

**A – SEGURADOR**

Una Seguros S.A., entidade legalmente autorizada para a exploração do Seguro de Saúde.

**B - PRODUTO**

Seguro de Saúde Individual Viva+Saudável.

**C - ÂMBITO DO RISCO**

- O contrato garante à pessoa segura, em caso de sinistro ocorrido durante a sua vigência, um conjunto de coberturas integradas na respetiva condição especial no domínio dos cuidados de saúde que pode integrar prestações na rede, prestações por reembolso e serviços de assistência.
- O contrato de seguro pode garantir, nos termos e limites para o efeito fixados nas condições especiais e particulares, as seguintes coberturas desde que contratadas conforme o plano escolhido:
  - ✓ 1. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR
  - ✓ 2. SUBSÍDIO DIÁRIO
  - ✓ 3. PARTOS
  - ✓ 4. ASSISTÊNCIA MÉDICA AMBULATÓRIA
  - ✓ 5. ESTOMATOLOGIA
  - ✓ 6. ASSISTÊNCIA (Domiciliária, Transporte de Urgência, Assistência Telefónica em Caso de Urgência e Assistência em Viagem)
  - ✓ 7. ACESSO ÀS REDES - Assistência Médica e Bem-Estar
  - ✓ 8. SEGUNDA OPINIÃO MÉDICA INTERNACIONAL
- As coberturas efetivamente contratadas constam das Condições Particulares e o seu âmbito encontra-se em cada condição especial conforme o plano contratado e que se detalham abaixo na letra F.
- O seguro de Saúde é comercializado em três opções conforme o seguinte plano de coberturas:
- O contrato não garante quaisquer despesas médicas ou medicamentosas reclamadas pelo Serviço Nacional de Saúde.

Coberturas	Planos			Franquias	Dentro da Rede	Fora da Rede
	LIGHT	PLUS	BEST		Valor a pagar Pessoa Segura	% de Reembolso
<b>1. Assistência Hospitalar</b> · Quimioterapia/Radioterapia (sublimite)	€ 25.000 nd	€ 25.000 nd	€ 60.000 € 6.000	Fora de Rede € 250,00 p/sinistro	10% min € 250 e max € 500	60% do limite K (a) 100% das Txs Moderad. do SNS
<b>2. Subsídio Diário (b)</b> (Internamento Hospitalar)	€ 50/dia	€ 50/dia	€ 70/dia	5 dias	-	-
<b>3. Partos</b> · Parto Natural / Cesariana / IIG	nd	€ 1.250	€ 2.500	-	10% min €250 e max € 500	60% sobre o limite «K» (a)
<b>4. Assistência Médica Ambulatória (c)</b> · Consultas · Urgência · Análises Clínicas · Anatomia Patológica · RX · Ecografias · TAC · RMN · Fisioterapia/Terapia da Fala /Cinesioterapia · Outros exames e tratamentos	nd	€ 1.250	€ 3.000	-	€ 15,00 € 40,00 € 1,50 (p/análise) € 7,50 € 7,50 € 12,50 € 27,50 € 65,00 € 8,00 10%	60%  100% das Taxas Moderadoras do SNS
<b>5. Estomatologia</b> · Ato Médico · Próteses estomatológicas	nd	nd	€ 300	Franquia Partilhada € 50,00 /ano	-- € 10,00 20%	60%
<b>6. Assistência</b> · Assistência Clínica Domiciliária · Transporte de Urgência · Assistência Telefónica · Assistência em Viagem	ilimitado	ilimitado	ilimitado	-	€ 25,00 - - -	-
<b>7. Acesso à Rede</b>	ilimitado	ilimitado	ilimitado	-	Valores Convenc.	-
<b>8. 2ª Opinião Médica Internacional</b>	nd	nd	ilimitado	-	-	-

nd = não disponível

(a) Limite "K" = €6,73. O valor "K" é um coeficiente de ponderação para a valorização de atos médicos, que é utilizado como indicador da complexidade de cada ato médico e que consta no Código de Nomenclatura e Valor Relativo de Atos Médicos e foi publicado pela Ordem dos Médicos em 26 de julho de 1997. (b) Até ao limite de 60 dias por sinistro e anuidade. (c) Plano Best: Inclui 6 consultas de Psiquiatria. Fora de Rede fica estabelecido um sublimite de € 500,00 para Fisioterapia / Terapia da Fala / Cinesioterapia, incluindo Terapêuticas Não Convencionais, com um limite de 15 sessões de fisioterapia. Plano Plus: Inclui 3 consultas de Psiquiatria. Fora de Rede fica estabelecido um sublimite de € 250,00 para Fisioterapia / Terapia da Fala / Cinesioterapia, incluindo Terapêuticas Não Convencionais, com um limite de 15 sessões de fisioterapia.

