

A – SEGURADOR

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

B - PRODUTO

Seguro de Saúde Grupo PME SAUDEL.

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 respectiva 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. **ASSISTÊNCIA MÉDICA AMBULATÓRIA**
 - ✓ 4. **PARTOS**
 - ✓ 5. **ESTOMATOLOGIA**
 - ✓ 6. **ASSISTÊNCIA (Domiciliária, Transporte de Urgência, Assistência Telefónica em Caso de Urgência e Assistência em Viagem)**
 - ✓ 7. **DOENÇAS GRAVES**
- 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

COBERTURAS	BASIC	MEDIUM	PLENUS	Copagamento (a cargo do Cliente)	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	REDE	FORA DE REDE
	CAPITAL	CAPITAL	CAPITAL		
HOSPITALIZAÇÃO (1)	€ 15.000,00	€ 20.000,00	€ 25.000,00	90%	70%
SUBSIDIO DIÁRIO (2)	SIM	SIM	SIM	-	-
AMBULATÓRIO		€ 2.000,00	€ 2.500,00		
. Consultas	-			100%*	60%
. Consultas de urgência	-			100%*	60%
. Exames e tratamentos	-			85%	60%
PARTOS			€ 2.500,00	85%	60%
. Normal	-	-			
. Cesariana	-	-			
. Interrupção involuntária de Gravidez	-	-			
ESTOMATOLOGIA E MEDICINA DENTÁRIA (i)			€ 350,00		
. Consultas/ tratamentos	-	-		100%**	60%
.Proteses Estomatológicas	-	-		85%	60%
ASSISTENCIA MÉDICA AO DOMICILIO (3)				-	-
TRANSPORTE DE URGÊNCIA	-	SIM	SIM	-	-
ASSISTÊNCIA TELEFÓNICA EM CASO DE URGÊNCIA	-			-	-
ASSISTÊNCIA EM VIAGEM	-			-	-
DOENÇAS GRAVES	-	-	€ 1.000.000,00	-	-

Após dedução do coparticipação/franquia, que é de € 12,00 em consultas e € 30,00 em consultas de urgência.

** Após dedução do coparticipação/franquia que na Estomatologia é de € 10,00 por ato médico.

(1) Limite do "k" - Fora da rede o valor do "K" está limitado ao valor de € 7,00.

(2) Subsídio Diário - Em caso de Internamento Hospitalar superior a 5 dias, a UNA SEGUROS, a partir do 5º dia, pagará um subsídio diário de € 50,00, até ao limite máximo de 60 dias, por sinistro e anuidade.

(3) Assistência Médica Domiciliária - Esta cobertura funciona mediante um copagamento de € 25,00 por consulta.

- 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 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.
- 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);
- 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, 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;
- 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

1. A entrada em vigor das garantias está sujeita a um período de carência de 60 dias;
2. O período de carência é alargado para:
 - a) 365 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 Tireoide;
 - ✓ Colecistite;
 - ✓ Tratamentos às *doenças* das articulações;
 - ✓ Cirurgia relacionada com hipertrofia benigna da próstata;
 - ✓ Cataratas;
 - ✓ Tratamentos refrativos à miopia, astigmatismo e hipermetropia (cirurgia 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****GARANTIA**

Quando contratada esta 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 Internamento Hospitalar por período igual ou superior a 24 horas, ou por período inferior se tratar-se da realização de cirurgia de valor superior a 100ks.

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) 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.

F2 – SUBSÍDIO DIÁRIO**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;

F3 - ASSISTÊNCIA MÉDICA AMBULATORIA**GARANTIA**

Quando contratada esta cobertura, a seguradora participará na percentagem e montante máximo anual fixados nas condições particulares, nas despesas efetuadas pela pessoa segura com a assistência médica em regime ambulatorio clinicamente comprovada, nela se incluindo:

3.1. Honorários médicos de consultas, sejam externas ou domiciliárias.

3.2. Elementos auxiliares de diagnóstico, desde que prescritos por um médico.

§ - Ficam garantidas as consultas com médicos do foro psíquico até ao máximo de três por anuidade.

