

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:
 - ASSISTÊNCIA HOSPITALAR**
 - PARTOS**
 - SEGUNDA OPINIÃO MÉDICA INTERNACIONAL**
 - ASSISTÊNCIA MÉDICA AMBULATORIA**
 - SERVIÇOS MEDICOS AO DOMICILIO (Médico Domicilio, Entrega de Medicamentos, Enfermagem)**
 - ESTOMATOLOGIA**
 - PRÓTESES E ORTÓTESES**
 - ACESSO ÀS REDES** - Assistência Médica Portugal e Espanha, Estomatologia e Medicina Dentária, Bem-Estar e Assistência às Pessoas
- 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 cinco opções conforme os planos de coberturas abaixo indicados.
- O contrato não garante quaisquer despesas médicas ou medicamentosas reclamadas pelo Serviço Nacional de Saúde.

COBERTURAS	Assinale a opção pretendida:					Copagamento (a cargo do Cliente)	
	LIGHT	LIGHT +	MIDDLE	PLUS	BEST +	REDE	FORA DE REDE
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
CAPITAL	CAPITAL	CAPITAL	CAPITAL	CAPITAL			
HOSPITALIZAÇÃO (a) (internamentos, cirurgias, oncologias)	€17.500,00	€17.500,00	€75.000,00	€75.000,00	€100.000,00	10% min 250€ máx 500€(b) (c)	50%
PARTOS	-	-	€2.000,00	€2.000,00	€2.500,00		
2ª OPINIÃO MÉDICA	ilimitado	ilimitado	ilimitado	ilimitado	ilimitado		
AMBULATORIO . Consultas . Urgência (d) . Análises e Exames (e) . Anatomia Patológica/ Raio X (e) . Ecografias (e) . TAC (e) . Ressonância Magnética (e) . Outros atos . Fisioterapia / Terapia da Fala /Cinesioterapia	-	8 consultas, 3 análises e 3 exames (f)	€2.750,00	€2.750,00	€2.750,00	€15,00 €37,50 10% min 2€ 10% min 7,5€ 10% min 15€ 10% min 25€ 10% min 50€ 10%	50% (máx. 35€)
MÉDICO ONLINE	incluído	incluído	incluído	incluído	incluído	2 consultas gratuitas (g) Restantes 15€	
SERVIÇOS CLÍNICOS AO DOMICILIO .Médico ao domicilio .Entrega Medicamentos ao domicilio .Enfermagem ao domicilio (h)	incluído	incluído	incluído	incluído	incluído	15 €	-
	incluído	incluído	incluído	incluído	incluído	1€ por entrega (necessita receita)	
	10 dias max. 300€	10 dias max. 300€	10 dias max. 300€	10 dias max. 300€	10 dias max. 300€	Depende do serviço	
ESTOMATOLOGIA E MEDICINA DENTÁRIA (i)	-	-	-	€250 (reembolso)	€500 (reembolso)	Valores contratados Rede AdvanceCare ou Dentinet	50%
PRÓTESES E ORTÓTESES .Óculos e lentes (sublimite)	-	-	-	-	€2000 (reembolso) €250 (reembolso)	-	50%
ACESSO REDES ADVANCECARE . Rede Médica Portugal e Espanha . Rede de Estomatologia e Medicina Dentária . Rede de Bem-estar	incluído					Valores contratados na Rede Médica Valores contratados na Rede AdvanceCare e Dentinet Valores contratados na Rede Bem-estar	
ASSISTÊNCIA ÀS PESSOAS	incluído					Depende do serviço	

(a) Os honorários do cirurgião, anestesista e ajudantes Fora da Rede ficam limitados ao valor decorrente do n.º de K correspondente ao ato médico, multiplicado pelo valor de K médico de 7€. (b) Em caso de intervenção cirúrgica ao joelho, os copagamentos a cargo da Pessoa Segura dentro e fora da Rede serão aumentados em 10%, no mínimo de 500€ e máximo de 1.000€. (c) Valor pago por internamento/cirurgia. (d) O copagamento é único por consulta independentemente do n.º de especialistas consultado. (e) Valor pago por ato médico (no caso das análises considera-se valor por cada análise). (f) Apenas disponível dentro da Rede (nesta opção não existe reembolso fora da Rede). (g) As duas primeiras consultas são gratuitas. (h) No âmbito da assistência às pessoas. (i) Nos planos Plus e Best + poderá enviar a despesa para reembolso, sendo comparticipada em 50% dentro da rede.

D – LIMITE DE IDADE DAS GARANTIAS

As garantias das Pessoas Seguras cessam automaticamente no fim da anuidade em que a Pessoa Segura, seja titular ou cônjuge, complete 70 anos, ou, no caso dos filhos, quando perfaçam os 30 anos.