## D – EXCLUSÕES APLICÁVEIS A TODAS AS COBERTURAS

1. Salvo convenção expressa nas condições particulares não serão comparticipadas as despesas resultantes de:

- a) Tratamentos resultantes de hábitos etílicos e/ou toxicodependências crónicas ou agudas, bem como todas as doenças ou lesões adquiridas pela Pessoa Segura por ter agido com uma taxa de álcool no sangue igual ou superior a 0,5g/l ou sob influência de estupefacientes, outras drogas ou produtos tóxicos;
- b) Tratamentos relacionados com patologia do foro psicopatológico nomeadamente consultas de psicanálise, psicologia, psicoterapia e respetiva medicação, assim como internamento hospitalar daí resultante.
- c) Acidentes e doenças pré-existentes bem como de correção de doenças e malformações congénitas, exceto quando digam respeito a filhos nascidos durante a vigência do contrato e incluídos no contrato de seguro no prazo de 30 dias a contar da data de nascimento, desde que o contrato esteja pelo menos há um ano em vigor na Una Seguros;
- d) Doenças ou lesões resultantes dos efeitos da radioatividade e doenças epidémicas oficialmente declaradas;
- e) Estada de repouso, convalescença, tratamentos termais e consultas, exames ou tratamentos médico ou cirúrgicos relacionados com a obesidade de qualquer tipo;
- f) Correções estéticas ou plásticas, exceto se resultarem de doença manifestada ou acidente ocorrido na vigência do contrato do qual tenha originado um prévio acionamento das garantias da apólice. Tratamentos de Rejuvenescimento;
- g) Testes de gravidez, Check-up e exames gerais de saúde;
- h) Sida e suas implicações;
- i) Enfermagem privativa;
- j) Tratamentos de infertilidade ou qualquer método de fecundação artificial;
- k) Quaisquer despesas associadas a métodos contraceptivos ou realizadas com essa finalidade, nomeadamente quaisquer métodos de controlo de natalidade e planeamento familiar (Despesas com medicamentos, tratamentos ou intervenções cirúrgicas com finalidades contraceptivas);
- l) Tratamentos refrativos à miopia, astigmatismo e hipermetropia (cirúrgica ou laser);
- m) Acidentes resultantes de crimes ou atos dolosos da pessoa segura, intervenção voluntária em duelos ou rixas, bem como de tentativa de suicídio;
- n) Acidentes ocorridos na prática profissional de desportos, na prática de provas desportivas integradas em campeonatos e nas competições com veículos providos ou não de motor, assim como respetivos treinos;
- o) Acidentes ocorridos na prática de esqui e outros desportos de neve, esqui aquático, surf, Kitesuf, body board, mergulho e caça submarina, artes marciais, desportos de combate, espeleologia, paraquedismo, parapente, tauromaquia, equitação, escalada, canoing, bungee-jumping rappel, alpinismo e outros desportos analogamente perigosos;
- p) Acidentes ocorridos e doenças contraídas em consequência de calamidades naturais de tipo catastrófico, durante revoluções ou devido à existência de um estado de guerra, declarado ou não;
- q) Acidentes ocorridos e doenças contraídas devido a participação em greves, assaltos, tumultos, distúrbios laborais, alterações da ordem pública, atos de terrorismo, como tal considerados pela legislação penal portuguesa vigente e de sabotagem;
- r) Acidentes de trabalho e doenças profissionais, conforme legislação em vigor;
- s) Acidentes de viação abrangidos pelo regime obrigatório de seguro de responsabilidade civil;
- t) Despesas com deslocações e alojamento em Portugal e no estrangeiro;
- u) Tratamentos de hemodiálise e transplante de órgãos ou de tecidos;
- v) Serviços Clinicamente não necessários e Cuidados Paliativos;

- w) Despesas de natureza particular (telefone, aluguer de T.V., despesas de bar e outras) e as efetuadas com acompanhantes.
- x) Assistência Hospitalar por razões de carácter meramente social.
- y) Todas as despesas associadas a novas técnicas e/ou tecnologias cuja evidência de eficácia clínica não esteja devidamente comprovada na relação custo/benefício bem como procedimentos médicos experimentais.

