



**SAÚDE<sup>®</sup> PRIME**

Saúde para todos

SEGURO DE SAÚDE  
**Condições Gerais e Especiais**

## SEGURO DE SAÚDE – CONDIÇÕES GERAIS E ESPECIAIS

### RAMO DOENÇA SEGURO DE SAÚDE

#### CONDIÇÕES GERAIS

##### CONSIDERANDO QUE:

Entre a UNLIMITEDCARE, Serviços de Saúde e Assistência S.A., e o Segurador VICTORIA SEGUROS, S.A., com sede na Avenida da Liberdade números 198/200, 1250-147 Lisboa, matriculada na Conservatória do Registo Comercial de Lisboa, com o número de identificação fiscal 506 333 027, de ora em diante designada por Segurador, foi previamente estabelecido um contrato escrito através do qual o Segurador confere à UNLIMITEDCARE, Serviços de Saúde e Assistência S.A. o poder de celebrar, junto do Tomador do Seguro, o presente Contrato de Seguro, bem como o poder de realizar todos os actos inerentes à sua distribuição e administração.

É livremente e de boa-fé celebrado entre a UNLIMITEDCARE, Serviços de Saúde e Assistência S.A., com o número de pessoa colectiva 510367615, inscrita na ASF com o nº 413382027, com sede na Av. Marechal Craveiro Lopes nº6 - Campo Grande, 1700-284 Lisboa, adiante designada por Agente, e o Tomador do Seguro, melhor identificado nas Condições Particulares, o presente Contrato de Seguro, cujos riscos são garantidos pelo Segurador, que se rege pelas presentes Condições Gerais, Especiais e Particulares da Apólice, de harmonia com o disposto nos termos, condições e declarações constantes da Proposta do Seguro subscrita pelo Tomador do Seguro, que lhe serviu de base e da qual faz parte integrante.

#### CLÁUSULA 1ª – Definições (por ordem alfabética)

##### 1.1. Para efeitos do presente contrato considera-se:

- a. Acidente:** Acontecimento fortuito, súbito e anormal, devido a causa exterior e alheia à vontade da Pessoa Segura, que lhe provoque uma lesão corporal. São equiparadas a acidente situações de afogamento, inalações de gases ou vapores e envenenamento;
- b. Acta Adicional:** Documento que formaliza uma modificação introduzida às condições do *Contrato de Seguro*;
- c. Agregado Familiar:** Conjunto formado pelo *Tomador do Seguro* ou pela *Pessoa Segura* Titular, e cônjuges ou pessoas que com eles vivam em união de facto, como definida e considerada por lei, pelos filhos menores de 30 anos de um e/ou de outro, por outros menores, adoptados ou não;
- d. Apólice:** Documento que titula o contrato celebrado entre o *Tomador do Seguro* e o *Segurador*, e que inclui a *Proposta de Seguro*, a declaração que autoriza a recolha, tratamento e o acesso a dados pessoais, sensíveis ou não, as *Condições Gerais*, as *Condições Especiais*, as *Condições Particulares* e todas as actas adicionais que lhe sejam aplicáveis;
- e. Capitais ou Limites Seguros:** Valores máximos da responsabilidade do *Segurador* relativos a despesas médicas garantidas pela *apólice*, por *Pessoa Segura* e por anuidade ou por vida, conforme fixado nas *Condições Especiais* e nas *Condições Particulares do Contrato de seguro*;
- f. Cartão Saúde Prime:** Cartão, pessoal e intransmissível, que identifica a *Pessoa Segura* perante o *Segurador* e a Rede de Prestadores, de modo a permitir-lhe o acesso ao sistema de cuidados de saúde;
- g. CNVRAM:** Sistema de classificação de actos médicos, designada por Código de Nomenclatura e Valores Relativos de Actos Médicos, caracterizado pela associação de valores relativos (C e K) a cada

acto o que permite a sua valorização em número de “K” (factor indicativo da complexidade de cada acto médico) e/ ou “C” (quantificação do custo técnico dos actos médicos);

**h. Condições Especiais:** Disposições contratuais que se destinam a esclarecer, completar ou especificar disposições das *Condições Gerais* e das *Condições Particulares*;

**i. Condições Gerais:** Disposições contratuais que definem o enquadramento, os princípios gerais e as obrigações genéricas e comuns relativos ao contrato de seguro, aplicando-se a todos os contratos relativos a um mesmo ramo, modalidade ou operação de seguros;

**j. Condições Particulares:** Disposições e declarações que identificam cada *Contrato de Seguro* e individualizam as condições para cada *pessoa segura*;

**k. Convalescença:** Período de tempo que medeia entre uma *doença* e o restabelecimento da saúde, durante o qual a *Pessoa Segura* se encontra impossibilitada de desempenhar o seu trabalho ou actividade habitual;

**l. Co-Pagamento:** Valor estipulado em concreto para cada despesa de saúde, que fica sempre a cargo da *Pessoa Segura*, nos termos estipulados nas *Condições Particulares*. Podem ser estipulados *Co-Pagamentos* para determinados actos médicos, em concreto, em que seja limitado o valor de financiamento, independentemente do capital garantido e disponível;

**m. Participação:** A parte das despesas médicas efectuadas pela *Pessoa Segura* que fica a cargo do *Segurador*;

**n. Despesas médicas:** Despesas efectuadas pela *Pessoa Segura*, para aquisição de *Serviços Clinicamente Necessários*, devidamente prescritos e prestados por médico, durante a vigência do contrato;

**o. Doença:** Toda a alteração involuntária do estado de saúde, não causada por acidente, que se revele por sinais ou sintomas manifestos e susceptível de constatação médica objectiva;

**p. Doença Manifestada:** *Doença* que se tenha revelado com suficiente grau de evidência e/ou tenha sido objecto de um diagnóstico inequívoco;

**q. Doença Pré-Existente:** Qualquer *doença* ou lesão, que a *Pessoa Segura* não poderia ignorar ou omitir no momento da data de subscrição do *contrato de seguro*, em virtude de ter sido objecto de investigação clínica, acto médico e/ou tratamento prévio ou em virtude dos sinais ou sintomas já se terem manifestado, já serem conhecidos ou já serem evidentes à data da subscrição. Considera-se como tal, designadamente, mas sem limitar, qualquer *doença* ou lesão que possa ter correlação com qualquer patologia ou sintoma detectado ou tratado em data anterior à subscrição, com qualquer acto médico efectuado em data anterior à subscrição ou decorrente de qualquer acidente ocorrido em data anterior à data da subscrição do presente *contrato de seguro*;

**r. Doença Súbita:** Toda e qualquer *Doença*, inesperada e aguda, que requeira tratamento de urgência em hospital, quer em regime de internamento, quer em regime ambulatório;

**s. Entidade Gestora:** Entidade que organiza, gere e contacta com a rede de prestadores e que, em representação do *Segurador* procede à gestão das prestações devidas pelo *Contrato de Seguro*. Articula ainda o pagamento directo das despesas médicas, quer ao prestador convencionado (nomeadamente médicos, hospitais, centros de diagnósticos), quer às *Pessoas Seguras* por reembolso;

**t. Franquia:** Parte do risco, expressa em valor, dias ou percentagem que, em caso de *Sinistro* fica a cargo da *Pessoa Segura* e cujo montante se encontra estipulado nas *Condições Especiais* e/ou *Particulares do Contrato de Seguro*;