E – EXCLUSÕES APLICÁVEIS A TODAS AS COBERTURAS

1. Salvo convenção expressa em contrário nas respetivas Condições Particulares, não ficam garantidas ao abrigo do presente contrato as prestações resultantes de:

- a) Doenças ou lesões consequentes de acidente pré-existentes, conforme definido na alínea d), do n.º4, do artigo 1.º;
- b) Gravidez pré-existente, conforme definido na alínea e), do n.º 4, do artigo 1.º;
- c) Interrupção voluntária da gravidez;
- d) Doenças ou malformações congénitas, exceto quando digam respeito a crianças nascidas durante a vigência do contrato e incluídas no contrato de seguro no prazo de trinta (30) dias a contar do nascimento, desde que a totalidade do agregado familiar já se encontre incluída no contrato e que este se encontre em vigor na Apólice há, pelo menos, um ano;
- e) Consultas, tratamentos e/ou cirurgias de carácter estético ou plástico, exceto quando consequência de acidente ocorrido ou doença manifestada durante a vigência deste contrato;
- f) Consultas, exames ou tratamentos de emagrecimento e rejuvenescimento;
- g) Tratamentos ou cirurgias para correção de obesidade, incluindo situações de obesidade mórbida;
- h) Consultas, exames e tratamentos do foro da nutrição e dietética;
- i) Consultas, exames e/ou tratamentos de infertilidade ou qualquer método de fecundação artificial e suas consequências, nomeadamente as interrupções involuntárias da gravidez, ficando, no entanto, garantidas as despesas com o parto normal ou cesariana que venha a resultar dos tratamentos, quando tenha sido contratada a respetiva cobertura;
- j) Alcoolismo e tratamentos relativos à toxicodependência, bem como todas as doenças ou lesões adquiridas pela Pessoa Segura por ter agido sob influência de álcool, estupefacientes, outras drogas ou produtos tóxicos, quando não prescritos por receita médica;
- k) Doenças resultantes dos efeitos de radioatividade;
- l) Tratamentos de Hemodiálise;
- m) Transplante de órgãos, tecidos e suas implicações, salvo convenção expressa em contrário nos termos de cobertura adicional, quando contratada e indicada nas Condições Particulares;
- n) Quaisquer patologias resultantes, direta ou indiretamente da ação do vírus da imunodeficiência humana (S.I.D.A.);
- o) Tratamento às varizes, nomeadamente injeções esclerosantes e laser;
- p) Internamento/tratamento refrativo à miopia, astigmatismo e hipermetropia (cirúrgico ou laser);
- q) Cirurgias para correção da roncopia;
- r) Doenças epidémicas oficialmente declaradas;

- s) Acidentes de trabalho e doenças profissionais bem como outros acidentes ou doenças que devam ficar garantidos por seguro obrigatório;
 - t) Quaisquer lesões resultantes de:
 - ✓ Calamidades naturais;
 - ✓ Atos de terrorismo, incluindo aqueles que se consubstanciem na utilização de armas bacteriológicas ou agentes químicos ou ainda na contaminação do meio ambiente;
 - ✓ Atos de guerra, guerra civil e perturbações da ordem pública;
 - ✓ Intervenção em atos criminosos;
 - ✓ Intervenção em rixas, salvo em caso de legítima defesa, própria ou alheia de bens e pessoas;
 - u) Os acidentes derivados de:
 - ✓ Prática de esqui e outros desportos na neve, mergulho, caça submarina, esqui aquático, motonáutica, canoing, rafting, equitação, tauromaquia ou largada de touros, caça de animais ferozes ou que sejam considerados perigosos, pugilismo, artes marciais, luta, boxe, espeleologia, escalada, slide, rappel, alpinismo, bungee-jumping, BTT, queda livre, parapente, asa delta e paraquedismo;
 - ✓ Participação em competições desportivas e respetivos treinos, quer como profissional quer como amador;
 - ✓ Prática de desportos motorizados, a título profissional ou amador, pontualmente ou com carácter de regularidade;
 - v) Os acidentes inerentes à utilização de veículos motorizados, incluindo os de duas rodas, quando as despesas deles resultantes devam ser indemnizadas no âmbito da responsabilidade civil automóvel;
 - w) Atos médicos praticados em consequência de doença ou acidente que tenha sido intencionalmente provocado pela Pessoa Segura, incluindo a tentativa de suicídio ou o agravamento do seu estado de saúde.
2. De igual modo, ao abrigo do presente contrato não fica garantido o pagamento de quaisquer despesas relacionadas com:
- a) Curas de repouso, exames gerais de rotina e check-up;
 - b) Despesas de saúde, quando, de acordo com o estado de saúde da Pessoa Segura, os tratamentos a realizar tenham uma finalidade meramente paliativa, para convalescença, reabilitação psicomotora ou motivos sociais.
 - c) Métodos contraceptivos ou realizadas com essa finalidade, nomeadamente quaisquer métodos de controlo de natalidade e planeamento familiar, incluindo despesas com medicamentos, tratamentos ou intervenções cirúrgicas com finalidades contraceptivas;
 - d) Consultas e/ou tratamentos não reconhecidos oficialmente pela Ordem dos Médicos portuguesa;
 - e) Todas as despesas associadas a procedimentos médicos classificados como experimentais, assim como novas técnicas e/ou tecnologias cuja evidência de eficácia clínica ainda não esteja devidamente comprovada;
 - f) Serviços que não sejam clinicamente necessários, conforme definidos no artigo 1.º;
 - g) Aquisição ou aluguer dos seguintes artigos medicinais, nomeadamente:
 - ✓ Algálias e sacos de contenção de urina;
 - ✓ Sacos de colostomia e urostomia;
 - ✓ Seringas de insulina ou agulhas para canetas de insulina;
 - ✓ Tapetes anti-escara;
 - ✓ Fraldas de contenção;
 - ✓ Lombostatos;
 - ✓ Fundas;
 - ✓ Cintas de sustentação;
 - ✓ Colares cervicais;
 - ✓ Fitas teste para diabéticos;
 - ✓ Meias elásticas;
 - ✓ Palmilhas;
 - ✓ Aparelhos de aerossóis;