3.3. Tratamentos Ambulatorios desde que prescritos por um médico, tais como:

- a) Encargos de enfermagem geral não privativa;
- b) Aplicação de injeções, infusões endovenosas e transfusões de sangue, incluindo o sangue e o plasma;
- c) Aplicação de oxigénio, incluindo o oxigénio;
- d) Tratamentos por raio X, outras substâncias radioativas e laser;
- e) Fisioterapia até ao limite de quinze sessões por sinistro, desde que em consequência de:
 - ✓ Acidente garantido no âmbito deste contrato e que tenha implicado tratamento de urgência em Hospital;
 - ✓ Situação pós-cirúrgica ou acidente vascular cerebral.
- f) Cinesioterapia originada por doença respiratória, até ao limite de seis sessões por anuidade e tratamento.

EXCLUSÕES

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

- a) Consultas, tratamentos e cirurgias do foro estomatológico;
- b) Exercícios de ortóptica;
- c) Ginástica, natação e massagens;
- d) Atos médicos do foro psíquico, nomeadamente, consultas de psicanálise, psicologia e psicoterapia, bem como respetivo receituário;
- e) Consultas de acupunctura, homeopatia, podologia, medicina natural ou qualquer outro tipo de medicina paralelas;
- f) Enfermagem privativa;

- g) Tratamentos às varizes, nomeadamente:
- ✓ Tratamentos de drenagem linfática;
 - ✓ Escleroterapia de varizes ou terapêuticas similares.

F4 - PARTOS

GARANTIA

Quando contratada esta cobertura, a seguradora participará na percentagem e montante máximo anual fixados nas condições particulares, nas despesas efetuadas pela pessoa segura, durante o período de hospitalização em caso de:

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

Fica garantido o reembolso das despesas relacionadas com:

1. Diárias da parturiente e do recém-nascido;
2. Honorários médicos, nomeadamente os relativos ao médico obstetra, pediatra, anestesista, ajudantes e instrumentistas quando tal se justifique;
3. Instalações necessárias à realização dos atos (bloco operatório, sala de recobro, sala de parto, etc...) e material usado (gases de anestesia, oxigénio, etc...);
4. Medicamentos administrados durante o internamento;
5. Elementos auxiliares de diagnóstico;
6. Enfermagem (não privativa);
7. Transporte de ambulância para ou do hospital em Portugal.

PERÍODO DE CARÊNCIA

A garantia concedida por esta condição especial produz efeitos após o decurso de um período de 365 dias.

F5- ESTOMATOLOGIA

GARANTIA

A presente condição especial 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) Consultas;
- b) Tratamentos e outros atos clínicos;
- c) Raios X;
- d) Outros Elementos auxiliares de diagnóstico;
- e) Intervenções cirúrgicas com ou sem internamento, quando motivadas por doença;
- f) Próteses estomatológicas;
- g) Aparelhos de ortodontia;

EXCLUSÕES

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

- a) Doenças pré-existent;
- b) Tratamentos efetuados com utilização de metais preciosos;
- c) Despesas relacionadas com o branqueamento dentário.

F6 – ASSISTÊNCIA

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.

O custo de aquisição desses medicamentos será por conta da pessoa segura.

F7 – DOENÇAS GRAVES

GARANTIA

Quando contratada esta cobertura, o segurador garante, até ao valor fixado e nos termos previstos nas Condições Particulares da Apólice, o pagamento das despesas suportadas pela Pessoa Segura, em regime de prestações convencionadas, com diagnósticos, tratamentos, internamentos, serviços ou prescrições ou provisões médicas consideradas clinicamente necessárias, quando as mesmas resultem ou sejam consequência de qualquer uma das Doenças Graves ou Situações Clínicas a seguir indicadas, cujos primeiros sintomas e primeiro diagnóstico ocorram durante o período de vigência da apólice, após o decurso do respetivo período de carência.

Quando se verificar uma doença grave ou situação clínica identificada no número anterior, o Segurador garante a participação das despesas abaixo referidas, de acordo com os limites fixados nas Condições Particulares:

a) Tratamentos Oncológicos que envolvam o tratamento de um tumor maligno caracterizado pelo crescimento não encapsulado e descontrolado, propagação de células malignas e invasão de tecidos. Isto inclui a leucemia e a doença de Hodgkin.