## E – PERÍODOS DE CARÊNCIA

1. Salvo convenção em contrário expressa nas condições particulares, em caso de doença, a entrada em vigor das garantias está sujeita a um período de carência de 60 dias;
2. Salvo convenção em contrário, o período de carência é alargado para:
  - a) 540 dias em caso de:
    - ✓ Todas as despesas originadas por gravidez.
  - b) 365 dias em caso de:
    - ✓ Intervenção cirúrgica às varizes;
    - ✓ Tratamentos cirúrgicos às Amígdalas, adenoides, ouvidos, septo nasal ou cornetos;
    - ✓ Litíase renal e vesicular;
    - ✓ Tratamentos às Hemorroidas, ou Fissuras ou Fístulas Anais;
    - ✓ Tratamento da úlcera gastroduodenal;
    - ✓ Miomas Uterinos;
    - ✓ Plastia Mamária de Aumento ou Redução;
    - ✓ Tratamentos à Tiróide;
    - ✓ Colecistite;
    - ✓ Tratamentos às *doenças* das articulações;
    - ✓ Cirurgia relacionada com hipertrofia benigna da próstata;
    - ✓ Cataratas;
    - ✓ Roncopatia/apneia do sono;
    - ✓ Tratamentos às lesões benignas da pele.
    - ✓ Tratamentos a hérnias.

**§ único** - Os prazos previstos nos pontos anteriores, contam-se a partir da data da adesão da pessoa segura.

## F- ÂMBITO DAS COBERTURAS

### F1.1 – ASSISTÊNCIA HOSPITALAR – PLANOS LIGHT E PLUS

Na presente cobertura, o segurador participará na percentagem e montante máximo anual fixados nas condições particulares, nas despesas efetuadas pela pessoa segura com ASSISTÊNCIA HOSPITALAR, com os atos médicos, de diagnóstico ou terapêuticos, desde que decorrentes de

- ✓ realização de cirurgia;
- ✓ não ocorrendo cirurgia, de Internamento Hospitalar por período igual ou superior a 24 horas

Consideram-se abrangidas as despesas efetuadas com:

1. Diária hospitalar da pessoa segura.
2. Honorários médicos e cirúrgicos:
  - a) Honorários de cirurgião, anestesista e ajudantes;
  - b) Outros honorários médicos.
3. Outras despesas de internamento:
  - a) Enfermagem geral (não privativa);
  - b) Alojamento de acompanhante de pessoa segura até 12 anos de idade;
  - c) Medicamentos;
  - d) Elementos auxiliares de diagnóstico;
  - e) Piso da sala de operações e material utilizado (nomeadamente gases de anestesia, oxigénio, material de osteossíntese, próteses intracirúrgicas);

- f) Transporte de ambulância para e do hospital desde que o estado de saúde da pessoa segura o justifique.

### EXCLUSÕES

Para além das exclusões previstas no Artº 9º das condições gerais, ficam ainda excluídas as despesas efetuadas com:

- a) Cirurgia do Foro Estomatológico, exceto se em consequência de acidente abrangido por este contrato e ocorrido durante a sua vigência;
- b) Próteses e Ortóteses de qualquer classe, bem como quaisquer outros artigos de tratamento ou correção médica que não sejam cirurgicamente indispensáveis;
- c) Parto natural, cesariana ou interrupção de gravidez;
- d) Tratamentos de Quimioterapia ou Radioterapia.

### F1.2- ASSISTÊNCIA HOSPITALAR – PLANO BEST

Na presente cobertura, o segurador comparticipará na percentagem e montante máximo anual fixados nas condições particulares, nas despesas efetuadas pela pessoa segura com ASSISTÊNCIA HOSPITALAR, com os atos médicos, de diagnóstico ou terapêuticos, desde que decorrentes de

- ✓ realização de cirurgia;
- ✓ não ocorrendo cirurgia, de Internamento Hospitalar por período igual ou superior a 24 horas
- ✓ tratamentos de Quimioterapia/Radioterapia com sublimite de capital fixado nas condições particulares.

Consideram-se abrangidas as despesas efetuadas com:

- 1. Diária hospitalar da pessoa segura.
- 2. Honorários médicos e cirúrgicos:
  - a) Honorários de cirurgião, anestesista e ajudantes;
  - b) Outros honorários médicos.
- 3. Outras despesas de internamento:
  - a) Enfermagem geral (não privativa);
  - b) Alojamento de acompanhante de pessoa segura até 12 anos de idade;
  - c) Medicamentos;
  - d) Elementos auxiliares de diagnóstico;
  - e) Piso da sala de operações e material utilizado (nomeadamente gases de anestesia, oxigénio, material de osteossíntese, próteses intracirúrgicas);
  - f) Transporte de ambulância para e do hospital desde que o estado de saúde da pessoa segura o justifique.

### EXCLUSÕES

Para além das exclusões previstas no Artº 9º das condições gerais, ficam ainda excluídas as despesas efetuadas com:

- a) Cirurgia do Foro Estomatológico, exceto se em consequência de acidente abrangido por este contrato e ocorrido durante a sua vigência;
- b) Próteses e Ortóteses de qualquer classe, bem como quaisquer outros artigos de tratamento ou correção médica que não sejam cirurgicamente indispensáveis;
- c) Parto natural, cesariana ou interrupção de gravidez.