- ✓ Seringas e agulhas;
 - ✓ Imobilizadores articulares;
 - ✓ Suspensores braquiais;
 - ✓ Ligaduras, joelheiras, punhos e pés elásticos;
 - ✓ Soutiens;
 - ✓ Almofadas e colchões medicinais;
- h) Tratamentos de enfermagem prestados no domicílio ou em internamento hospitalar não contemplados nos serviços do hospital;
- i) Atos realizados por profissionais de saúde que sejam cônjuge, pais, filhos ou irmãos da Pessoa Segura;
- j) Despesas com acompanhantes, exceto nos casos de internamento de crianças de idade inferior a 14 anos;
- k) Despesas de natureza particular, tais como, comunicações, aluguer de equipamentos de som e/ou imagem, etc.;
- l) Deslocações e alojamento em Portugal e no estrangeiro, salvo quando as mesmas se encontrarem garantidas ao abrigo das coberturas contratadas, conforme indicado nas respetivas Condições Especiais.
3. Sempre que a cobertura fornecida por esta apólice implique a violação de quaisquer embargos ou sanções financeiras ou económicas emitidas pela União Europeia, pelo Conselho de Segurança das Nações Unidas, pelo OFAC (Office of Foreign Assets Control) ou pelo HM Treasury, a cobertura será considerada nula, não produzindo quaisquer efeitos. Em complemento do disposto no ponto anterior, de acordo com as normas nacionais e internacionais e com as boas práticas de negócio, o Segurador reserva-se o direito de se abster de executar qualquer operação sobre a apólice, que esteja ou que se suspeite estar relacionada com a prática dos crimes de branqueamento de capitais e/ou financiamento ao terrorismo.

F - PERÍODOS DE CARÊNCIA

1. São fixados, nas Condições Particulares e nas Condições Especiais aplicáveis, os períodos de tempo que medeiam entre a data de adesão ao seguro e a data em que as respetivas garantias podem ser acionadas.
2. O período de carência é alargado para 1 ano (365 dias) nos casos de despesas motivadas por:
- ✓ Intervenção cirúrgica às varizes;
 - ✓ Intervenção cirúrgica do foro ginecológico e urológico por patologia benigna;
 - ✓ Litotricia renal e vesicular;
 - ✓ Cirurgia e tratamentos proctológicos;
 - ✓ Cirurgia da mama por patologia benigna;
 - ✓ Cirurgia da tiroide por patologia benigna;
 - ✓ Colectomia;
 - ✓ Operações aos ouvidos, nariz e garganta;
 - ✓ Qualquer ato cirúrgico ao joelho ou anca;
 - ✓ Excisão de lesões cutâneas ou subcutâneas benignas;
 - ✓ Tratamento/cirurgia do foro oftalmológico;
 - ✓ Intervenção cirúrgica a hérnias;
 - ✓ Aritmologia;
 - ✓ Gravidez;
 - ✓ Interrupção involuntária da gravidez;
 - ✓ Parto.
3. Não haverá lugar à aplicação de qualquer período de carência em caso de acidente que requeira tratamento de urgência em hospital, quer em regime de internamento, quer em regime ambulatorio.
- Para efeito do acima disposto, considera -se tratamento de urgência aquele que deva ser efetuado no prazo máximo de 48 horas após o sinistro.

G – ÂMBITO DAS COBERTURAS

G1 – ASSISTENCIA HOSPITALAR – TODOS OS PLANOS

GARANTIA

1. Ao abrigo da presente Condição Especial, quando contratada e expressamente indicada nas Condições Particulares, fica garantido o **pagamento das despesas** efetuadas pela Pessoa Segura em regime de prestações convencionadas ou prestações indemnizatórias em consequência de **Hospitalização** da Pessoa Segura numa unidade hospitalar, motivada por **doença ou acidente** garantido pelo contrato.
2. Fica nomeadamente garantido o pagamento das despesas relacionadas com:
 - a) Honorários médicos, nomeadamente os relativos ao médico-cirurgião, anestesista, ajudantes e instrumentistas;
 - b) Internamento em unidades de cuidados intensivos;
 - c) Quimioterapia realizada em regime ambulatorio ou adquirida em hospital e efetuada no domicílio;
 - d) Radioterapia realizada em regime ambulatorio, em hospital ou clínica;
 - e) Cirurgia realizada em regime ambulatorio, em hospital ou clínica;
 - f) Cirurgia do foro estomatológico quando seja consequência de acidente que requeira tratamento de urgência em hospital, quer em regime de internamento, quer em regime ambulatorio;
 - g) Cirurgia do foro maxilo-facial quando seja consequência de acidente que requeira tratamento de urgência em hospital ou de doença coberta pelo Contrato, excluindo-se os tratamentos do foro estomatológico;
 - h) Internamento motivado por doenças do foro psíquico no máximo de quinze (15) dias por anuidade;
 - i) Diárias da Pessoa Segura;
 - j) Enfermagem (não privativa);
 - k) Exames auxiliares de diagnóstico quando prescritos e realizados durante o internamento;
 - l) Medicamentos administrados durante o internamento;
 - m) Piso de sala de operação e instalações necessárias à realização dos atos médicos (bloco operatório, sala de recobro, etc.) e material usado (gases de anestesia, oxigénio, material de osteossíntese, prótese intracirúrgicas, etc.);
 - n) Transporte terrestre de ambulância para ou do hospital em Portugal, desde que o estado da Pessoa Segura o justifique.
3. Os Capitais, Comparticipações, Reembolsos, Franquias e Copagamentos encontram-se previstos nas Condições Particulares

DEFINIÇÃO

Para efeito da presente Condição Especial, considera-se **internamento** a estada num Hospital ou Clínica, sob prescrição médica, por um período superior a 24 horas que origine o pagamento de uma diária, e que não se prolongue por um espaço de tempo superior a 365 dias. Internamentos sucessivos são considerados internamentos independentes.

