro* pode pedir a exclusão de pessoas que façam parte do seu *Agregado Familiar*, através do preenchimento da Proposta de Alteração. A exclusão só produzirá efeito decorridos 30 (trinta) dias da recepção da comunicação pelo Segurador, salvo em caso de divórcio ou de falecimento da *Pessoa Segura* em que produz efeitos de imediato. Nestes casos o *Segurador* estornará o prémio *pro rata temporis* relativo ao período já pago e ainda não decorrido e não cobrará os prémios vincendos. O *Segurador* comunicará ao *Tomador do Seguro* ou ao aderente as novas condições do contrato através da emissão de uma *Acta 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 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 sector 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 20ª – Protecção 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 Protecção de Dados – RGPD (Regulamento UE 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho de 27 de abril de 2016 relativo à protecção 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 protecção 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 protecção 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 acidental ou ilícita, perda acidental, 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 adstrita.

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 21^a – 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 recepção pelo destinatário.

CLÁUSULA 22^a – Lei Aplicável e Foro Competente

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

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

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

22.3 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.

22.4 O Tribunal competente para a propositura das acções 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 de Seguro* e/ou *Pessoa Segura*.

22.5 Se o *Tomador de Seguro* for uma pessoa colectiva e a acção houver de ser instaurada contra esta, então a acção 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 de Seguro*.

CLÁUSULA 23^a – 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 actos médicos prestados ou pela qualidade dos tratamentos efectuados por qualquer instituição ou indivíduo nem pelas suas consequências.

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS

Âmbito das Coberturas

1. O **Segurador** assegura o credenciamento, habilitação técnica e legal de todos os colaboradores, parceiros e demais entidades referidas na sua **Rede de Prestadores**, não existindo, contudo, qualquer relação de subordinação hierárquica e/ou funcional entre estes e o **Segurador**. Nessa medida, o **Segurador** é alheio a qualquer diferendo ou litígio entre o **Tomador do Seguro e/ou as Pessoas Seguras** e a **Rede de Prestadores** resultante dos serviços prestados por estes ao abrigo do presente Contrato, não respondendo, portanto, por quaisquer acções ou omissões destes, nem pelos danos decorrentes dos seus actos.
2. A **Rede de Prestadores** poderá, em qualquer altura, ser objecto de modificação pelo **Gestor de Serviços de Saúde**, quanto à natureza, ao preço e/ou à localização dos serviços e benefícios proporcionados ao abrigo deste Contrato. Qualquer modificação ou actualização será disponibilizada online e poderá ser consultada através do website da Saúde Prime.
3. Para efeitos de utilização dos serviços previstos nestas **Condições Especiais**, é necessário apresentar o **Cartão de Beneficiário** denominado “**Cartão Saúde Prime**”, conjuntamente com outro documento de identificação oficial com fotografia.
4. No caso de utilização abusiva dos serviços por parte do **Tomador de Seguro e/ou Pessoa Segura**, o **Segurador** reserva o direito de suspender a prestação dos serviços definidos no objecto deste contrato até que se mostre sanada a utilização abusiva, sendo o **Tomador de Seguro e/ou Pessoa Segura** o único responsável pelos danos que dessa utilização resultem para a **Rede de Prestadores**, para o **Segurador** ou para terceiros.
5. As **Prestações Convencionadas** previstas nesta **Condição especial** são válidas exclusivamente na **Rede de Prestadores Convencionados**.
6. O pagamento dos cuidados de Saúde abrangidos nas Coberturas identificadas são da exclusiva responsabilidade da **Pessoa Segura**, não existindo lugar a reembolso.
7. Encontram-se excluídos do âmbito das presentes **Condições Especiais** os seguintes serviços e benefícios:
 - a. Quaisquer serviços médicos domiciliários de carácter permanente e contínuo;
 - b. Todos os serviços e/ou benefícios que não estejam incluídos na **Rede de Prestadores**.

Descrição das Coberturas

1. Cuidados de Saúde na Rede de Prestadores convencionados
-

Ao abrigo da presente **Condição Especial** fica garantido, nos termos estipulados nas **Condições Particulares**, o acesso a cuidados de saúde, na **Rede de Prestadores**, a valores convencionados 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

2. Cuidados de Saúde na Rede de Prestadores de Medicina Dentária

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**, a valores convencionados 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.

3. Cuidados de Saúde na Rede de Prestadores de Oftalmologia

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 Oftalmologia**, a valores convencionados e sem limites de utilização, nos serviços abaixo descritos:

- Consultas
- Tratamentos
- Cirurgias

4. Cuidados de Saúde na Rede de Prestadores Enfermagem

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 convencionados e sem limites de utilização, para actos específicos de enfermagem.