**u. Gravidez Pré-existente:** Gravidez com início anterior à Data de Início do Contrato;

**v. Grupo Segurável:** Conjunto de pessoas ligadas ao *Tomador do Seguro* por um vínculo de trabalho ou outro que não a efetivação do *Seguro* (aderentes principais), bem como o seu agregado familiar, desde que satisfaçam as condições de inclusão no *Seguro*

**w. Internamento:** Permanência medicamente justificada da *Pessoa Segura* num Hospital ou Clínica por um período superior a 24 horas, decorrente ininterruptamente desde a data de admissão do doente até à data de alta, para tratamento médico, cirúrgico ou para diagnóstico, de causa abrangida pela Apólice e que origine, pelo menos, uma diária hospitalar. Não é considerado o recobro, ainda que consequente de acto médico incluído na cobertura, nem são considerados dias de hospitalização cobertos, subsequentes à data de alta médica. Nos casos dos internamentos cirúrgicos apenas serão considerados quando os actos médicos praticados tenham um grau de complexidade, estipulado no CNVRAM, igual ou superior a 50K;

**x. Intervenção Cirúrgica:** Todo o acto médico classificado como cirurgia no CNVRAM;

**y. Médico:** Pessoa licenciada por Faculdade de Medicina ou de Medicina Dentária, legalmente autorizado a exercer a profissão no país, onde o acto médico tiver lugar, e cuja especialidade e inscrição sejam reconhecidas pela Ordem dos Médicos ou pela Associação Portuguesa de Medicina Dentária;

**z. Ortóteses:** Aparelho que tem por finalidade ajudar um membro ou órgão a cumprir, no todo ou em parte, a sua função;

**aa. Pessoa Segura:** A pessoa singular identificada nas *Condições Particulares*, cuja saúde ou integridade física se segura, e que é beneficiária das garantias da Apólice;

**bb. Período de Carência:** Espaço de tempo que medeia entre a Data de Início do Seguro e a data em que as respectivas coberturas podem ser accionadas, não existindo por isso direito a *Prestação Indemnizatória*;

**cc. Pré-Autorização:** Aprovação ao acesso a serviços clínicos solicitados pelas *personas seguras*, dada pelo *Segurador*, através dos seus serviços clínicos ou dos serviços clínicos da *Entidade Gestora*.

**dd. Prémio:** Contrapartida devida pelo *Tomador do Seguro* ao *Segurador* pelas coberturas acordadas, incluindo os encargos fiscais e parafiscais que lhe correspondam e acrescido de outros custos, nomeadamente de aquisição e de administração do *Contrato de Seguro*;

**ee. Prestações Convencionadas:** Comparticipações nas despesas médicas efectuadas pela *Pessoa Segura* na *Rede de Prestadores*. Estas comparticipações traduzem-se em pagamentos efectuados directamente aos Prestadores e fazem-se nos termos do estipulado nestas *Condições Gerais* e/ou nas *Condições Especiais e Particulares do Contrato do Seguro*;

**ff. Prestações Indemnizatórias:** Comparticipações nas despesas médicas efectuadas pela *Pessoa Segura*. Estas comparticipações traduzem-se em reembolsos efectuados à *pessoa segura*, depois da mesma ter efectuado pagamentos directamente aos Prestadores e fazem-se nos termos do estipulado nestas *Condições Gerais* e/ou nas *Condições Especiais e Particulares do Contrato do Seguro*;

**gg. Proposta de Seguro:** Documento, a preencher e assinar pelo *Tomador do Seguro* e pelas *Personas Seguras*, do qual constam os elementos de informação essenciais para a apreciação do risco proposto e que, se aceite, constituirá base essencial do contrato, conjuntamente com o *Questionário Clínico*, caso este exista. Quando a proposta respeite ao agregado familiar, a aceitação ou recusa da cobertura proposta será decidida individualmente;

**hh. Prótese:** Aparelho utilizado para substituir total ou parcialmente a função de um órgão ou membro;

**ii. Questionário Clínico:** Documento anexo à *Proposta de Seguro*, que se destina a recolher as declarações das *personas seguras* sobre o seu estado de saúde e os seus antecedentes clínicos, bem como toda e qualquer informação que possa ser relevante do ponto de vista clínico e da apreciação do risco por parte do *Segurador*. Quando a proposta respeite a um grupo ou um agregado familiar, a aceitação ou recusa da cobertura proposta será decidida individualmente;

**jj. Rede de Prestadores:** Conjunto de entidades prestadoras de serviços convencionados no âmbito do sistema integrado de cuidados

de saúde, abrangendo pessoas singulares profissionais de saúde e pessoas colectivas gestoras de unidades de saúde;

**kk. Serviços Clinicamente Necessários:** Serviços que forem consistentes com o quadro clínico do doente, de acordo com os protocolos e os padrões reconhecidos pela comunidade médica, justificando, assim, a prática de actos médicos no âmbito do seguro, desde que sejam:

a) Necessários para o tratamento de doença ou de lesão resultante de acidente da *Pessoa Segura*;

b) Adequados à situação diagnosticada;

c) Prestados da forma mais eficiente em termos de custo e mais adequada ao tipo de serviço a prestar;

d) De reconhecida validade clínica;

e) Prescritos e realizados por médico ou outros profissionais de saúde;

f) Cujo local de prestação (domicílio da *Pessoa Segura*, consultório médico, clínica de cuidados ambulatoriais, hospital) seja o mais adequado à situação diagnosticada.

**ll. Segurador:** VICTORIA SEGUROS, SA, a qual subscreve, com o *Tomador*, o presente *Contrato de Seguro*;

**mm. Seguro Individual:** Seguro efectuado relativamente a pessoas singulares que, podendo incluir no âmbito de cobertura, um agregado familiar, não consubstancia um Seguro de Grupo;

**nn. Seguro de Grupo em Regime Contributivo:** Seguro de Grupo em que as *Personas Seguras* suportam, no todo ou em parte, o pagamento do montante correspondente ao *Prémio* devido pelo *Tomador do Seguro*;

**oo. Seguro de Grupo em Regime não Contributivo:** *Seguro de Grupo* em que o *Tomador do Seguro* suporta na totalidade o pagamento do *Prémio*;

**pp. Sinistro:** Evento ou série de eventos susceptível de fazer funcionar as garantias da Apólice;

**qq. Tomador do Seguro:** A pessoa singular ou colectiva que celebra o *Contrato de Seguro* com o *Segurador* e à qual correspondem as obrigações que dele derivam, designadamente o pagamento do *Prémio*;

**rr. Unidade de Saúde:** Estabelecimento, integrado ou não no Serviço Nacional de Saúde, que tenha por objecto a prestação de quaisquer serviços médicos ou de outros cuidados de saúde e que se encontre licenciado nos termos legais aplicáveis, abrangendo entidades com internamento ou sala de recobro, entidades generalistas para serviços de hospitalização e ambulatório e, ainda, entidades especializadas para serviços de ambulatório e meios complementares de diagnóstico e terapêutica, independentemente da designação jurídica adoptada, incluindo Hospitais, Clínicas e Centros de meios complementares de diagnóstico e terapêutica;

**ss. Urgência Médica:** Condição clínica grave manifestada subitamente ou episódio agudo de doença, sobre a qual qualquer pessoa, mesmo que leiga em assuntos médicos, reconheça a necessidade de recurso imediato a cuidados médicos profissionais sob pena de poderem produzir-se os seguintes efeitos:

a) Sério agravamento do estado de saúde;

b) Comprometimento das funções corporais;

c) Disfunção orgânica grave;

d) Danos da saúde do feto, em casos de gravidez;

e) Feridas abertas em caso de acidente.