### F2 – SUBSÍDIO DIÁRIO - TODOS OS PLANOS

#### GARANTIA

Quando contratada esta cobertura, o segurador pagará à pessoa segura, o subsídio diário em caso de internamento hospitalar, de acordo com os valores e períodos fixados nas condições particulares.

**ÂMBITO DA COBERTURA**

- ✓ Entende-se por subsídio diário, no caso de internamento hospitalar da pessoa segura, a importância, diária e fixa, devida enquanto subsistir o internamento, pelo prazo estipulado nas condições particulares;
- ✓ Só é devida a prestação de subsídio diário quando o internamento da pessoa segura for originado por doença, parto natural ou cesariana, interrupção involuntária da gravidez ou acidente garantidos nos termos do presente contrato e desde que se encontrem decorridos os respetivos períodos de carência;
- ✓ O segurador só liquidará o subsídio diário a partir do quinto dia de internamento.

**F3- PARTOS - PARA OS PLANOS PLUS E BEST****GARANTIA**

Na presente cobertura o segurador participará na percentagem e montante máximo anual fixados nas condições particulares, nas despesas efetuadas pela pessoa segura (com idade superior a 18 anos), durante o período de hospitalização em caso de:

- a) Parto normal;
- b) Interrupção involuntária da gravidez;
- c) Cesariana.

§ Único - Cabem no âmbito desta garantia todas as despesas enumeradas na cobertura 1. Assistência Hospitalar, quando diretamente relacionadas com o parto.

**PERÍODO DE CARÊNCIA**

Esta cobertura produz efeitos após o decurso de um período de 540 dias.

**F4.1- ASSISTÊNCIA MÉDICA AMBULATORIA - PARA O PLANO PLUS****GARANTIA**

A presente cobertura garante nos termos e limites para o efeito fixados nas condições particulares, o pagamento de despesas efetuadas com os atos médicos, de diagnóstico ou terapêuticos ou cirúrgicos, que não requeiram os meios e serviços existentes em ambiente hospitalar, mesmo que nele sejam realizados, a seguir indicados:

- a) Honorários médicos de consultas, incluindo-se o limite máximo de 3 consultas de psiquiatria;
- b) Honorários médicos e de enfermagem relativos a outros atos médicos realizados em regime ambulatorio;
- c) Exames auxiliares de diagnóstico e atos médicos terapêuticos;  
No regime de Prestações Diretas, o acesso aos serviços garantidos por esta cobertura carece de prévia Autorização nos seguintes casos:
  1. Polissonografia;
  2. Ressonância Magnética Nuclear;
  3. Tomografia Axial Computorizada;
  4. Meios Invasivos de Diagnostico e Terapêutica em Cardiologia;
  5. Meios Invasivos de Diagnostico e Terapêutica Vascular;
  6. Hemodiálise;
  7. Medicina Nuclear;
  8. Genética;
  9. Quimioterapia e Radioterapia
- d) Tratamentos Fisioterapia / Terapia da Fala / Cinesioterapia;  
No regime de Prestações Diretas (em rede) o acesso aos serviços garantidos por esta cobertura não carece de prévia autorização, sem limite de sessões.  
No regime de prestações por reembolso (fora de rede), o segurador participará na percentagem e montante fixado nas condições particulares, todos os tratamentos, com um limite de 15 sessões por pessoa/ano.

- e) No que diz respeito às terapêuticas não convencionais, são elegíveis, exclusivamente no regime de reembolso, a Acupuntura, Homeopatia, Osteopatia, Naturopatia, Fitoterapia e Quiropráxia.

**EXCLUSÕES**

Para além das situações previstas nas condições gerais da Apólice, a presente cobertura não garante as despesas efetuadas com consultas e tratamentos do foro estomatológico nem garante medicamentos ou quaisquer produtos com fins terapêuticos.

**F4.2- ASSISTÊNCIA MÉDICA AMBULATÓRIA - PARA O PLANO BEST****GARANTIA**

A presente cobertura garante nos termos e limites para o efeito fixados nas condições particulares, o pagamento de despesas efetuadas com os atos médicos, de diagnóstico ou terapêuticos ou cirúrgicos, que não requeiram os meios e serviços existentes em ambiente hospitalar, mesmo que nele sejam realizados, a seguir indicados:

- a) Honorários médicos de consultas, incluindo-se o limite máximo de 6 consultas de psiquiatria;
- b) Honorários médicos e de enfermagem relativos a outros atos médicos realizados em regime ambulatorio;
- c) Exames auxiliares de diagnóstico e atos médicos terapêuticos;  
No regime de Prestações Diretas, o acesso aos serviços garantidos por esta cobertura carece de prévia Autorização nos seguintes casos:
  - 1) Polissonografia;
  - 2) Ressonância Magnética Nuclear;
  - 3) Tomografia Axial Computorizada;
  - 4) Meios Invasivos de Diagnostico e Terapêutica em Cardiologia;
  - 5) Meios Invasivos de Diagnostico e Terapêutica Vascular;
  - 6) Hemodiálise;
  - 7) Medicina Nuclear;
  - 8) Genética;
- d) Tratamentos Fisioterapia / Terapia da Fala / Cinesioterapia:  
No regime de Prestações Diretas (em rede) o acesso aos serviços garantidos por esta cobertura não carece de prévia autorização, sem limite de sessões.  
No regime de prestações por reembolso (fora de rede), o segurador compartilhará na percentagem e montante fixado nas condições particulares, todos os tratamentos, com um limite de 15 sessões por pessoa/ano.
- e) No que diz respeito às terapêuticas não convencionais, são elegíveis, exclusivamente no regime de reembolso, a Acupuntura, Homeopatia, Osteopatia, Naturopatia, Fitoterapia e Quiropráxia

**EXCLUSÕES**

Para além das situações previstas nas condições gerais da Apólice, a presente cobertura não garante as despesas efetuadas com consultas e tratamentos do foro estomatológico nem garante medicamentos ou quaisquer produtos com fins terapêuticos.

**F5- ESTOMATOLOGIA - APENAS PARA O PLANO BEST****GARANTIA**

A presente cobertura garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas condições particulares, o pagamento de despesas efetuadas com os atos médicos, de diagnóstico ou terapêuticos, do foro estomatológico, que requeiram ou não os meios e serviços existentes em ambiente hospitalar, a seguir indicados:

- a) Honorários médicos;
- b) Exames auxiliares de diagnóstico;
- c) Próteses estomatológicas;
- d) Materiais e todos os produtos associados aos atos médicos realizados;

- e) Acomodação e utilização das infraestruturas necessárias para a realização dos atos médicos (diárias, bloco operatório e equipamentos);
- f) Medicamentos ministrados durante o internamento hospitalar;
- g) Implantes;
- h) Aparelhos de Ortodôncia incluindo os moldes e estudos.

## EXCLUSÕES

Para além das situações previstas nas condições gerais da apólice, a presente cobertura não garante ainda as despesas efetuadas com:

- a) Doenças pré-existentes;
- b) Tratamentos efetuados com utilização de metais preciosos.

## PERÍODO DE CARÊNCIA

Derrogando o ponto 1 do art.º 10º das CG, não se aplicam períodos de carência a esta cobertura.

## F6 – ASSISTÊNCIA – TODOS OS PLANOS

Esta cobertura é garantida no regime de Prestações Diretas e carece sempre de prévia Autorização Especial, que deverá ser solicitada diretamente ao Centro de Atendimento a Clientes

### 6.1. ASSISTÊNCIA MÉDICA DOMICILIÁRIA

A presente cobertura garante à pessoa segura, sempre que o seu estado de saúde o justifique e nos termos e limites para o efeito fixados nas condições particulares, o pagamento das despesas efetuadas com honorários de consultas médicas a realizar no domicílio da pessoa segura.

A pessoa segura suportará, no ato da consulta, o pagamento de coparticipação fixada nas condições particulares.

### 6.2. TRANSPORTE DE URGÊNCIA

A presente cobertura confere à pessoa segura, sempre que o seu estado de saúde o justifique, o direito a:

- a) Transporte clínico de urgência em ambulância até à Unidade Hospitalar mais próxima;
- b) Vigilância por parte da equipa médica do segurador, em colaboração com o médico assistente da pessoa segura, para determinação das medidas convenientes ao melhor tratamento a seguir e do meio mais adequado a utilizar numa eventual transferência para outra Unidade Hospitalar mais apropriado ou até ao seu domicílio;
- c) Transporte clínico, da pessoa segura da Unidade Hospitalar em que se encontre internada para outra unidade Hospitalar que lhe seja prescrita;
- d) Transporte clínico de regresso ao seu domicílio habitual, após alta médica.

### 6.3. ASSISTÊNCIA TELEFÓNICA EM CASO DE URGÊNCIA

Esta cobertura garante à pessoa segura:

- a) A possibilidade de, em caso de urgência, contactar telefonicamente com o Serviço de Apoio Médico Telefónico, através do Centro de Atendimento a Clientes, que prestará apoio e aconselhamento tendo em vista a adoção de medidas que visem a melhoria da sua saúde;
- b) Que, em caso de emergência, nomeadamente estando em risco uma função vital ou importante, o segurador, de acordo com a pessoa segura, acionará os meios de socorro disponíveis e indicados para tais situações.

