

A - SEGURADOR

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

B - PRODUTO

Seguro de Saúde Individual Sénior Ativo

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:
 - ASSISTÊNCIA MÉDICA HOSPITALAR
 - ASSISTÊNCIA MÉDICA AMBULATÓRIA
 - ASSISTÊNCIA MÉDICA DOMICILIÁRIA
 - ESTOMATOLOGIA
 - PRÓTESES E ORTÓTESES
- 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:

GARANTIAS	PLANOS			Pessoa Segura		Segurador	
	Opção Base	Opção 1	Opção 2	Franquias	Valor a cargo da Pessoa Segura	Comparticipação	Outras Condições
Assistência Médica Hospitalar (F1) - Quimioterapia/ Radioterapia	€ 25.000 -	€ 60.000 € 6.000	€ 200.000 Incluído, sem sublimite	n/a	10% min € 250	90% / 50% (1)	K máximo de € 6 (1)
Assistência Médica Ambulatória (F2) - Honorários Médicos - Elementos Auxiliares de Diagnóstico - Tratamentos Convencionais - Terapêuticas Não Convencionais	-	€ 3.000	€ 10.000	Franquia por pessoa segura: €80/ano	20%	80%	Limites Máximos Comparticipáveis (2)
Estomatologia (D3) - Tratamentos - Próteses estomatológicas	-	€ 300	€ 1.000	Franquia por pessoa segura: €80/ano	25%	75%	n/a
Próteses e Ortóteses (F4) - Ortóteses Oftalmológicas (<i>sublimite</i>)	-	-	€ 1.000 € 200	n/a	25%	75%	
Assistência Médica Domiciliária (F5)	Ilimitado	Ilimitado	Ilimitado	n/a	€ 15 p/Assistência	n/a	
Acesso à Rede de Prestadores* (CE11)	Ilimitado	Ilimitado	Ilimitado	n/a	n/a	n/a	
* Rede AdvanceCare: Acesso a preços convencionados sendo suportados integralmente pela pessoa segura exceto na Assistência Hospitalar							

(1) 90% de reembolso se utilizada a Rede AdvanceCare e 50% de reembolso se fora da Rede AdvanceCare e sobre limite do K (coeficiente de ponderação para a valorização de atos médicos e que é utilizado como indicador da complexidade de cada ato, e que consta no Código de Nomenclatura e Valor Relativo de Atos Médicos e publicado pela Ordem dos Médicos em 26 de julho de 1997. Exemplo: uma cirurgia em bloco operatório poderá ter desde 50Ks a mais de 750Ks).

(2) RMN; € 180,00, Ecografia/RX: €45,00; TAC: € 90,00; Consultas: € 50,00.

- O contrato não garante quaisquer despesas médicas ou medicamentosas reclamadas pelo Serviço Nacional de Saúde.

D - EXCLUSÕES APLICÁVEIS A TODAS AS COBERTURAS

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 Seguradora;
- 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 médicos 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.
- g) Tratamentos de Rejuvenescimento;
- h) Testes de gravidez, Check-up e exames gerais de saúde;
- i) Sida e suas implicações;
- j) Enfermagem privativa;
- k) Tratamentos de infertilidade ou qualquer método de fecundação artificial;
- l) 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);
- m) Tratamentos refrativos à miopia, astigmatismo e hipermetropia (cirúrgica ou laser) para situações com menos de quatro dioptrias
- n) Acidentes resultantes de crimes ou atos dolosos da pessoa segura, intervenção voluntária em duelos ou rixas, bem como de tentativa de suicídio;
- o) 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;
- p) Acidentes ocorridos na prática de esqui e outros desportos de neve, esqui aquático, *surf*, *Kitesurf*, *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;
- q) 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;
- r) 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;
- s) Acidentes de trabalho e doenças profissionais, conforme legislação em vigor;
- t) Acidentes de viação abrangidos pelo regime obrigatório de seguro de responsabilidade civil;
- u) Despesas com deslocações e alojamento em Portugal e no estrangeiro;
- v) Tratamentos de hemodiálise e transplante de órgãos ou de tecidos;
- w) Serviços clinicamente não necessários e Cuidados Paliativos;
- x) Despesas de natureza particular (telefone, aluguer de T.V., despesas de bar e outras) e as efetuadas com acompanhantes;
- y) Assistência Hospitalar por razões de carácter meramente social;