## **CLÁUSULA 2ª – Objecto e Âmbito do Contrato e das Coberturas**

2.1 O presente Contrato garante à *Pessoa Segura*, um conjunto de coberturas no âmbito dos cuidados de saúde que pode integrar, conjunta ou isoladamente prestações convencionadas, prestações por reembolso, acesso à rede e serviços de assistência, em

consequência de doença manifestada ou acidente ocorrido durante a vigência do contrato, nos termos do disposto nas *Condições Gerais, Especiais e Particulares Aplicáveis*.

2.2 O presente Contrato não garante quaisquer despesas médicas ou medicamentosas reclamadas pelo Serviço Nacional de Saúde ou por outro qualquer subsistema de saúde de que a *Pessoa Segura* seja beneficiária, podendo, no entanto, e desde que tal seja contratado, assegurar o reembolso das respectivas taxas moderadoras.

### CLÁUSULA 3ª – Âmbito Territorial

3.1 O presente Contrato tem o seu âmbito territorial limitado ao território nacional, entendendo-se como tal o território de Portugal Continental e das Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira.

3.2 Apenas estão abrangidas as despesas de saúde realizadas ou a realizar no estrangeiro quando se verifique uma das seguintes condições:

- a) Em caso de acidente ou doença súbita, quando a *Pessoa Segura* se encontrar no estrangeiro por um período não superior a 60 dias;
- b) Por recomendação de médico da especialidade e com o acordo prévio do *segurador*.

### CLÁUSULA 4ª – Formação do Contrato

4.1 As declarações do *Tomador do Seguro* e da *Pessoa Segura* efectuadas na *Proposta de Seguro* e no *Questionário Clínico*, o qual faz parte integrante da mesma, assim como toda a informação recolhida durante o processo de adesão ao seguro, servem de base ao presente Contrato, sendo incontestáveis após a sua entrada em vigor.

4.2 A validade das coberturas garantidas pressupõe e depende da veracidade e exactidão das declarações prestadas pelo *Tomador do Seguro*, da *Pessoa Segura*, ou seu representante, relativamente a factos ou circunstâncias com relevância clínica dos mesmos conhecidas e que razoavelmente devam ter por significativas para a apreciação do risco pelo *Segurador* e que possam influir sobre a existência ou condições do contrato.

4.3 As omissões e as declarações inexactas ou incompletas feitas pelo *Tomador do Seguro* ou pela *Pessoa Segura* susceptíveis de influenciar a determinação do risco ou as condições em que o contrato foi celebrado, conferem ao *Segurador* o direito de resolver o contrato, não havendo, em caso de má-fé, direito à restituição de Prémios.

4.4 Entende-se por má-fé do *Tomador do Seguro* ou da *Pessoa Segura* a omissão ou a declaração inexacta ou incompleta de qualquer acto médico, facto ou circunstância, susceptível de relevância clínica, conhecido ou que não devesse ignorar, a menção a qualquer acidente com repercussões na sua saúde, a recusa de prestação de qualquer informação ou a entrega de qualquer documentação pertinente à avaliação da situação de pré-existência, entre outros.

### CLÁUSULA 5ª – Exclusões

#### 5.1 Exclusões Gerais:

Consideram-se excluídas do âmbito de cobertura da presente *Apólice* as despesas resultantes de:

- a) **Doença, lesão ou gravidez manifestada ou pré-existente à data da subscrição do seguro;**

b) **Doença** ou lesão decorrente de acidente ocorrido antes da data de inclusão no seguro;

c) Cirurgias destinadas à correcção de anomalias físicas ou funcionais, doenças ou malformações congénitas manifestadas ou ocorridas antes da data de inclusão da *Pessoa Segura*, excepto quando digam respeito a crianças nascidas durante a vigência do contrato e desde que incluídas à data de nascimento e até 30 dias, excepto quando haja expressa convenção em contrário;

d) Cirurgia, consultas, exames e tratamentos de carácter estético ou plástico e reconstrutivo, nomeadamente, de entre outros, mamoplastias, abdominoplastias, rinoplastias. Exceptuam-se desta exclusão, situações em consequência de acidente ocorrido na vigência do contrato ou doença maligna, confirmada por exame anátomo-patológico e manifestada durante a vigência desta *apólice*;

e) Qualquer tratamento e/ou intervenção cirúrgica realizada com a intenção de melhorar a aparência pessoal e/ou remover tecido corporal são;

f) Qualquer tratamento e/ou intervenção de correcção da obesidade, tratamentos de emagrecimento e afins e suas consequências;

g) Consultas, exames ou tratamentos de regulação de peso e rejuvenescimento;

h) Consultas e exames com nutricionistas;

i) Consultas, elementos auxiliares de diagnóstico, receituário e tratamentos efectuados no âmbito da fertilidade, insuficiência sexual ou qualquer método de fecundação artificial e suas consequências, designadamente os partos múltiplos decorrentes desses tratamentos.

j) Consultas, exames ou tratamentos de disfunção sexual;

k) Alcoolismo e tratamentos relativos à toxicod dependência, bem como todas as *doenças* ou lesões adquiridas pela *Pessoa Segura* por ter agido sob influência de álcool, estupefacientes, outras drogas ou produtos tóxicos, ainda que prescritos por receita médica;

l) Hemodiálise;

m) Transplantes de órgãos e suas implicações, salvo convenção expressa em contrário nos termos de cobertura adicional quando especialmente contratada;

n) Quaisquer patologias resultantes, directa ou indirectamente, da acção do vírus da imunodeficiência humana (HIV);

o) Tratamento de varicosidades também vulgarmente conhecidas por “derrames”, nomeadamente através de injeções esclerosantes e laser, assim como o tratamento de varizes por métodos não convencionais, endovasculares (laser, radiofrequência e escleroterapia química).

p) Despesas com medicamentos, tratamentos ou intervenções cirúrgicas com finalidades contraceptivas;

q) Interrupção voluntária da gravidez (IVG), assim como todos os *Actos Médicos* com ela relacionados, mesmo que devida a causa que legitime a sua realização no prazo mais alargado previsto por lei;

r) Laqueação de trompas, vasectomia, colocação de DIU, ou outros tratamentos anticoncepcionais, bem como, as despesas efectuadas com o objetivo de reverter os efeitos de uma cirurgia de esterilização realizada voluntariamente;

s) *Actos Médicos* praticados em consequência de *doença* ou acidente que tenham sido intencionalmente provocados pela *Pessoa Segura*, incluindo a tentativa de suicídio ou o agravamento do seu estado de saúde, bem como a participação em apostas ou desafios, intervenção em duelos e rixas ou da prática de actos dolosos ou gravemente culposos ou ilícitos;

t) *Doenças* epidémicas oficialmente declaradas ou *doenças* infecto-contagiosas, quando em situação de epidemia ou

pandemia declarada pelas autoridades de saúde nacionais ou OMS;

u) Perturbações do foro da saúde mental, (estados de depressão psíquica, neuroses ou psicoses, esquizofrenias e das psicoses afectivas, quaisquer que sejam as suas manifestações clínicas) ficando todas as outras *doenças* do mesmo foro sujeitas ao limite máximo de:

- i. 6 consultas de psiquiatria por anuidade de contrato, sejam individuais ou em grupo;
- ii. 15 dias de hospitalização, por anuidade de contrato, desde que o motivo da hospitalização psiquiátrica obedeça a um episódio agudo, com exclusão das hospitalizações por situações crónicas;

v) Excluem-se igualmente quaisquer prestações decorrentes de assistência de psicologia, consultas ou tratamentos de psicanálise, hipnose e terapia do sono;

w) Perturbações resultantes de intoxicação alcoólica, uso de estupefacientes ou narcóticos ainda que prescritos por médico, utilização abusiva de medicamentos;

x) Tratamentos e medicamentos experimentais ou de investigação e/ou integrados em ensaios clínicos;

y) Tratamentos em termas, Spa, sanatórios, casas de repouso, lares para a terceira idade e outros estabelecimentos similares;

z) Consultas e tratamentos de hidroterapia, fototerapia, homeopatia, osteopatia e quiroprática ou medicina natural, entre outras, bem como quaisquer actos médicos ou terapêuticos que não sejam reconhecidos pela Ordem dos Médicos Portuguesa;

aa) Acidentes ocorridos e *doenças* contraídas em virtude de:

- i. Prática profissional de desportos e participação, como amador, em provas desportivas integradas em campeonatos e respectivos treinos;
- ii. Participação em competições desportivas e respectivos treinos com veículos, providos ou não de motor;
- iii. Prática de qualquer tipo de desporto;
- iv. Os acidentes inerentes à utilização de veículos motorizados, de duas ou quatro rodas, quando as despesas deles resultantes devam ser indemnizadas ao abrigo do seguro automóvel;
- v. Cataclismos da natureza, actos de guerra, declarada ou não, acções de terrorismo, sabotagem, perturbações da ordem pública e utilização de armas químicas e/ou bacteriológicas;
- vi. Consequência da exposição a radiações, emanações nucleares ou ionizantes, inclusive queimaduras por exposição solar ou por utilização de solários, câmaras solares ou semelhantes e suas consequências;
- vii. Ingestão de bebidas alcoólicas ou do consumo de estupefacientes;

bb) Despesas realizadas com médicos que sejam cônjuges, pais, filhos, cunhados ou irmãos *da Pessoa Segura*;

cc) Serviço de enfermagem particular;

dd) Novas tecnologias, tecnologias não convencionais (vídeo-endoscópicas, robóticas, endovasculares e de radiologia de intervenção), excepto em estado ou caso de comprovada necessidade ou risco de vida;

ee) Assistência e tratamento hospitalar por razões de carácter social;

ff) Acidentes e *doenças* cobertas por seguros obrigatórios, nomeadamente acidentes de trabalho e *doenças* profissionais, ao abrigo da lei de acidentes de trabalho;

gg) Despesas com cintas, ligaduras, perucas (mesmo quando o seu uso for considerado necessário durante um tratamento de quimioterapia), sapatos ortopédicos, salvo no que diz respeito à correcção, meias ou collants de descanso, cintas ortopédicas,

fraldas, fundas inguinais para hérnias, colchões ortopédicos, aparelhos de ar condicionado, purificadores de ar e outros equipamentos ou artigos similares aos referidos;

hh) Despesas de natureza particular (telefone, aluguer de TV, etc.) e aquelas não directamente relacionadas com os actos médicos abrangidos pelo Contrato, assim como despesas com acompanhantes, excepto em caso de hospitalização de crianças de idade inferior a 12 anos;

ii) Despesas resultantes de ginástica, hidroginástica e outros desportos em piscina ou massagem, ainda que prescritos por médico;

jj) Consultas, exames ou tratamentos da roncopatia e da síndrome de apneia obstrutiva do sono;

kk) Tratamentos refractivos à miopia, astigmatismo, presbiopia e hipermetropia (cirúrgicos ou a laser), excepto para situações em que o equivalente esférico, por olho, é superior a seis dioptrias;

ll) Despesas efectuadas com mudança de sexo ou relativas a qualquer tratamento por desordens de género;

mm) Despesas que sejam abrangidas por protocolos, sistemas ou subsistemas de saúde ou outras formas de comparticipação a que a *Pessoa Segura* tenha direito ou de que beneficie, excepto na parte remanescente e não comparticipada pelos mesmos;

nn) Despesas com transportes de qualquer tipo, de e para os locais onde são prestados os cuidados médicos;

oo) Tratamentos com a utilização de Factores de Crescimento em lesões osteo-articulares;

pp) Tratamento de fibromiomas ou miomas uterinos e hiperplasia benigna da próstata por embolização, e de varizes vaginais e varicocele por escleroterapia;

qq) Tratamentos realizados com recurso a Câmara Hiperbárica, com excepção das situações decorrentes da necessidade de descompressão;

rr) Outros Serviços que não sejam clinicamente necessários;

ss) E ainda como exclusão de todo tipo de Tratamento (Medicina Física de Reabilitação, Fisioterapia, Terapia da Fala e outros):

- i. os tratamentos de fisioterapia e de reabilitação quando atingido a recuperação funcional ou o máximo possível dela;
- ii. quando a prestação se converta numa terapia ocupacional ou de manutenção;
- iii. quando a reabilitação em *doenças* crónicas do aparelho locomotor após estabilização das sequelas;
- iv. a reabilitação ou manutenção em lesões neurológicas irreversíveis de qualquer origem;
- v. a estimulação precoce.

## CLÁUSULA 6ª – Obrigações do Segurador

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

a) Informar o *Tomador do Seguro*, durante a vigência do presente Contrato, de todas as alterações dos termos contratuais e da execução das obrigações por parte do *Segurador* que possam modificar a sua vontade de manter em vigor.

b) Efectuar os pagamentos devidos nos termos do presente contrato.

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

7.1 Constituem obrigações do *Tomador do Seguro* e das *Pessoas Seguras* no âmbito do presente contrato, sem prejuízo das que decorrem da Lei e do presente Contrato:

a) Declarar ao *Segurador*, antes da data de produção de efeitos do presente Contrato ou da sua adesão, todos os factos ou circunstâncias de que tenha conhecimento, ou deva ter, susceptíveis de serem tidos em consideração na apreciação e determinação do risco, designadamente, mas sem limitar, as seguintes:

a. Todas as informações solicitadas na *Proposta de Seguro* e que servem de base à subscrição do presente Contrato e respectivas adesões;

b) Autorizar o *Segurador* a transmitir à *Entidade Gestora* a informação necessária à prossecução dos seus serviços.

7.2 Assegurar ao *Segurador* a prestação de toda a informação clínica que lhe seja solicitada, bem como facultar toda a documentação que possua e seja adequada à averiguação de uma situação pré-existente. A recusa infundada da prestação dos esclarecimentos solicitados ou da entrega da documentação solicitada confere ao *Segurador* o direito de recusar o pagamento de qualquer *Despesa Médica* até ao esclarecimento cabal da situação.

## **CLÁUSULA 8ª – Condições de Elegibilidade**

8.1 Podem beneficiar das garantias conferidas pelo presente contrato as *Pessoas Seguras* que, à data do início do contrato ou da proposta de inclusão na *Apólice*, satisfaçam, cumulativamente, as seguintes condições:

a) Representem um risco segurável conforme aos parâmetros de avaliação e aos critérios de aceitação fixados pelo *Segurador*, tendo em conta, nomeadamente, a ocupação profissional, eventuais *doenças* pré-existentes e/ou quaisquer limites de idade para adesão e/ou para permanência no *Contrato de Seguro*;

b) Aceitem as regras aplicáveis ao funcionamento das garantias do *Contrato de Seguro* e a utilização, consoante o caso, dos regimes de prestações convencionadas ou de prestações por reembolso ou dos serviços de assistência;

c) Sejam aceites pelo *Segurador*, ou expressamente, ou nas condições que resultem do regime legal do *Contrato de Seguro*; e

d) Preencham com verdade, exactidão e sem reservas o *Questionário Clínico*, sempre que as condições de elegibilidade fixadas o exijam.