O Aconselhamento e Apoio Médico concedido ao abrigo desta condição especial visa a identificação dos sintomas que a pessoa segura comunique telefonicamente ao Centro de Atendimento a Clientes, cabendo a este sugerir a utilização dos meios mais adequados ao tipo de situação comunicada, com indicação da eventualidade da mesma carecer de cuidados médicos presenciais ou de outro tipo de ações. A responsabilidade desta garantia fica, pois, limitada à responsabilidade decorrente deste tipo de ato médico nas circunstâncias não presenciais em que é praticado.

**EXCLUSÕES:**

Para além das situações previstas nas condições gerais da apólice, a presente cobertura não garante ainda:

- a) Eventuais danos por atrasos ou dificuldades no acesso ao Centro de Atendimento a Clientes, em consequência de anomalias nas redes de telecomunicações;
- b) Eventuais consequências de atraso ou negligência imputáveis à pessoa segura no recurso à assistência médica, bem como as consequências das informações deficientes, incorretas ou inexatas por elas prestadas ou por terceiros sob as suas intenções;
- c) Eventuais consequências do não cumprimento, por parte da pessoa segura, das indicações fornecidas através do Centro de Atendimento a Clientes.

**6.4. ASSISTÊNCIA EM VIAGEM**

A presente cobertura confere à pessoa segura, quando em viagem em Portugal ou deslocação no Estrangeiro não superior a 60 dias, o direito a um Serviço de Assistência, nos termos e limites para o efeito fixados nas condições particulares, de acordo com as seguintes garantias:

- a) Admissão - Em caso de doença ou acidente sobrevindos à pessoa segura, que implique a necessidade do seu internamento ou tratamento, devidamente justificado, em hospital ou clínica, o segurador tratará dos procedimentos necessários à admissão da pessoa segura na Unidade Hospitalar escolhida.
- b) Transporte - No caso da pessoa segura necessitar de transporte para a unidade onde irá ser internada, ou tratada, e esteja fisicamente impossibilitada de utilizar um meio de transporte normal, o segurador garantirá o seu transporte, em ambulância, veículo sanitário ligeiro ou outro meio de transporte que a gravidade da afeção justifique, até à unidade de internamento ou de tratamento indicada pela pessoa segura. Por solicitação da pessoa segura, o segurador organizará idêntico serviço para um acompanhante, seja médico, familiar ou outro.

Após alta clínica o segurador garantirá o transporte de regresso, em meio de transporte adequado, para a pessoa segura, bem como para o acompanhante, conforme condições definidas na apólice.

O segurador somente se obriga a transportar a pessoa segura sujeita a internamento numa Unidade Hospitalar fora do território nacional, quando esta já se encontre no estrangeiro à data do evento ocorrido de modo súbito ou desde que não exista em Portugal qualquer unidade onde o tratamento possa ser desenvolvido.

O serviço é ainda garantido quando não haja possibilidade de internamento em tempo útil em unidade de Saúde no território nacional, estando em risco de vida a pessoa segura.

Se a pessoa segura for portadora de doença contagiosa, a utilização do transporte de avião de linha fica condicionada à autorização da companhia aérea transportadora. No caso de não ser concedida autorização, a pessoa segura, se o desejar, poderá optar por qualquer meio de transporte, previamente acordado entre o seu médico assistente e os clínicos do segurador.

- c) Despesas de Funeral e Repatriamento - Se, durante o período de internamento hospitalar no estrangeiro, a pessoa segura falecer, o segurador suportará eventuais despesas relacionadas com as formalidades legais a cumprir no local do falecimento, bem como com as decorrentes do transporte do corpo e da urna desde o local do evento até ao funeral em Portugal e das despesas de funeral, até ao valor máximo de EUR 1.250,00.
- d) Alta sob Vigilância Clínica - Se para efeitos de consulta ou após alta médica em consequência do internamento hospitalar, a pessoa segura necessitar de ficar alojada fora da sua residência habitual para vigilância médica, o segurador garante o alojamento por ela escolhido, suportando a respetiva despesa até ao valor máximo de EUR 50,00/dia, no máximo de 7 (sete) dias por sinistro e por anuidade.
- e) Saída da Unidade de Saúde - Após a alta médica em consequência de internamento hospitalar, o segurador encarregar-se-á de todos os procedimentos administrativos necessários à saída da pessoa segura, junto da Unidade Hospitalar, garantindo-se igual serviço em caso de morte da pessoa segura durante o internamento.
- f) Envio de Medicamentos - No caso do médico assistente haver prescrito à pessoa segura medicamentos, o segurador garantirá a sua procura e envio se os mesmos não se encontrarem disponíveis no local onde a pessoa segura se encontra.
- g) O custo de aquisição desses medicamentos será por conta da pessoa segura.