PERÍODOS DE CARÊNCIA

A cobertura Despesas de Hospitalização encontra-se sujeita a período de carência de noventa (90) dias.

EXCLUSÕES

1. Sem prejuízo das exclusões previstas nas Condições Gerais aplicáveis a esta cobertura, não fica garantido ao abrigo da presente Condição Especial o pagamento das despesas de internamento relacionadas com:
 - a) Cirurgias e tratamentos do foro estomatológico, exceto se resultante de acidente garantido por este contrato;
 - b) Parto ou interrupção involuntária da gravidez, exceto neste último caso se resultante de doença ou acidente garantido por este contrato;
 - c) Quaisquer atos cirúrgicos relacionados com doenças que não se tenham manifestado.

LIMITE DE INDEMNIZAÇÃO DOS HONORÁRIOS MÉDICOS

Salvo disposição em contrário e relativamente às prestações indemnizatórias, os honorários do cirurgião, anestesista e ajudantes ficam limitados ao valor que resulta do produto entre o valor estipulado nas Condições Particulares ao “K” médio e o número de “K” atribuído ao ato médico que originou a despesa, de acordo com o Código de Nomenclatura e Valores Relativos de Atos Médicos.

Por Código da Nomenclatura e Valores Relativos de Atos Médicos entende-se a tabela oficial publicada pela Ordem dos Médicos que inclui todas as intervenções cirúrgicas valorizadas em número de “K”, sendo atribuído tantos mais “K” quanto maior for a complexidade do ato médico efetuado.

A AdvanceCare e/ou o Segurador comprometem-se a informar previamente ao internamento, o número de “K” atribuídos ao ato médico, desde que solicitado pela Pessoa Segura

G2 – DESPESAS DE PARTO – PLANOS MIDDLE, PLUS E BEST + GARANTIA

1. Ao abrigo da presente Condição Especial, quando contratada e expressamente indicada nas Condições Particulares, fica garantido o **pagamento das despesas** efetuadas pela Pessoa Segura em regime de prestações convencionadas ou prestações indemnizatórias em consequência **de internamento numa unidade hospitalar quando diretamente motivado por:**
 - a) Parto;
 - b) Cesariana;
 - c) **Interrupção involuntária da gravidez.**
2. Fica nomeadamente garantido o pagamento das despesas relacionadas com:
 - a) Diárias, quer da parturiente, quer do recém-nascido, enquanto durar o internamento da parturiente;
 - b) Honorários médicos, nomeadamente os relativos ao médico obstetra, pediatra, anestesista, ajudantes e instrumentistas quando tal se justifique;
 - c) Instalações necessárias à realização dos atos (bloco operatório, sala de recobro, sala de parto, etc.) e material usado (gases de anestesia, oxigénio, etc.);
 - d) Medicamentos administrados durante o internamento;
 - e) Exames auxiliares de diagnóstico quando prescritos e realizados durante o internamento;
 - f) Enfermagem (não privativa);
 - g) Transporte terrestre de ambulância para ou do hospital, em Portugal, desde que o estado da Pessoa Segura o justifique.
3. Os Capitais, Participações, Reembolsos, Franquias e Copagamentos encontram-se previstos nas Condições Particulares.

PERÍODOS DE CARÊNCIA

A cobertura Despesas de Parto encontra-se sujeita a Período de Carência de 365 dias.

EXCLUSÕES

Sem prejuízo das exclusões previstas nas Condições Gerais aplicáveis a esta cobertura, não fica garantido ao abrigo da presente Condição Especial o pagamento de honorários de parteiras.

G3 - SEGUNDA OPINIÃO MÉDICA – TODOS OS PLANOS

ÂMBITO DA COBERTURA

1. Ao abrigo da presente Condição Especial, quando prevista nas Condições Particulares, o Segurador desenvolve, em caso de doença da pessoa segura, as **ações necessárias à recolha de uma Segunda Opinião Médica por parte dos melhores especialistas a nível mundial, relativamente ao diagnóstico da patologia e respetivos tratamentos adequados.**

Para o efeito, a AdvanceCare/Segurador coordena a recolha da informação, solicitando, se tal for necessário, a realização de novos exames médicos, análises clínicas e/ou radiografias, e procede ao envio da mesma para o médico especialista que considere mais apropriado tendo em conta a patologia da Pessoa Segura.

Logo que o médico especialista se pronuncie, a AdvanceCare/Segurador procede à interpretação do relatório e envia à Pessoa Segura as conclusões e recomendações finais.