## **CLÁUSULA 9ª – Períodos de Carência**

9.1 Salvo disposição em contrário prevista nas *Condições Particulares*, as garantias concedidas pelas *Condições Especiais*, estabelecidas nas *Condições Particulares*, entram em vigor:

a) Após o decurso do prazo de 90 dias, contados da data de admissão da Pessoa Segura, para as coberturas de Hospitalização e Ambulatório;

b) Após o decurso do prazo de 180 dias, contados da data de admissão da Pessoa Segura, para as Coberturas Complementares de Estomatologia e Próteses e Ortóteses, assim como, para alguns exames incluídos na cobertura de Ambulatório, nomeadamente Ressonâncias Magnéticas ou PET Scan;

c) Após o decurso do prazo de 365 dias, contados da data de admissão da *Pessoa Segura*, para as situações específicas abaixo indicadas:

- Intervenção cirúrgica e tratamento às varizes;
- Intervenção cirúrgica a hérnias;
- Litotricia renal e vesical;

- Hemorroidectomia;
- Intervenções cirúrgicas e tratamentos por patologia coloproctológica benigna;
- Intervenção cirúrgica a úlcera gastroduodenal;
- Histerectomia ou qualquer outra doença do foro ginecológico por patologia benigna;
- Mastectomia por patologia benigna;
- Tireoidectomia por patologia benigna;
- Colecistectomia;
- Artroscopias, artroplastias, meniscectomias e ligamentoplastias;
- Tratamento de síndrome de túnel cárpico e de Quervain e hallux valgus;
- Uvulopalatoplastia;
- Remoção cirúrgica ou tratamentos de lesões benignas da pele e partes moles, tais e como nevos, sinais, quistos, lipomas, verrugas e doença pilonidal;
- Cirurgias às cataratas, vitrectomias e cirurgias refractivas;
- Todas as patologias benignas do foro da otorrinolaringologia;
- Prostatectomia por patologia benigna e demais cirurgias ao aparelho genito-urinário por patologia benigna;
- Todas as despesas relacionadas com gravidez, parto, cesariana ou interrupção involuntária da gravidez, sejam ambulatoriais ou com recurso a hospitalização.

9.2 Não haverá lugar a *Período de Carência* em caso de *acidente* que requeira tratamento de urgência em hospital, quer em regime de internamento, quer em regime de ambulatório.

## **CLÁUSULA 10ª – Termo das Coberturas**

10.1 Salvo convenção em contrário, as coberturas concedidas por efeito da celebração do presente *contrato de seguro* cessam, relativamente a cada *Pessoa Segura*:

- a) Na data da resolução ou denúncia do contrato;
- b) Na data de renovação do contrato imediatamente a seguir à data em que a *Pessoa Segura* atinge o limite de idade estabelecido nas *Condições Especiais ou Particulares* do presente *Contrato*;
- c) No momento da perda pela *Pessoa Segura* de alguma das condições de elegibilidade;
- d) No termo da anuidade em que a *Pessoa Segura* perca a qualidade de aderente ou membro do grupo pelo qual aderiu a este *Contrato de Seguro*;
- e) Falta de pagamento do prémio, nos termos legais aplicáveis;
- f) Em caso de não renovação do contrato ou de não renovação da adesão.

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

10.3 O *Segurador* garante, em caso de cessação da cobertura, as despesas efectuadas, até 60 dias após o termo do contrato, com a Hospitalização, desde que o seu início tenha ocorrido no decurso do contrato.

## **CLÁUSULA 11ª – Prémios**

11.1 O *Prémio* do Seguro é devido até à data da celebração do presente contrato, sendo que as coberturas concedidas por efeito da sua celebração apenas se verificam a partir do respetivo pagamento.

11.2 Os *Prémios* seguintes são devidos até à data de renovação da *Apólice*, devendo, para o efeito, o *Segurador* comunicar ao *Tomador do Seguro*, com uma antecedência mínima de 30 dias sobre a data de renovação, qual o valor a pagar, a forma e o lugar de pagamento. Essa comunicação será efectuada através do envio de Avisos de Pagamento.

**11.3 A falta de pagamento do Prémio no momento da celebração do contrato, implica a anulação automática e imediata do contrato. A falta de pagamento do Prémio na data de renovação do contrato impede a sua renovação. Tanto num caso como noutro, a cobertura do risco cessa na data em que o pagamento era devido.**

11.4 O *Prémio* do Seguro é devido por inteiro, sem prejuízo de entre o *Segurador* e o *Tomador do Seguro* poder ser acordado o pagamento fraccionado.

11.5 O *Prémio* correspondente à adesão de outras *Pessoas Seguras*, para além do *Tomador do Seguro*, tornar-se-á automaticamente exigível a partir da data de aceitação pelo *Segurador*.

11.6 Salvo convenção expressa em contrário nas *Condições Particulares*, no *Contrato de Seguro de Grupo* em Regime Contributivo, considera-se devida para cada anuidade a totalidade do *Prémio* calculado para a globalidade do Grupo Segurável, pelo que não será aceite a redução do mesmo por exclusão de *Pessoas Seguras*. O *Tomador do Seguro* ou a *Pessoa Segura*, quando seja o caso, deverão indicar, na *Proposta de Seguro* que subscrevam, o IBAN relativo à conta bancária que pretendam que seja creditada pelo valor das prestações de reembolso ou outras que derivem do accionamento das coberturas do contrato ou da execução continuada do mesmo, reconhecendo a faculdade de compensação por parte do *Segurador*.

11.7 O *Tomador do Seguro* ou a *Pessoa Segura*, quando seja o caso, deverão, igualmente, indicar, na *Proposta de Seguro* que subscrevam, o IBAN relativo à conta bancária que pretendam que seja debitada com o valor do *Prémio* ou das fracções do mesmo, sem prejuízo de acordar com o *Segurador* outra forma de pagamento.

11.8 O *Segurador* reserva o direito de ajustar o *Prémio* de Seguro em cada renovação, bem como no decurso da vigência do contrato, através da aplicação de um sobre-prémio, no caso de modificação do risco em que fundou a decisão de contratar.

#### **CLÁUSULA 12ª – Início e Duração do Contrato**

12.1 Salvo disposição em contrário constante das *Condições Particulares*, o presente Contrato considera-se celebrado pelo prazo de um ano, renovando-se automaticamente na Data de Início da *Apólice*, por períodos sucessivos de um ano.

12.2 O presente Contrato inicia a sua produção de efeito na data de admissão da *Pessoa Segura*, considerando-se, como tal, as zero horas do dia imediatamente a seguir àquele em que é aceite a respectiva *Proposta de Seguro*.

12.3 A data de admissão da *Pessoa Segura* deverá constar expressamente das *Condições Particulares*.

12.4 O presente Contrato produzirá efeitos até à sua cessação, a qual poderá ocorrer por denúncia, resolução, caducidade ou revogação nos termos da Cláusula seguinte.

#### **CLÁUSULA 13ª – Denúncia e Caducidade do Contrato**

13.1 A denúncia do contrato equivale à sua não renovação.

13.2 Verificada a denúncia do contrato por iniciativa do *Segurador*, a sua responsabilidade cessa na data de vencimento do contrato, sem prejuízo, todavia, de este ficar obrigado a efectuar as prestações contratualmente devidas em consequência de *doenças* manifestadas durante o período de vigência da *Apólice*, de acidentes ou outros factos geradores de indemnização ocorridos no mesmo período, até que se mostre esgotado o capital seguro disponível na anuidade em que o contrato cessar a sua vigência.