- z) 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 E DATA DE PRODUÇÃO DE EFEITOS

1. A entrada em vigor das garantias está sujeita a um período de carência de 90 dias;

Nas transferências de seguro a data de produção de efeitos quer para períodos de carência e doenças preexistentes é a data início das pessoas seguras no Seguro de onde vêm transferidas para os capitais e condições da apólice anterior.

2. O período de carência é alargado para:

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 Tireoide;
- ✓ Colecistite;
- ✓ Tratamentos às doenças das articulações;
- ✓ Cirurgia relacionada com hipertrofia benigna da próstata;
- ✓ Cataratas;
- ✓ Tratamentos refrativos à miopia, astigmatismo e hipermetropia (cirúrgica ou laser) para situações com mais de quatro dioptrias;
- ✓ 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 - ASSISTÊNCIA HOSPITALAR (APLICÁVEL ÀS OPÇÕES BASE, 1 E 2)

1. GARANTIA

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:

- o Necessidade de Internamento Hospitalar de Medicina sem realização de cirurgia por período igual ou superior a 24 horas;
- o Ou por período inferior se tratar-se da realização de cirurgia de valor superior a 100ks;
- o Na Opção Base: não se incluem Tratamentos de Quimioterapia/Radioterapia.
- o Na Opção 1: Tratamentos de Quimioterapia/Radioterapia com sublimite de capital fixado nas condições particulares.
- o Na Opção 2: Tratamentos de Quimioterapia/Radioterapia sem sublimite de capital.

Consideram-se abrangidas as despesas efetuadas com:

- 1.1. Diária hospitalar da pessoa segura.
- 1.2. Honorários médicos e cirúrgicos:
 - a) Honorários de cirurgião, anestesista e ajudantes;
 - b) Outros honorários médicos.

1.3. 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.

2. EXCLUSÕES

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

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

3. ÂMBITO TERRITORIAL

A garantia é válida em todo o Mundo, exceto EUA e Canadá que necessita de acordo prévio da Seguradora.

F2- ASSISTÊNCIA MÉDICA AMBULATORIA (APLICÁVEL ÀS OPÇÕES 1 E 2)

1. 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;
- b) Honorários médicos e de enfermagem relativos a outros atos médicos realizados em regime ambulatorio;
- c) Exames auxiliares de diagnóstico e atos médicos terapêuticos;
- d) Medicina Física e Reabilitação: dentro do limite fixado nas condições particulares inclui-se a terapia da fala, 15 sessões de fisioterapia e terapêuticas não convencionais: Acupuntura, Homeopatia, Osteopatia, Naturopatia, Fitoterapia e Quiropráxia
- e) Pequena Cirurgia.

2. 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

3. ÂMBITO TERRITORIAL

A garantia é válida em todo o Mundo, exceto EUA e Canadá que necessita de acordo prévio da Seguradora.

F3- ESTOMATOLOGIA (APLICÁVEL ÀS OPÇÕES 1 E 2)**1. 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 Ortodontia incluindo os moldes e estudos.

2. 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.

3. ÂMBITO TERRITORIAL

A garantia é válida em todo o Mundo, exceto EUA e Canadá que necessita de acordo prévio da Seguradora.