2. Em complemento à obtenção da segunda opinião médica, o Segurador, quando a Pessoa Segura tome a iniciativa de realizar tratamentos médicos no estrangeiro, assegura a prestação dos seguintes serviços:
- a) Seleção e fornecimento de referências à Pessoa Segura sobre os médicos especialistas e hospitais estrangeiros selecionados pela AdvanceCare/Segurador a pedido da Pessoa Segura, ou diretamente indicados por esta;
 - b) Obtenção de orçamentos e custos estimados com honorários e hospitalização relativos ao serviço médico a realizar no estrangeiro;
 - c) Marcação de consultas médicas com os especialistas selecionados pela AdvanceCare/Segurador ou com os indicados pela Pessoa Segura;
 - d) Marcação de reservas de transportes e alojamentos no estrangeiro para a Pessoa Segura e seus familiares;
 - e) Formalização dos trâmites prévios necessários à admissão da Pessoa Segura no hospital;
 - f) Apresentação e orientação da Pessoa Segura no hospital onde será internada e coordenação do atendimento a prestar;
 - g) Revisão, controlo e análise das faturas correspondentes aos tratamentos/consultas efetuados;
 - h) Realização de auditorias completas a todas as faturas e despesas médicas suportadas pela Pessoa Segura;
 - i) Negociação de descontos a favor da Pessoa Segura junto dos médicos especialistas e hospitais.

DEFINIÇÃO

Para efeitos exclusivos da presente Condição Especial, consideram-se enquadradas as seguintes doenças ou condições clínicas:

- Doenças infecciosas;
- Doenças neurológicas;
- Doenças neurocirúrgicas;
- Doenças cardiovasculares;
- Doenças cancerígenas;
- Tumores benignos;
- Doenças oftalmológicas;
- Doenças otorrinolaringológicas (ORL);
- Doenças hematológicas;
- Transplante de órgãos;
- Doenças renais e urológicas;
- Doenças respiratórias;
- Doenças ginecológicas e obstétricas;
- Doenças gastrointestinais e hepáticas;
- Doenças endocrinológicas e metabólicas;
- Doenças dermatológicas;
- Doenças músculo-esqueléticas;
- Doenças reumatologias e do tecido conjuntivo excluindo fibromialgia e síndrome de fadiga crónica;

EXCLUSÕES

Sem prejuízo das exclusões previstas nas Condições Gerais aplicáveis a esta cobertura, não ficam garantidos ao abrigo da presente Condição Especial:

- a) **Quaisquer serviços solicitados à AdvanceCare/Segurador quando a Pessoa Segura não sofra de doença nos termos acima definidos;**
- b) **Doenças agudas (de curta duração);**
- c) **Doenças psiquiátricas;**
- d) **Problemas odontológicos;**
- e) **Quaisquer doenças que não tenham sido avaliadas por um médico;**
- f) **Serviços não solicitados à AdvanceCare/Segurador;**

- g) Quaisquer despesas médicas com honorários, medicamentos e/ou internamentos no estrangeiro;
- h) Despesas de transporte e alojamento em Portugal e no estrangeiro;
- i) Quaisquer perdas ou danos originados, direta ou indiretamente, pela opinião dos médicos e/ou profissionais consultados.

G4 – ASSISTENCIA AMBULATÓRIA – PLANO LIGHT +

F4.1 PLANO LIGHT +

GARANTIA

1. Ao abrigo da presente Condição Especial, quando contratada e expressamente indicada nas Condições Particulares, fica garantido o **pagamento das despesas** efetuadas pela Pessoa Segura em regime de prestações convencionadas.
2. Fica nomeadamente garantido o pagamento das despesas relacionadas com:
 - a) Honorários médicos de consultas de clínica geral e especialidade, até ao limite de oito (8) por anuidade;
 - b) Análises clínicas, até ao limite de três (3) por anuidade;
 - c) Exames Auxiliares de Diagnóstico, até ao limite de três (3) por anuidade ;
1. Os Capitais, Comparticipações, Reembolsos, Franquias e Copagamentos encontram-se previstos nas Condições Particulares.

PERÍODOS DE CARÊNCIA

A cobertura Despesas de Assistência Ambulatória encontra-se sujeita a período de carência de noventa (90) dias.

EXCLUSÕES

Sem prejuízo das exclusões previstas nas Condições Gerais aplicáveis a esta cobertura, não fica garantido ao abrigo da presente Condição Especial o pagamento das seguintes despesas com cuidados médicos:

- a) Consultas, tratamentos e cirurgias do foro estomatológico;
- b) Consultas e tratamentos e apoio e orientação psicológica;
- c) Consultas, tratamentos ou quaisquer outras despesas realizadas em acupuntura, homeopatia, medicina natural ou qualquer outro tipo de terapêuticas não convencionais.

G4.2 PLANOS MIDDLE, PLUS E BEST +

GARANTIA

1. Ao abrigo da presente Condição Especial, quando contratada e expressamente indicada nas Condições Particulares, fica garantido o **pagamento das despesas** efetuadas pela Pessoa Segura em regime de prestações convencionadas ou prestações indemnizatórias **com cuidados médicos ambulatoriais**.
2. Fica nomeadamente garantido o pagamento das despesas relacionadas com:
 - a) Honorários médicos de consultas de clínica geral e especialidade;
 - b) Tratamentos ambulatoriais e outros atos clínicos, desde que prescritos por médico;
 - c) Exames auxiliares de diagnóstico, desde que prescritos por médico;
 - d) Fisioterapia em caso de acidente ou doença;
 - e) Cinesioterapia, até ao limite de seis (6) sessões por anuidade;
 - f) Terapia da fala, até ao limite de seis (6) sessões por sinistro;
 - g) Consultas com médicos do foro psíquico até ao máximo de três (3) por anuidade;
 - h) Enfermagem (não privativa);
 - i) Transporte terrestre de ambulância de e para unidades de saúde em Portugal, desde que o estado da Pessoa Segura o justifique.