13.3 A obrigação prevista no número anterior, sem prejuízo das regras sobre participação de sinistros previstas na *Apólice*, apenas se verifica em relação a *doenças* ou acidentes participados ao *Segurador* até 8 dias após o termo de vigência do contrato, salvo motivo de força maior.

13.4 Em caso de dúvida caberá ao *Tomador do Seguro* e/ou à *Pessoa Segura* a prova dos factos previstos nos números anteriores.

13.5 A obrigação do *Segurador* a que se reporta o nº 2 da presente cláusula cessa, em qualquer caso, decorrido que esteja um ano sobre a data do termo de vigência do contrato ou da participação, consoante o que for posterior.

13.6 A Denúncia do Contrato, seja pelo *Segurador*, seja pelo *Tomador do Seguro*, deverá ser comunicada por uma parte à outra parte, através de carta registada ou de qualquer outro meio do qual fique registo escrito, com uma antecedência mínima de 30 dias relativamente à data de vencimento do contrato.

#### **CLÁUSULA 14ª – Resolução do Contrato**

**14.1 O Tomador do Seguro pode, por justa causa, a todo o tempo, resolver o presente contrato, desde que comunique tal resolução ao Segurador, por intermédio de correio registado ou de qualquer outro meio do qual fique registo escrito, com a antecedência mínima de 30 dias em relação à data a partir da qual pretende que a resolução produza os seus efeitos.**

**14.2 O Segurador apenas poderá resolver o contrato quando se verifique uma das seguintes situações:**

- a) No caso de modificação do risco;
- b) No caso de má-fé, considerando-se, como tal, a omissão ou a declaração inexacta ou incompleta de qualquer acto médico, facto ou circunstância, susceptível de relevância clínica, conhecido ou que a *Pessoa Segura* não devesse ignorar, a menção a qualquer acidente com repercussões na sua saúde, a recusa de prestação de qualquer informação ou a entrega de qualquer documentação pertinente à avaliação da situação de pré-existência, entre outros;
- c) No caso de fraude, considerando-se como tal a obtenção ou a tentativa de obtenção de um benefício ilegítimo por parte do *Tomador do Seguro* ou das *Pessoas Seguras* à custa do *Segurador*.

14.3 O prémio a devolver em caso de resolução do contrato será sempre calculado tendo em consideração o período de tempo ainda não decorrido até à data de vencimento, o custo de emissão da *Apólice*, bem como o capital seguro ainda disponível.

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

#### **CLÁUSULA 15ª – Direito de Renúncia**

**15.1 Se o contrato for celebrado pelo prazo de um ano renovável por igual período, o Tomador do Seguro, sendo pessoa singular, dispõe do prazo de 30 dias, contados da recepção da Apólice, para comunicar ao Segurador a renúncia aos efeitos do contrato.**

**15.2 Sob pena de ineficácia, a comunicação da renúncia referida no número anterior deve ser efectuada por carta registada ou por qualquer outro meio do qual fique registo escrito.**

15.3 O exercício deste direito determina a resolução do contrato, extinguindo todas as obrigações dele decorrentes, com efeitos a partir da celebração do mesmo, havendo lugar à devolução de prémio que tenha sido já pago.

15.4 O Segurador tem direito ao prémio relativo ao período de tempo já decorrido, ao custo de emissão da Apólice e às despesas que comprovadamente tiver efectuado com exames médicos, salvo se o exercício do direito de renúncia tiver por base a violação pelo Segurador do dever de informação previsto na lei.

15.5 O exercício do direito de renúncia não dá lugar a qualquer indemnização.

#### **CLÁUSULA 16ª – Sub-rogação**

**16.1 Quando as prestações relativas a cuidados de saúde, asseguradas ou suportadas pelo Segurador, resultem de situação da responsabilidade de um terceiro, aquela ficará subrogada, naquela exacta medida, nos eventuais direitos das Pessoas Seguras contra este.**

**16.2 O Tomador do Seguro ou as Pessoas Seguras responderão, até ao limite da indemnização suportada pelo Segurador, por acto ou omissão que prejudique o Segurador quanto ao exercício do seu direito de regresso contra o terceiro responsável.**

**16.3 No caso de a sub-rogação ser apenas parcial, as Pessoas Seguras e o Segurador concorrerão no exercício dos respectivos direitos de regresso contra o terceiro responsável.**

**16.4 Nos termos que resultem expressamente da lei, não existirá direito de regresso do Segurador nem contra as próprias Pessoas Seguras, se estas deverem responder legalmente pelo terceiro responsável, nem contra o cônjuge, companheiro em união de facto, ascendente ou descendente das Pessoas Seguras que com elas vivam em economia comum, a menos que esteja em causa a sua responsabilidade por actos dolosos.**

#### **CLÁUSULA 17ª – Alterações Contratuais**

17.1 Durante a vigência do contrato o *Tomador do Seguro* pode pedir a inclusão de pessoas que façam parte do seu agregado familiar, sendo necessário o preenchimento do *Questionário Clínico*. A inclusão só produzirá efeito na data de renovação do contrato, salvo em caso de inclusão de recém-nascidos ou cônjuge por matrimónio

ou união de facto. A estas *pessoas seguras* serão aplicados os respectivos períodos de carência previstos na 9ª Cláusula destas Condições, beneficiando as mesmas dos limites de Cobertura que estiverem em vigor na anuidade em que for solicitada a sua inclusão.

17.2 A inclusão de recém-nascidos num contrato que tenha como *Pessoa Segura* pelo menos um dos Pais durante uma anuidade completa é aceite sem períodos de carência, sem *doenças* pré-existentes e sem exclusão de *doenças* e malformações congénitas desde que seja efectuada uma pré-adesão até ao 6º mês de gravidez. Para aplicação destas condições, a adesão definitiva deve ser feita nos primeiros 30 dias de vida da criança. Neste caso, aceite a inclusão do recém-nascido como *Pessoa Segura*, será devido o correspondente prémio a partir do seu nascimento. Para efeitos desta inclusão, poderá ser enviada cópia da certidão de nascimento mas deverá ser apresentado o respectivo NIF da criança.

17.3 Durante a vigência do contrato o *Tomador do Seguro* pode pedir, por escrito, a exclusão como *Pessoa Segura* do agregado familiar. A exclusão só produzirá efeito na data de renovação do contrato, salvo em caso de divórcio ou de falecimento da *Pessoa Segura*. Nestes casos específicos, o Segurador estornará o prémio *pro rata temporis* relativo ao período já pago e ainda não decorrido e não cobrará os prémios vincendos.

17.4 O Segurador comunicará ao *Tomador do Seguro* ou ao aderente as novas condições do contrato através da emissão de uma *acta adicional*.

#### **CLÁUSULA 18ª – Arbitragem**

18.1 As divergências relativas à interpretação e aplicação do presente Contrato poderão ser resolvidas por meio de recurso à Arbitragem.

18.2 Optando as partes pelo recurso à Arbitragem, se o desacordo disser respeito ao direito às prestações do Segurador, com fundamento em opinião médica, proceder-se-á da seguinte forma: cada parte designará um médico que a representará, cabendo aos médicos designados acordarem na nomeação de um terceiro médico que presidirá e ao qual caberá voto de qualidade em caso de empate.