F4 - PRÓTESES E ÓRTOTÉSES (APLICÁVEL À OPÇÃO 2)**1. DEFINIÇÃO**

Entende-se por:

- o **PRÓTESE:** Todo o instrumento clinicamente concebido e/ou recomendado, que tem por finalidade a substituição total ou parcial de um membro ou órgão.
- o **ÓRTOTESE:** Todo o instrumento clinicamente concebido e/ou recomendado, que tem por finalidade ajudar o membro ou órgão a cumprir no todo ou em parte, a sua função.

2. GARANTIA

Quando contratada esta cobertura, a seguradora participará na percentagem e montante máximo anual fixados nas condições particulares, as despesas efetuadas pela pessoa segura com a aquisição de próteses ou ortóteses, desde que prescritas por um médico da especialidade ou por optometrista no caso previsto na alínea g), do presente artigo nela se incluindo:

- a) Pernas, mãos, braços, articulados ou eletrónicos;
- b) Próteses oculares (olhos de vidro, acrílicos, etc.);
- c) Próteses auditivas;
- d) Próteses por incontinência urinária;
- e) Próteses Ortopédicas - a participação incide unicamente sobre o acréscimo do custo de adaptação/correção sobre o calçado normal prescrito pelo especialista;
- f) Ortóteses auditivas;
- g) Ortóteses oculares.

3. EXCLUSÕES

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

- a) Próteses estomatológicas;
- b) Socos ortopédicos e calçado ortopédico;

- c) Canadianas;
- d) Aquisição ou aluguer de cadeiras de rodas, camas articuladas, colchões, almofadas e rolos ortopédicos;
- e) Pilhas, relacionadas com o ponto 2 alínea c);
- f) O extravio, roubo ou quebra de ortóteses oculares;
- g) Aros adquiridos isoladamente;
- h) Óculos sol, graduados ou não;
- i) Testes e consultas de optometrista;
- j) Collants, meias elásticas, cintas ortopédicas; e artigos utilizados para o tratamento das varizes;
- k) Próteses capilares.

4. ÂMBITO TERRITORIAL

A garantia é válida em todo o Mundo, exceto EUA e Canadá que necessita de acordo prévio da Seguradora.

F5 - ASSISTÊNCIA CLÍNICA DOMICILIÁRIA (APLICÁVEL ÀS OPÇÕES BASE, 1 E 2)

1. GARANTIA

Quando contratada esta cobertura, o segurador disponibilizará, mediante uma franquia indicada nas condições particulares por consulta, e através de um contacto telefónico da pessoa segura para o número fornecido pelo segurador para o efeito, um serviço de assistência médica domiciliária, nos casos de situações de doença súbita, ocorridas nas últimas 72 horas.

O acionamento da cobertura pressupõe a deslocação de um médico que procederá a observação clínica do paciente no domicílio, com a conseqüente atitude terapêutica ou prescrição de medicamentos, ou encaminhamento para consulta ou, caso assim se justifique, a evacuação do doente para uma unidade hospitalar. O transporte do doente para um hospital, no âmbito do atendimento médico domiciliário, é gratuito.

A Assistência Médica Domiciliária funciona 365 dias por ano, 24 horas por dia.

2. EXCLUSÕES

Sem prejuízo das exclusões previstas nas condições gerais aplicáveis a esta cobertura, o valor da franquia não é reembolsável ao abrigo desta ou de outra cobertura disponibilizada.

3. ÂMBITO TERRITORIAL

O âmbito territorial desta cobertura é Portugal.

G- IDADE LIMITE DE SUBSCRIÇÃO E IDADE LIMITE DE PERMANÊNCIA

A Idade mínima de subscrição para os titulares do contrato é de 55 anos e a idade máxima de adesão é de 74 anos. Não existe idade máxima de permanência.

H - 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.

I - 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

J - 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.

K - 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 renovará. 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 no caso de seguro de grupo, são aplicáveis ao pagamento dos prémios ou frações devidos por cada um dos aderentes ao seguro de grupo, quando este seguro seja contributivo e o Tomador do Seguro e o Segurador hajam estabelecido que o 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 (ASF), 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.