**F7 – ACESSO ÀS REDES – TODOS OS PLANOS****GARANTIA**

A presente cobertura garante à pessoa segura, nos termos e limites para o efeito fixados nas condições particulares, o direito de acesso à Rede de Assistência Médica em Portugal e à Rede Bem-Estar, suportando a pessoa segura a totalidade dos custos convencionados com o Gestor de Rede (nas coberturas em que não há capital garantido), nos seguintes serviços:

**7.1. Ambulatório\_Plano Light**

- a) Honorários de Consultas médicas;
- b) Honorários médicos e de enfermagem relativos a outros atos médicos realizados em regime Ambulatório;
- c) Materiais e produtos associados aos atos médicos realizados em regime Ambulatório;
- d) Exames Auxiliares de Diagnóstico;
- e) Tratamentos do foro da Medicina Física e de Reabilitação (Fisioterapia, Terapia Fala, Cinesioterapia);

**7.2. Estomatologia Planos Light e Plus**

- a) Honorários Médicos,
- b) Exames Auxiliares de Diagnóstico;
- c) Próteses Estomatológicas;
- d) Materiais e todos os produtos associados aos atos médicos realizados;

**7.3. Terapêuticas Não Convencionais e Rede Bem-Estar\_Planos Light, Plus e Best**

- a) Acupunctura; Homeopatia; Osteopatia; Naturopatia; Fitoterapia e Quiropráxia.
- b) Estética, Ginásios/Health Clubs, SPA's, Shiatsu, Talassoterapia, Termalismo, Nutrição, Podologia, Psicologia, Genética, Preparação Parto, Criopreservação Células Estaminais, Parafarmácias e Óticas.

**F8 – SEGUNDA OPINIÃO MÉDICA INTERNACIONAL**

Pela presente cobertura, desde que indicada nas Condições Particulares, a Seguradora, através dos Serviços Clínicos do Gestor de Rede, coloca à disposição da Pessoa Segura, um serviço de Segunda Opinião Médica Internacional, possibilitando a obtenção de uma segunda opinião relativamente ao diagnóstico da sua patologia e/ou respetivos tratamentos médicos adequados por parte de Médicos Especialistas Internacionais de reconhecido prestígio. Os Serviços Clínicos do Gestor de Rede reúnem toda a documentação clínica em poder da Pessoa Segura necessária para acionar a cobertura da Segunda Opinião Médica Internacional.

Para acionar este Serviço é necessário o preenchimento prévio do respetivo formulário de requisição fornecido pelo Gestor de Rede.

Após análise do processo por parte dos Especialistas Médicos Internacionais, será entregue à Pessoa Segura um relatório, detalhado em Português, que incluirá Resumo do Processo Clínico, Motivo da Segunda Opinião Médica Internacional, Processo de Seleção dos Especialistas Médicos Internacionais, Segunda Opinião dos Especialistas Médicos Internacionais e Curriculum dos Especialistas selecionados.

**G - DURAÇÃO, RENOVAÇÃO E DENÚNCIA DO CONTRATO**

O contrato pode ser celebrado por um período de tempo certo e determinado (seguro temporário) ou por um ano e seguintes, caso em que se renovará sucessivamente no termo de cada anuidade, por períodos anuais, exceto se qualquer das partes o denunciar com a antecedência de, pelo menos, 30 dias em relação ao termo da anuidade.

**H - DIREITO DE LIVRE RESOLUÇÃO DO CONTRATO**

1. O Tomador de Seguro que seja pessoa singular dispõe de um prazo de trinta dias (30) a contar da receção da apólice, para expedir carta ou outro meio duradouro disponível e acessível ao Segurador, renunciando aos efeitos do contrato, com a obrigatoriedade de devolução do respetivo Cartão de Saúde.
2. O prazo referido no nº 1 conta-se a partir da data de celebração do contrato, desde que o tomador de seguro nessa data disponha em papel ou noutro suporte duradouro, de todas as informações relevantes sobre o seguro que tenham de constar da apólice.
3. O exercício da livre resolução determina a cessação do contrato, extinguindo todas as obrigações dele decorrentes, com efeitos a partir da celebração do mesmo, tendo o Segurador direito ao valor do prémio calculado "pró rata temporis", na medida em que tenha suportado o risco até à resolução do contrato e ao montante das despesas razoáveis que tenha efetuado com exames médicos, sempre que esse valor seja imputado contratualmente ao Tomador do Seguro

**I - DECLARAÇÃO INICIAL DO RISCO**

1. O Tomador do Seguro e a Pessoa Segura estão obrigados, antes da celebração do contrato, a declarar com exatidão todas as circunstâncias que conheça e razoavelmente devam ter por significativas para a apreciação do risco pelo Segurador.
2. O disposto no nº 1 é igualmente aplicável a circunstâncias cuja menção não seja solicitada em questionário fornecido pelo Segurador.
3. Em caso de incumprimento doloso do disposto no nº 1, o contrato é anulável, nos termos e com as consequências previstas na lei.
4. Em caso de incumprimento com negligência do disposto no nº 1, o Segurador pode optar pela cessação ou alteração do contrato, nos termos e com as consequências previstas na lei.