3. Relativamente a despesas relacionadas com gravidez, a presente cobertura garantirá igualmente:
- ✓ Despesas do foro da obstetrícia até ao limite de dez (10) consultas e quatro (4) ecografias por anuidade;
 - ✓ Despesas com exames de amniocentese ou outros exames para pesquisa de DNA fetal, quando os mesmos sejam medicamente necessários, entendendo-se como tal os exames efetuados a pessoas seguras com idade superior ou igual a 35 anos ou se comprovadamente existirem antecedentes obstétricos de alterações morfológicas ou de cariotipo fetal;
 - ✓ Rastreios bioquímicos pré-natais.
4. Os Capitais, Comparticipações, Reembolsos, Franquias e Copagamentos encontram-se previstos nas Condições Particulares.

PERÍODOS DE CARÊNCIA

A cobertura Despesas de Assistência Ambulatória encontra-se sujeita a período de carência de noventa (90) dias.

EXCLUSÕES

Sem prejuízo das exclusões previstas nas Condições Gerais aplicáveis a esta cobertura, não fica garantido ao abrigo da presente Condição Especial o pagamento das seguintes despesas com cuidados médicos:

- a) Tratamentos cirúrgicos e/ou laser, realizados em regime ambulatório, incluindo pequenas cirurgias;
- b) Consultas, tratamentos e cirurgias do foro estomatológico;
- c) Exercícios de ortóptica;
- d) Ginástica, natação e massagens;
- e) Consultas e tratamentos e apoio e orientação psicológica;
- f) Consultas, tratamentos ou quaisquer outras despesas realizadas em acupunctura, homeopatia, medicina natural ou qualquer outro tipo de terapêuticas não convencionais.

G5 – DESPESAS DE ESTOMATOLOGIA – PLANOS PLUS E BEST + GARANTIA

1. Ao abrigo da presente Condição Especial, quando contratada e expressamente indicada nas Condições Particulares, fica garantido o **pagamento das despesas** efetuadas pela Pessoa Segura em regime de prestações convencionadas ou prestações indemnizatórias, **com internamentos, consultas ou tratamentos do foro estomatológico**.
2. Fica nomeadamente garantido o pagamento das despesas relacionadas com:
 - a) Intervenções cirúrgicas, com ou sem internamento, quando motivadas por doença;
 - b) Honorários médicos;
 - c) Tratamentos ambulatórios e outros atos clínicos desde que prescritos por estomatologista;
 - d) Exames auxiliares de diagnóstico;
 - e) Limpezas dentárias;
 - f) Próteses dentárias;
 - g) Ortodontia;
 - h) Enfermagem (não privativa) quando haja lugar a internamento.
3. Os Capitais, Comparticipações, Reembolsos, Franquias e Copagamentos encontram-se previstos nas Condições Particulares.

PERÍODOS DE CARÊNCIA

A cobertura Despesas de Estomatologia encontra-se sujeita a período de carência de noventa (90) dias.

EXCLUSÕES

Sem prejuízo das exclusões previstas nas Condições Gerais aplicáveis a esta cobertura, não fica garantido ao abrigo da presente Condição Especial o pagamento de:

- a) Despesas relacionadas com o branqueamento dentário;
- b) Despesas efetuadas com taxas moderadoras.

G6 – DESPESAS DE ESTOMATOLOGIA COM REDE DE PRESTADORES DENTINET – PLANOS PLUS E BEST +

GARANTIA

1. Ao abrigo da presente Condição Especial, quando contratada e expressamente indicada nas Condições Particulares, fica garantido o **pagamento das despesas** efetuadas em regime de prestações convencionadas pela Pessoa Segura, junto da Rede de Prestadores de Serviços Clínicos Dentários da AdvanceCare, **com as consultas ou tratamentos do foro estomatológico ou maxilo-facial previstos na Tabela de preços convencionada para medicina dentária e estomatologia**, disponibilizada no site da AdvanceCare (www.dentinet.pt).
2. Para esse efeito, a Pessoa Segura limitar-se-á a pagar ao Prestador da Rede por ela escolhido o valor do copagamento indicado na Tabela de copagamentos acima referida, sendo o remanescente diretamente assumido pelo Segurador ao prestador.
3. Quando expressamente previsto nas Condições Particulares, ao abrigo da presente Condição Especial poderá ainda ficar garantido o pagamento de despesas com internamentos, consultas ou tratamentos do foro estomatológico ou maxilo- facial em regime de prestações indemnizatórias, nomeadamente:
 - a) Intervenções cirúrgicas com ou sem internamento quando motivadas por doença;
 - b) Honorários médicos;
 - c) Tratamentos ambulatoriais e outros atos clínicos desde que prescritos por estomatologista;
 - d) Exames auxiliares de diagnóstico, desde que prescritos por médico estomatologista, medicina dentária ou maxilo-facial;
 - e) Limpezas dentárias;
 - f) Próteses dentárias;
 - g) Ortodontia;
 - h) Enfermagem (não privativa) quando haja lugar a internamento.
4. Os Capitais, Comparticipações, Reembolsos, Franquias e Copagamentos encontram-se previstos nas Condições Particulares.

PERÍODOS DE CARÊNCIA

A cobertura Despesas de Estomatologia com Rede de Prestadores Dentinet encontra-se sujeita a período de carência de noventa (90) dias.

EXCLUSÕES

Sem prejuízo das exclusões previstas nas Condições Gerais aplicáveis a esta cobertura, não fica garantido ao abrigo da presente Condição Especial o pagamento de:

- a) Despesas relacionadas com o branqueamento dentário;
- b) Despesas efetuadas com taxas moderadoras.