18.3 Em caso de divergência na escolha do terceiro médico, essa escolha caberá à Ordem dos Médicos a quem será pedida a designação ou requerida judicialmente por qualquer das partes.

18.4 Os custos associados ao processo de Arbitragem serão suportados por cada parte em relação ao seu árbitro designado e em metade relativamente ao árbitro presidente.

#### **CLÁUSULA 19ª – Competência para dirimir litígios de consumo**

19.1 Em caso de litígio de consumo, melhor definido nos termos do disposto na Lei n.º 144/2015, de 8 de Setembro, o consumidor poderá dirimir o mesmo mediante o recurso a uma entidade de resolução alternativa de litígios de consumo competente (RAL).

19.2 Em sede do sector do Segurador, constitui centro de litígios de consumo de competência especializada o CIMPAS (Centro de Informação, Mediação, Provedoria e Arbitragem de Seguros), cuja

informação mais detalhada poderá ser consultada em [www.cimpas.pt](http://www.cimpas.pt).

19.3 Para conhecer a lista atualizada de entidades RAL prevista pela Lei n.º 144/2015, bem como a entidade RAL competente, os tipos de litígios abrangidos ou outras informações, deverá consultar o portal da Direção Geral do Consumidor, que é a autoridade nacional competente para organizar a inscrição e a divulgação da lista de entidades RAL, em [www.consumidor.pt](http://www.consumidor.pt) ou em [www.arbitragemdeconsumo.org](http://www.arbitragemdeconsumo.org).

#### **CLÁUSULA 20ª – Protecção de Dados e Confidencialidade**

**20.1 Os dados pessoais do Tomador do Seguro, de qualquer Pessoa Segura ou outro titular de dados pessoais são considerados como informação restrita, assim como qualquer informação pessoal transmitida ao Segurador, ou a que a mesma tenha, por qualquer meio, acesso por via do presente contrato, considerando-se como informação pessoal a definida na Lei n.º 67/98, de 26 de Outubro e no Regulamento Geral de Protecção de Dados – RGPD (Regulamento UE 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho de 27 de abril de 2016 relativo à protecção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados) ou em qualquer outra legislação ou regulamentação respeitante à protecção de dados pessoais ou à atividade seguradora sucessivamente aplicável.**

**20.2 O Segurador compromete-se a respeitar e cumprir integralmente o estabelecido na legislação de protecção de dados pessoais aplicável, nomeadamente a:**

- a. Tratar os dados pessoais de forma lícita e com respeito pelos direitos dos titulares dos dados, utilizando-os exclusivamente para as finalidades a que se reporta o presente contrato, não podendo ser posteriormente tratados de forma incompatível com tais finalidades;
- b. Implementar as medidas técnicas e organizativas para proteger os dados contra destruição acidental ou ilícita, perda acidental, alterações, difusão ou acesso não autorizados, bem como contra qualquer outra forma de tratamento ilícito dos dados pessoais;
- c. Manter os dados pessoais como estritamente confidenciais e efetuar o tratamento dos dados pessoais em consonância com a legislação aplicável por parte dos respetivos trabalhadores, colaboradores, agentes, auxiliares ou subcontratados.

**20.3 O Segurador compromete-se a guardar e manter total sigilo sobre qualquer informação de âmbito confidencial, independentemente do respetivo suporte, (nomeadamente referente a documentos, factos ou pessoas a que aceda por via do presente contrato) e a assegurar, a confidencialidade dessa informação.**

**20.4 O dever de sigilo previsto compreende, assim, quer o dever legal de sigilo previsto especificamente na lei para a atividade seguradora, quer também, um dever contratual de sigilo que, no entanto, não deverá prejudicar, de nenhuma forma, os deveres legais de informação ou outros a que o Segurador se encontra legalmente adstrito.**

**20.5 A conciliação entre os deveres legais de sigilo e os deveres legais de informação far-se-á segundo o que estiver disposto na lei ou resulte dos princípios gerais de direito aplicáveis.**

**20.6 O dever contratual de sigilo cederá, nomeadamente, perante os deveres prescritos pelo regime legal da atividade seguradora**

**ou por quaisquer outras normas legais ou regulamentares aplicáveis, perante o dever de cooperação com as autoridades de regulação competentes, quer ainda perante os deveres legais de relato ou de denúncia obrigatória de operações ilegais que lhe sejam propostas.**

**20.7 Dentro dos limites legais aplicáveis, as obrigações que constam da presente cláusula não se extinguem com a cessação, por qualquer causa, do presente contrato.**

#### **CLÁUSULA 21ª – Comunicações**

Todas as informações e comunicações que ocorram no âmbito do presente contrato, devem ser efetuadas para os contactos indicados pelas PARTES nas presentes Condições Gerais e na Proposta, por via de correio eletrónico ou através de carta; considerando-se realizadas na data da sua recepção pelo destinatário.

#### **CLÁUSULA 22ª – Lei Aplicável e Foro Competente**

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

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

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

22.4 As expressões usadas no presente contrato que correspondam a definições legais constantes da legislação aplicável à actividade seguradora e ao *Contrato de Seguro*, valerão com o sentido previsto na lei.

22.5 O Tribunal competente para a propositura das acções judiciais destinadas a exigir o cumprimento de obrigações decorrentes do presente contrato, bem como as indemnizações por não cumprimento ou cumprimento defeituoso do contrato, ou a exigir a resolução por incumprimento contratual é o Tribunal do Domicílio do Réu, neste caso, o Tribunal do lugar do domicílio do *Tomador do Seguro e/ou Pessoa Segura*.

22.6 Se o Tomador do Seguro for uma pessoa colectiva e a acção houver de ser instaurada contra esta, então a acção pode ser proposta, à escolha do Credor, neste caso do *Segurador*, no Tribunal do domicílio da Sede do *Segurador* ou no Tribunal do domicílio da sede do *Tomador do Seguro*.

#### **CLÁUSULA 23ª – Responsabilização por práticas médicas**

23.1 É da inteira responsabilidade da *Pessoa Segura* a escolha dos profissionais médicos, auxiliares, técnicos, hospitalares e/ou outros estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde.

23.2 O *Segurador* não se responsabiliza pelos actos médicos prestados ou pela qualidade dos tratamentos efectuados por qualquer instituição ou indivíduo nem pelas suas consequências.

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

#### **CLÁUSULA 24<sup>a</sup> – Obrigações do Tomador do Seguro em caso de Modificação do Risco**

24.1 O *Tomador do Seguro* e a *Pessoa Segura* obrigam-se a informar o *Segurador* das modificações ocorridas no risco seguro, relacionadas com alterações de tomador do seguro, morada, NIB, inclusão e exclusão de *personas seguras*.

24.2 O *Segurador* poderá ou não aceitar a modificação produzida no risco e alterar o *Prémio* estipulado em consequência dessa modificação, fazendo constar a alteração, se a aceitar, de *Acta Adicional*.

24.3 Na falta da informação referida ou ainda se o *Segurador* não aceitar a modificação ou se o *Tomador do Seguro* não aceitar o agravamento do prémio proposto, o Contrato ficará resolvido, devendo o *Tomador do Seguro* ser disso avisado com a antecedência de 30 dias e ficando com direito à devolução do Prémio relativo ao período de tempo não decorrido.

24.4 No caso da alteração do risco não ser comunicada ao *Segurador* ou de haver reticências, dissimulações ou omissões na declaração, e dessa alteração resultar um agravamento do risco, o *Segurador* não se responsabiliza pelos *Sinistros* que ocorram, salvo se a *Pessoa Segura* provar a ausência de relação causal entre o agravamento do risco e o *Sinistro*.