Estão expressamente excluídos:

- Qualquer tumor histologicamente descrito como pré-maligno ou com alterações malignas precoces;

- Cancros não invasivos ou “in situ”;
 - Tumores na presença de qualquer vírus da imunodeficiência humana;
 - Cancros de pele, com exceção do melanoma maligno;
 - Cancro da bexiga papilífera.
- b) Neurocirurgia** - Qualquer intervenção invasiva ou não invasiva do cérebro ou outras estruturas neurológicas intracranianas, decorrente de uma doença, bem como tumores benignos da coluna vertebral;
- c) Doenças coronárias que exigem Cirurgia Coronária Arterial - By-Pass** - Cirurgia para corrigir a estenose ou obstrução de pelo menos duas artérias coronárias e cirurgia da artéria aorta. Em qualquer uma das situações será necessário fornecer evidências angiográficas da doença subjacente;
- d) Transplante de Órgãos** - O transplante cirúrgico de coração, pulmão, fígado, rim e pâncreas;
- e) Transplante de Medula Óssea** - Envolve o transplante cirúrgico no qual o segurado receba medula óssea devido a danos irreversíveis na função correspondente. Essa medula óssea deve ser compatível com outra do mesmo tipo cuja origem seja:
- i. do próprio Segurado, ou seja, transplante autólogo de medula óssea ou;
 - ii. de outro ser humano identificado como dador compatível, ou seja, transplante alogénico de medula óssea.
- f) Substituição de Válvulas do Coração** – Traduz-se na substituição total de uma ou mais válvulas cardíacas para o tratamento de uma patologia. Será necessário fornecer informação hemodinâmica ou ecocardiográfica sobre a doença subjacente.

ARTIGO 2º - DESPESAS COBERTAS

Verificada, pelos Serviços do Segurador, qualquer uma das Doenças Graves ou condições clínicas mencionadas no Artigo 1º, fica garantido o pagamento das seguintes despesas:

- a) Despesas de Internamento Hospitalar:**
- Diária hospitalar da Pessoa Segura, que inclui as despesas resultantes da permanência em quarto individual, enfermaria ou unidade de cuidados intensivos, bem como as despesas médicas, enfermagem e outras enquadráveis no internamento em causa;
 - Despesas correspondentes ao custo de uma cama adicional para o acompanhante, sempre que o hospital disponibilize esse serviço e que o mesmo se justifique clinicamente;
 - Outros cuidados em meio hospitalar, incluindo as consultas externas.
- b) Despesas realizadas em cirurgia de ambulatório, desde que o tratamento médico-cirúrgico em causa esteja incluído no âmbito desta cobertura;**
- c) Despesas decorrentes de tratamentos médico-cirúrgicos relacionadas com:**
- Despesas de anestesia, sempre que as mesmas forem efetuadas por um médico anestesista;
 - Exames auxiliares de diagnóstico e despesas com tratamentos de: radioterapia, isótopos radioativos, quimioterapia, e outros tratamentos considerados clinicamente necessários à situação em causa e requeridos para o diagnóstico e tratamento de uma patologia coberta e sempre que tenham sido resultantes de prescrição médica;
 - Transfusões de sangue e prescrição de soros;
 - Oxigénio e respetivos produtos de consumo e tratamentos endovenosos e outros injetáveis;
- d) Despesas com medicamentos de prescrição médica enquanto a Pessoa Segura estiver hospitalizada ou após a alta até um período máximo de 30 dias, desde que os mesmos sejam prescritos no âmbito da cobertura;**
- e) Todas as despesas relacionadas com o transplante de medula, após diagnóstico de doença incluída na cobertura;**
- f) Próteses intracirúrgicas sempre que a patologia em causa esteja incluída na cobertura;**
- g) Se a deslocação da Pessoa Segura exigir a utilização de ambulância, terrestre ou aérea, ficam garantidos os respetivos custos, desde que a mesma seja prescrita por médico e pré-autorizada pelo Segurador. Despesas com uma viagem de ida e volta em linha aérea regular (classe económica) para a Pessoa Segura e um acompanhante, se clinicamente a mesma se justificar.**
- h) Despesas de alojamento da Pessoa Segura e do seu acompanhante quando viagem para fora de Portugal, com o único objetivo de receber tratamento para uma doença ou procedimento médico coberto com um limite máximo por noite indicado nas Condições Particulares.**

- i) Em caso de falecimento da Pessoa Segura durante a estadia para tratamento, autorizado pelo Segurador, motivado por doença incluída nas coberturas, ficam cobertas as despesas de deslocação do féretro até ao lugar da sua inumação em Portugal, embalsamamento e outras formalidades administrativas.