G7 – DESPESAS COM PRÓTESES ORTÓTESES – PLANO BEST +

GARANTIA

1. Ao abrigo da presente Condição Especial, quando contratada e expressamente indicada nas Condições Particulares, fica garantido o **pagamento das despesas** efetuadas pela Pessoa Segura em regime de prestações convencionadas ou prestações indemnizatórias, **com próteses e ortóteses, desde que prescritas por médicos, ou ainda por optometristas nos casos previstos nas alíneas a) e b) do número seguinte.**
2. Fica nomeadamente garantido o pagamento das seguintes despesas:
 - a) Aquisição de aros e respetivas lentes, desde que graduadas;
 - b) Aquisição de lentes de contacto, desde que graduadas;

- c) Aquisição de próteses ou ortóteses auditivas, oftalmológicas e ortopédicas, exceto calçado ortopédico. Neste último caso, o reembolso incide exclusivamente sobre a correção feita no calçado;
 - d) Aluguer ou aquisição de cadeiras de rodas, camas articuladas e outros equipamentos auxiliares, desde que o valor do aluguer não exceda o valor da aquisição.
3. Os Capitais, Participações, Reembolsos, Franquias e Copagamentos encontram-se previstos nas Condições Particulares.

PERÍODOS DE CARÊNCIA

A cobertura Despesas com Próteses e Ortóteses encontra-se sujeita a período de carência de noventa (90) dias.

EXCLUSÕES

Sem prejuízo das exclusões previstas nas Condições Gerais aplicáveis a esta cobertura, não fica garantido ao abrigo da presente Condição Especial o reembolso das despesas com:

- a) Óculos de sol com graduação inferior a quatro (4) dioptrias;
- b) Próteses estomatológicas;
- c) Aquisição de collants, meias elásticas e cintas ortopédicas, e quaisquer outros produtos utilizados para o tratamento das varizes;
- d) Colchões e almofadas ortopédicos.

G8 – ACESSO REDES ADVANCECARE – TODOS OS PLANOS

G8.1 - REDES ADVANCECARE

GARANTIA

Ao abrigo da presente condição especial, quando prevista nas Condições Particulares, fica garantido, o direito de acesso à Rede de Assistência Médica em Portugal e à Rede de Estomatologia ou Medicina Dentária Dentinet, suportando a pessoa segura a totalidade dos custos convencionados com o Gestor das Redes (nas coberturas em que não há capital garantido).

G8.2 - REDE DE BEM ESTAR

GARANTIA

Ao abrigo da presente condição especial, quando prevista nas Condições Particulares, fica ainda garantido o acesso direto por parte da Pessoa Segura, em condições privilegiadas, a prestadores ligados às áreas do bem-estar, lazer e saúde com quem a AdvanceCare tenha celebrado um acordo de parceria, ficando a cargo da Pessoa Segura a responsabilidade pela escolha do referido prestador e pelo pagamento dos respetivos honorários.

G8.3 - ASSISTÊNCIA ÀS PESSOAS

DEFINIÇÕES:

ACIDENTE CORPORAL: Para efeito do artigo 4.º desta Condição Especial considera-se Acidente Corporal todo e qualquer acontecimento fortuito, súbito e violento devido a causa exterior e estranha à vontade da Pessoa Segura, e que nesta origem lesões corporais suscetíveis de impedir o prosseguimento da viagem.

DOENÇA: Para efeito do artigo 4.º desta Condição Especial considera-se Doença toda a alteração súbita e imprevisível do estado de saúde da Pessoa Segura, confirmada pelo médico que impeça o prosseguimento da viagem.

SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA: A entidade que, em nome e por conta do Segurador, presta os serviços e ou as prestações garantidas, conforme disposto nas Condições Gerais e Especiais.

- a) ASSISTÊNCIA MÉDICA EM PORTUGAL
- b) ASSISTÊNCIA MÉDICA EM PORTUGAL EM CASO INTERNAMENTO HOSPITALAR
- c) ASSISTÊNCIA EM VIAGEM NO ESTRANGEIRO
- d) ASSISTÊNCIA A ANIMAIS DOMÉSTICOS
- e) ASSISTÊNCIA NO LAR

G9 - CLÁUSULA PARTICULAR – TODOS OS PLANOS

Quando expressamente indicada nas Condições Particulares da Apólice, ao contrato poder-se-á aplicar a seguinte Cláusula Particular:

"EXTENSÃO TERRITORIAL"

Conforme estabelecido no n.º 3 do artigo 4.º das Condições Gerais, fica garantido o pagamento de despesas de saúde, nos termos e condições indicados.

H – LIMITE DE IDADE DE ADESÃO

O limite de idade de adesão da Pessoa Segura é 59 anos.

I - 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.

J – LIVRE RESOLUÇÃO PELO TOMADOR DO SEGURO QUANDO PESSOA SINGULAR

1. Quando o contrato for celebrado por uma duração igual ou superior a seis (6) meses, o Tomador do Seguro, sendo pessoa singular, dispõe de um prazo de trinta (30) dias a contar da receção da Apólice para poder resolver o contrato sem invocar justa causa, sem prejuízo do disposto no número seguinte.
2. O prazo previsto no número anterior conta-se a partir da data de celebração do contrato, desde que o Tomador do Seguro, nessa data, disponha em papel ou noutro suporte duradouro, de todas as informações relevantes que tenham de constar da apólice.
3. A resolução do contrato, nos termos acima definidos, deve ser comunicada ao Segurador por escrito, em suporte de papel ou outro meio duradouro disponível e acessível ao Segurador.
4. A resolução do contrato, nos termos acima definidos, tem efeito retroativo, tendo, porém, o Segurador direito ao:
 - a) Valor do Prémio relativo ao período de tempo já decorrido, na medida em que tenha suportado o risco;
 - b) Montante das despesas razoáveis que o Segurador tenha efetuado com exames médicos sempre que esses valores sejam imputados contratualmente ao Tomador do Seguro.
5. O previsto nos números anteriores do presente artigo não é aplicável às Pessoas Seguras integradas num Seguro de Grupo.