**J – O PRÉMIO**

1. O prémio a pagar ao Segurador será calculado por aplicação das taxas de tarifa ou de referência do Segurador ao plano de cobertura, indicado na proposta pelo Tomador do Seguro. A taxa de tarifa varia em função da idade.
2. Quando acordado entre o Segurador e o Tomador do Seguro, o prémio poderá ser pago fracionadamente, com uma periodicidade mensal, trimestral ou semestral.
3. O prémio ou fração inicial é devido na data da celebração do contrato, pelo que a eficácia deste depende do pagamento respetivo.
4. Os prémios ou frações seguintes são devidos na data indicada no aviso para pagamento respetivo.
5. Nos termos da lei, na falta de pagamento do prémio ou fração inicial o contrato considera-se resolvido desde o início, não produzindo quaisquer efeitos.
6. Nos termos da lei, o Segurador avisará o Tomador do Seguro, por escrito, até 30 dias antes da data em que os prémios ou frações seguintes são devidos. Se, porém, tiver sido acordado o pagamento do prémio em frações com periodicidade inferior à trimestral, o Segurador pode optar por não enviar o referido aviso, fazendo, nesse caso, constar de documento contratual as datas de vencimento das frações, os seus montantes e as consequências da falta de pagamento.
7. A falta de pagamento do prémio de uma anuidade subsequente ou da 1ª fração deste na data em que é devido, impede a prorrogação do contrato, pelo que este não se renova. A falta de pagamento de qualquer outra fração do prémio na data em que é devida, determina a resolução automática e imediata do contrato nessa mesma data.
8. A falta de pagamento, na data indicada no aviso, de um prémio adicional, desde que este decorra de um pedido do Tomador do Seguro para alteração da garantia que não implique agravamento do risco, determinará que a alteração fique sem efeito, mantendo-se as condições contratuais em vigor anteriormente àquele pedido, a menos que a subsistência do contrato se revele impossível, caso em que se considera resolvido na data do vencimento do prémio não pago.
9. As disposições dos números anteriores são aplicáveis ao pagamento dos prémios ou frações devidos por cada um dos aderentes no caso de se tratar de seguro de grupo, quando este seguro seja contributivo e o Tomador do Seguro e o Segurador hajam estabelecido que o respetivo pagamento seja efetuado ao Segurador pelo aderente.

**K- RESPONSABILIDADE MÁXIMA DO SEGURADOR EM CADA PERÍODO DE VIGÊNCIA DO CONTRATO**

1. Os valores máximos garantidos pelo contrato, assim como as franquias contratadas e os períodos de carência aplicáveis, constam das Condições Particulares e vigoram em cada anuidade do contrato.
2. O Segurador garante à Pessoa Segura o pagamento, em moeda euro, das despesas efetuadas, até ao limite contratado, em cada período de vigência do contrato.
3. Salvo convenção em contrário, nas situações de acerto de vencimento, os valores garantidos são proporcionais ao tempo em risco.

**L- TRANSMISSÃO DO CONTRATO**

1. O Tomador do Seguro, não sendo a pessoa segura, pode transmitir a sua posição contratual a um terceiro, sem necessidade do consentimento da Pessoa Segura, no vencimento do contrato, devendo para o efeito solicitar com antecedência mínima de 30 dias;
2. A cessão da posição contratual depende do consentimento do Segurador, devendo ser comunicada à Pessoa Segura;
3. Em caso de Morte do Tomador de Seguro, que não seja a pessoa segura, pode a posição contratual ser transmitida àquela ou a terceiro, nos termos dos números anteriores.

**M- RECLAMAÇÕES E AUTORIDADE DE SUPERVISÃO**

A apresentação de qualquer reclamação relacionada com o presente contrato ou com as obrigações e direitos dele decorrentes, pode ser efetuada diretamente ao Segurador ou através da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões, Autoridade de Supervisão da atividade Seguradora.

**N- LEI APLICÁVEL**

A lei aplicável a este contrato é a lei portuguesa.

**Esta informação não dispensa a leitura atenta das Condições Gerais, Especiais e Particulares do contrato.**