LIMITES DE INDEMINIZAÇÃO

- Condições e patologias cobertas: Tratamentos Oncológicos, Neurocirurgia, Doenças coronárias que exijam Cirurgia Coronária Arterial - By-Pass, Transplante de órgãos, Transplante de medula óssea e Substituição de válvulas do coração, realizados fora de Portugal;
- Limite por pessoa segura para todas as garantias: € 1.000.000 por ano com um limite de € 2.000.000, caso o contrato de seguro venha a vigorar por um período superior a um ano;
- Garantias adicionais:
 - i. Despesas com medicamentos de prescrição médica, após o regresso a Portugal: € 20.000 por ano e por pessoa segura;
 - ii. Despesas de transporte aéreo regular para pessoa segura e acompanhante, com deslocação de ida e volta: € 15.000 por ano;
 - iii. Despesas de alojamento da pessoa segura e acompanhante: limite de € 250 por noite e por pessoa, com um limite anual de € 15.000 por pessoa.
 - iv. Despesas de deslocação do féretro até ao lugar da sua inumação em Portugal, embalsamamento e outras formalidades administrativas: limite de €10.000

EXCLUSÕES

Sem prejuízo das exclusões previstas nas Condições Gerais, não fica garantido, ao abrigo da presente Condição Especial, o pagamento das despesas incorridas ou motivadas por qualquer diagnóstico, tratamento, serviço, provisão ou prescrição médica, de qualquer forma relacionadas com, ou resultantes de:

- a) Quaisquer despesas incorridas, relacionadas ou decorrentes de qualquer diagnóstico, tratamento, serviço, prestação ou prescrição de qualquer natureza ocorrida em Portugal, exceto as despesas de farmácia após a realização de tratamentos no estrangeiro;
- b) Quaisquer despesas incorridas, relacionadas ou decorrentes de qualquer diagnóstico, tratamento, serviço, prestação ou prescrição de qualquer natureza ocorrida em qualquer parte do mundo, quando o Segurado esteja a residir fora de Portugal por um período igual ou superior a 60 dias no intervalo de 12 meses.
- c) Todos os tipos de doenças congénitas ou preexistentes, lesões, defeitos ou deformações à data de início da apólice;
- d) Cuidados de saúde para doenças ou ferimentos causados por atos de guerra, terrorismo, terremotos, motins, rixas, inundações, erupções vulcânicas, bem como as consequências diretas e indiretas da reação nuclear e qualquer outro fenómeno extraordinário ou catastrófico, assim como epidemias e pandemias declaradas oficialmente.
- e) Qualquer doença ou condição que seja diagnosticada ou manifeste os seus primeiros sintomas durante o período de carência de 180 dias mencionado no artigo 6º.
- f) No cancro são excluídos:
 - Qualquer tumor histologicamente descrito como pré-maligno ou mostrando apenas as primeiras alterações malignas;
 - Cancros não invasivos ou "in situ";
 - Tumores na presença de qualquer vírus da imunodeficiência humana;
 - Cancros de pele, com exceção do melanoma maligno;
 - Cancro da bexiga papilífera.
- g) Qualquer quadro clínico que não esteja prevista na presente cobertura;
- h) A Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA), bem como qualquer outra doença relacionada com o Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), bem como todas aquelas que sejam consequência do seu tratamento;
- i) Despesas efetuadas sem aprovação e pré-autorização do Segurador ainda que sejam clinicamente necessárias e consideradas indemnizáveis ao abrigo desta cobertura;