K - EFEITOS DO CONTRATO

1. O presente contrato e respetivas coberturas produzirão efeitos a partir do momento em que o respetivo prémio ou fração inicial sejam pagos pelo Tomador do Seguro.
2. O disposto no número anterior não prejudica o decurso dos períodos de carência aplicáveis ao contrato.

L - CONSOLIDAÇÃO DO CONTRATO

Passados trinta (30) dias após a entrega da apólice por parte do Segurador, ocorre a consolidação do contrato, não podendo o Tomador do Seguro, após essa data, invocar qualquer desconformidade entre o acordado e o conteúdo da apólice que não resulte de documento escrito ou de outro suporte duradouro.

M – 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. A cobertura dos riscos garantidos através do presente contrato fica, nos termos definidos na legislação em vigor, dependente do pagamento do prémio ou fração inicial, sendo o mesmo devido na data de celebração do contrato.

3. O prémio correspondente a cada período de duração do contrato é devido por inteiro, sem prejuízo de poder ser fracionado para efeitos de pagamento, desde que acordado e expressamente previsto nas Condições Particulares.
4. **Nos seguros de grupo, salvo convenção em contrário, a responsabilidade pelo pagamento do prémio junto do Segurador, mesmo quando o contrato diga respeito a um seguro de grupo contributivo, será sempre do Tomador do Seguro.**
5. Os prémios ou frações subsequentes são devidos nas datas definidas na apólice, e, quando seja o caso, a parte do prémio de montante variável relativa a acerto de valor ou a parte do prémio correspondente a alterações ao contrato são devidas nas datas indicadas nos respetivos avisos, nos termos definidos nos números seguintes.
6. O Segurador avisará, por escrito e com uma antecedência mínima de trinta (30) dias em relação à data em que o prémio ou fração subsequente é devido, o Tomador do Seguro, indicando a data do pagamento, o valor a pagar, a forma de pagamento, bem como as consequências da falta de pagamento do prémio ou fração.
7. Quando por acordo, o pagamento do prémio for objeto de fracionamento por prazo inferior ao trimestre, não haverá lugar ao envio de qualquer aviso de cobrança, ficando neste caso indicado nas Condições Particulares do contrato, as datas em que são devidas cada uma das frações, os valores a pagar, bem como as consequências da falta de pagamento de qualquer fração.
8. Quando se verifique acerto de vencimento de contratos de ano e seguintes, o prémio correspondente ao número de dias que excede um ano será calculado tendo em consideração a proporção deste período em relação ao prémio anual.

N - 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.

O - 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.

P – GESTÃO DE RECLAMAÇÕES

1. O Segurador dispõe de uma unidade orgânica responsável pela gestão de reclamações à qual poderão ser dirigidas quaisquer questões relacionadas com o presente contrato.
2. Em caso de divergência com o Segurador, o Tomador do Seguro e/ou Pessoa Segura podem também apresentar reclamações no Livro de Reclamação, bem como solicitar a intervenção da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões, sem prejuízo ainda da possibilidade do recurso à arbitragem ou aos tribunais, de acordo com as disposições legais em vigor.
3. Em caso de litígio, o Tomador e/ou a Pessoa Segura poderão recorrer às entidades de resolução alternativa de litígios (RAL) identificadas no sítio da internet da Direção-Geral do Consumidor em www.consumidor.pt.

Q – ARBITRAGEM

1. Se, no que respeita a questões de natureza exclusivamente clínica, for controverso o direito da Pessoa Segura às prestações do Segurador, pode haver recurso a arbitragem.
2. No caso enunciado no número anterior, cada parte designa um médico que a representa, cabendo aos designados acordarem na nomeação de um outro médico que preside.
3. Os custos associados ao processo de arbitragem são suportados por cada parte em relação ao árbitro que designe e em metade relativamente ao árbitro presidente

Q – DADOS PESSOAIS

1. O tratamento de dados pessoais é efetuado pelo Segurador e pelos seus subcontratantes com o consentimento inequívoco do seu titular, sendo o seu tratamento necessário para a execução do contrato de seguro e para efeitos da gestão da prestação de cuidados ou tratamentos médicos ou de gestão de serviços de saúde e realizado por profissionais de saúde obrigados a sigilo ou por pessoas sujeitas igualmente a segredo profissional.
2. O Segurador é responsável pelo tratamento e garantia das medidas adequadas de segurança dos dados, com a finalidade prevista no número anterior, sendo assegurado às Pessoas Seguras o direito de acesso e de retificação dos mesmos.

R - LEGISLAÇÃO E FORO

1. O presente contrato rege-se pela Lei portuguesa.
2. Nos casos omissos no presente contrato, recorrer-se-á à legislação aplicável.
3. O foro competente para a resolução de qualquer litígio emergente deste contrato é o fixado na lei civil.