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** liquida o co pagamento estipulado nas **Condições Particulares**.

5. Cuidados na Rede Saúde e Bem Estar

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**, a valores convencionados ou descontos, sem limites de utilização.

6. Check Up Anual

Ao abrigo da presente condição especial e de acordo com o estipulado nas respectivas **Condições Particulares** fica garantido, a realização de um check-up anual por **Pessoa Segura**, que consiste num conjunto de exames previamente definidos, a valores convencionados, em prestadores com acordo para o serviço de Check-Up.

7. Serviço de 2ª Opinião Médica

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 respectivo 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 Direcção 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 Direcção clínica entenda não existir motivo para accionar a cobertura;
- b) Todo e qualquer serviço relacionado com a obtenção de um primeiro diagnóstico;
- c) Quaisquer perdas ou danos originados, directa ou indirectamente, 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 actos médicos adicionais, ainda que resultantes de recomendação obtida no âmbito desta **Condição especial**.

8. Assistência Médica no Domicílio

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** liquida o co pagamento 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 carga da *Pessoa Segura* ficam o valor dos medicamentos e respectivo transporte.

9. Subsídio Diário por internamento Hospitalar

Ao abrigo da presente condição especial fica garantido que o *Segurador* pagará um Subsídio Diário, de acordo com o valor estipulado nas *Condições Particulares*, caso exista um *Internamento* hospitalar da *Pessoa Segura*, por um período superior a 24 horas e que este decorra de *Acidente* ou *Doença* coberta e que tenha ocorrido ou se tenha manifestado durante o período de vigência do contrato.

Os dias subsequentes serão considerados por cada 24 horas e o dia da alta hospitalar, será indemnizável apenas quando a *Pessoa Segura* tiver alta em horário posterior às 18 horas.

a) Aplicação de Franquia:

Esta cobertura terá uma *Franquia* de 7 dias (por episódio de hospitalização), sendo este subsídio devido a partir do oitavo dia de hospitalização.

b) Duração do pagamento

O subsídio diário será devido, por *Pessoa Segura*, a partir do 8º dia de

Internamento e até um limite máximo de 60 dias por episódio de hospitalização e de 90 dias por anuidade contratual.

c) Internamentos Sucessivos

Nos casos de *Internamentos* sucessivos, que tenham origem na mesma causa/ *Acidente/ Doença* cobertos por esta *Apólice* e que sejam separados por intervalos menores a 12 meses, cada Episódio ou Período de hospitalização será considerado como continuação do anterior, para efeitos da contagem do limite máximo de dias, por anuidade contratual e do máximo por Episódio de Hospitalização.

No caso de um *Internamento* sucessivo se prolongar por mais de 12 meses, o limite máximo de dias será repostado de forma automática, mesmo que o motivo da hospitalização seja o mesmo já anteriormente coberto.

Nos casos de traslados de pacientes entre diferentes unidades hospitalares durante o mesmo Episódio de *Internamento*, e sempre que entre a saída de uma unidade hospitalar e a entrada na seguinte unidade hospitalar medeie menos que 12 horas, não se aplicará novamente o período de *Franquia* para a segunda hospitalização.

Em todos os outros casos, será sempre aplicada a *Franquia* de 7 dias.

d) Internamentos em Hospitais Militares
Os internamentos em Hospitais Militares, Paramilitares e similares só serão abrangidos se a *Pessoa Segura* for sujeita a intervenção cirúrgica. Neste caso o subsídio diário fica limitado aos valores estipulados nos pontos anteriores.

e) Período de Carência

A esta cobertura aplicam-se 90 dias de *Período de Carência*.

f) Procedimento para activar a presente cobertura:

Para efeitos desta Condição Especial e em caso de Hospitalização da *Pessoa Segura*, o *Tomador de Seguro* e/ou a *Pessoa Segura*, devem, nos 30 dias imediatos à data de início da hospitalização, enviar o *Segurador*, os seguintes documentos:

- i. Documento emitido pela Unidade Hospitalar, onde se indica a causa e a data de início e termo da hospitalização no mesmo estabelecimento,**
- ii. Participação do *Sinistro*, em que se descrevem as circunstâncias do mesmo,**
- iii. Relatório do médico responsável pela hospitalização, em que se refere, a causa e natureza da *Doença/Acidente*,**

No caso de a causa ser *Doença*, é necessário ainda detalhar:

- A *Doença* que causou a hospitalização**
- A data de manifestação dos primeiros sintomas**
- A data do diagnóstico**

A data em que foi feita a recomendação da hospitalização e duração prevista.