- j) Despesas decorrentes de serviços de custódia, cuidados domiciliários ou outros, mesmo quando esses serviços sejam requeridos ou necessários como consequência de uma doença coberta;
- k) Qualquer despesa realizada fora do âmbito de prestadores médicos internacionais recomendados pelo Segurador;
- l) Qualquer tipo de próteses ou ortóteses, exceto as intracirúrgicas, aparelhos ortopédicos, cintas, ligaduras, muletas, membros ou órgãos artificiais, perucas (mesmo quando o seu uso for considerado necessário durante o tratamento de quimioterapia), sapatos ortopédicos, fundas inguinais para hérnias e outros equipamentos ou artigos similares, com exceção das próteses mamárias necessárias em resultado de mastectomia por cancro garantido ao abrigo desta cobertura;
- m) Despesas com doença das artérias coronárias tratadas com recurso a técnicas não cirúrgicas, nomeadamente: cateterismo, angioplastia, stent;
- n) Todos os medicamentos e outros produtos farmacêuticos que não sejam receitados ou prescritos por um médico;
- o) Despesas com a compra ou aluguer de cadeiras de rodas, camas articuladas, aparelhos de ar condicionado, purificadores de ar, e quaisquer outros artigos ou equipamentos similares;
- p) Despesas que não sejam de índole médica, realizadas pela Pessoa Segura ou pelos seus acompanhantes, com a exceção das expressamente garantidas ao abrigo da presente cobertura;
- q) Despesas com o transplante de órgãos transgênicos, geneticamente modificados, órgãos de animais, mecânicos ou de natureza provisória;
- r) Despesas de assistência e custódia decorrentes de situações de demência ou déficit cognitivo;
- s) Despesas com medicinas alternativas, mesmo que prescritas de forma específica por um médico e reconhecidas pela respetiva Ordem Profissional;
- t) Os tratamentos experimentais, bem como todos aqueles procedimentos diagnósticos, terapêuticos e/ou cirúrgicos cuja segurança e eficácia não estejam cientificamente comprovadas;
- u) Não estão garantidas as despesas resultantes de traumatismos cranianos, tanto na fase aguda, como nas suas complicações a médio e longo prazo;
- v) Não estão garantidas as cirurgias de By-Pass das artérias coronárias, derivadas de lesões traumáticas ou alterações congénitas das mesmas;
- w) Não estão garantidas as cirurgias relacionados com as válvulas cardíacas, derivadas de lesões traumáticas ou alterações congénitas das mesmas;
- x) Não estão garantidos quaisquer transplantes de órgãos ou tecidos quando:
 - A Pessoa Segura for ela própria uma dadora para um terceiro;
 - A necessidade de transplante resultar de patologia congénita;
 - A necessidade de transplante resultar de toxicodependência e cirrose hepática de etiologia alcoólica;
 - O transplante configurar um ato cirúrgico de autotransplante, com exceção de transplante de medula óssea;
- y) Honorários com guia-intérprete, despesas com telecomunicações e outras despesas para artigos pessoais ou não médicos, ou para quaisquer outros serviços prestados ao acompanhante.

A Pessoa Segura deve, em qualquer circunstância, autorizar os Médicos e unidades hospitalares a facultarem aos serviços clínicos do Segurador os relatórios clínicos e quaisquer outros elementos que esta tenha por convenientes para documentação do processo.

IDADE LIMITE DE ADESÃO

O limite de idade de adesão da Pessoa Segura é 65 anos.

PERÍODO DE CARÊNCIA

O Segurado só terá direito ao pagamento de qualquer indemnização sempre que a manifestação de qualquer uma das patologias cobertas pela apólice seja diagnosticada ou sejam manifestados os primeiros sintomas decorrido um período de cento e oitenta (180) dias após a data de início da apólice.

PRÉ-AUTORIZAÇÃO

Em qualquer situação, o pagamento das despesas mencionadas no Artigo 2º destas Condições Especiais, ficará sempre dependente da sua prévia apreciação por parte do Segurador, devendo para o efeito, a Pessoa Segura ou alguém em seu nome, solicitar ao Segurador o respetivo pedido de pré-autorização.

Nota: O incumprimento de qualquer uma das obrigações constante dos pontos anteriores, será considerado como uma renúncia expressa ao direito à indemnização.

O Segurador ficará isento de toda a responsabilidade no que se refere a despesas efetuadas sem a respetiva pré-autorização.

G - DURAÇÃO, RENOVAÇÃO E DENÚNCIA DO CONTRATO

O contrato é celebrado por períodos anuais e renovará sucessivamente no termo de cada anuidade, 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 recepção 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 respectivo Cartão Una Seguros.
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 efectuado 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 exactidão 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 fraccionadamente, 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 respectivo.
4. Os prémios ou frações seguintes são devidos na data indicada no aviso para pagamento respectivo.
5. Nos termos da lei, na falta de pagamento do prémio ou fracção 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 fracções seguintes são devidos. Se porém, tiver sido acordado o pagamento do prémio em fracções 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 fracções, os seus montantes e as consequências da falta de pagamento.

7. A falta de pagamento do prémio de uma anuidade subsequente ou da 1ª fracção 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 fracção 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.

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 efectuadas, 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 efectuada:

1. Diretamente ao Segurador através do endereço de e-mail reclamacoes@unaseguros.pt
2. Ao Provedor do Cliente, melhor identificado no site Una, desde que a reclamação já tenha sido apreciada pelo serviço de reclamações da companhia, podendo o contacto ser efectuado através do endereço de e-mail provedor.cliente@unaseguros.pt
3. À ASF-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.