#### **CLÁUSULA 25<sup>a</sup> – Procedimentos em caso de Sinistro**

##### **25.1 Obrigações do Segurador em caso de Sinistro:**

O *Segurador*, por si ou por intermédio da *Entidade Gestora*, obriga-se a:

- Proceder com diligência e prontidão a todas as averiguações indispensáveis para a correcta regularização dos sinistros;
- No caso de prestações por reembolso, pagar o montante devido no prazo máximo de 8 dias úteis após a recepção do pedido de comparticipação e de todos os documentos necessários para a regularização dos sinistros, conforme referido no presente contrato, na parte relativa às obrigações do *Tomador do Seguro* e/ou *Pessoa Segura*.

##### **25.2 Obrigações do Tomador do Seguro e das Pessoas Seguras em caso de sinistro:**

No que diz respeito às prestações convencionadas, as *personas seguras* devem:

- Seleccionar um prestador da Rede de Prestadores. A listagem dos prestadores convencionados está disponível no “Diretório Clínico”, ao qual poderá aceder em [www.saudeprime.pt](http://www.saudeprime.pt);
- Apresentar o seu cartão de saúde ao prestador da Rede de Prestadores;
- Pagar ao prestador a parte da despesa que eventualmente fique a seu cargo, de acordo com o estipulado nas *Condições Especiais e/ou Particulares*.

No que diz respeito às prestações indemnizatórias, as *personas seguras* devem:

- Apresentar sempre o impresso de pedido de reembolso devidamente preenchido e assinado pelo prestador;

b) Apresentar prescrição médica para os exames complementares de diagnóstico e tratamentos realizados, bem como para as ortóteses e próteses adquiridas;

c) Apresentar os recibos das despesas realizadas, que terão de indicar o nome do doente a que respeitam, discriminar os serviços prestados e obedecer às normas legais, nomeadamente de natureza fiscal. Os recibos de honorários médicos deverão ainda indicar a especialidade médica;

d) Apresentar os originais de todos os recibos das despesas. Se a *Pessoa Segura* necessitar dos originais para efeitos de pedido de reembolso a outra instância poderá apresentar fotocópias que deverão ser acompanhadas de documento original que faça prova do montante despendido e do reembolso recebido;

e) Apresentar os recibos das despesas médicas no prazo máximo de 60 dias a contar da data de realização da despesa. No que diz respeito à informação clínica, as *personas seguras* devem, independentemente do tipo de prestação que esteja em causa:

a) Informar com verdade o *Segurador*, por intermédio da Entidade Gestora, sobre as circunstâncias e consequências da *doença* ou *acidente*;

b) Cumprir as prescrições do médico a que tenham recorrido;

c) Sujeitar-se a exames, por médicos designados pelo *Segurador*, por intermédio da Entidade Gestora, caso esta o considere necessário;

d) Autorizar o *Segurador* a proceder à recolha de outros dados, confirmativos ou complementares daqueles, necessários à gestão do contrato, inclusive sobre o seu estado de saúde, junto de organismos públicos, hospitais, médicos ou outras entidades, bem como a utilizar os dados recolhidos no âmbito de qualquer processo judicial que tenha por objeto o presente *Contrato de Seguro*;

e) Autorizar os médicos e hospitais a que tenham recorrido a facultar ao *Segurador*, através dos seus serviços clínicos ou dos serviços clínicos da Entidade Gestora, os relatórios clínicos e quaisquer outros elementos que estes tenham por convenientes para documentar o processo;

f) Em caso de acidente, comunicar, no prazo máximo de 15 dias, a sua ocorrência, indicando a sua descrição (data, local, hora, causas e consequências), o hospital a que recorreram, as testemunhas, as autoridades que dele tomaram conhecimento e a identificação do eventual responsável.

No que diz respeito às pré-autorizações, as *personas seguras* devem assegurar que,

a) Em caso de hospitalização, prescrição de tratamentos de fisioterapia, terapia da fala, entre outras despesas (conforme especificado nas respectivas Condições Especiais), seja solicitada pré-autorização ao *Segurador*, por intermédio dos serviços clínicos da Entidade Gestora;

b) Em caso de prestações por reembolso, a ausência de pré-autorização pode implicar a redução parcial ou total da comparticipação do *Segurador*;

c) Se por uma situação de urgência não for possível solicitar a pré-autorização, devem ser contactados os serviços clínicos da Entidade Gestora no prazo de 48 horas ou no mais curto período de tempo possível;

d) O *Segurador*, por si ou por intermédio da Entidade Gestora, deverá informar as *personas seguras* sempre que futuramente outros serviços clínicos necessitem de pré-autorização.

25.3 O *Tomador do Seguro* e/ou as *personas seguras* responderão por perdas e danos caso não sejam seguidos os procedimentos previstos nesta cláusula.

## CONDIÇÕES ESPECIAIS

---

### Condição Especial Assistência Hospitalar

---

#### Artigo 1 – Âmbito da Garantia

Ao abrigo da presente condição especial fica garantido, até ao valor e nos termos estabelecidos nas *Condições Particulares*, o pagamento das despesas efectuadas pela *Pessoa Segura* em regime de prestações convencionadas ou indemnizatórias em consequência de:

- Hospitalização numa unidade hospitalar de duração superior a 24 horas;
- Cirurgia realizada em regime ambulatorio;
- Quimioterapia realizada em regime ambulatorio.

Apenas fica garantido o pagamento das despesas relacionadas com serviços ou actos clínicos que sejam considerados necessários face ao quadro clínico da pessoa segura ou de acordo com os protocolos e padrões reconhecidos pela comunidade médica.

#### Fica garantido o pagamento das despesas relacionadas com:

- a) Honorários médicos, nomeadamente os do médico cirurgião, anestesista, ajudantes e instrumentistas;
- b) Instalações necessárias à realização dos actos em ambiente hospitalar (Bloco Operatório, Sala de Recobro, Quarto, Cuidados Intensivos);
- c) Honorários de enfermagem relacionados com os actos realizados em ambiente hospitalar;
- d) Meios complementares de diagnóstico e terapêutica associados aos actos realizados em ambiente hospitalar;
- e) Medicamentos administrados durante o internamento
- f) Transporte terrestre de ambulância de ou para o hospital, desde que o estado de saúde da Pessoa Segura o justifique;
- g) Tratamentos de Quimioterapia;
- h) Próteses implantadas cirurgicamente;
- i) Outros actos ou procedimentos contidos nos termos convencionados de Preços Fechados quando aplicados.

#### Artigo 2 – 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 despesas de internamento relacionadas com tratamentos de estomatologia e cirurgia maxilo-facial salvo se estes forem consequência de doença maligna manifestada durante a vigência da Apólice ou de Acidente que tenha exigido recurso a uma urgência hospitalar e que tenha ocorrido durante a vigência da Apólice.

#### Artigo 3 – Pré-Autorizações

**As despesas médicas incluídas no âmbito desta garantia necessitam de pré-autorização.**

### Condição Especial Assistência Ambulatoria

---

#### Artigo 1 – Âmbito da garantia

Ao abrigo da presente condição especial fica garantido, até ao valor e nos termos estabelecidos nas condições particulares, o pagamento das despesas efectuadas pela Pessoa Segura em regime de

prestações convencionadas ou indemnizatórias com cuidados médicos ambulatorios.

Apenas fica garantido o pagamento das despesas relacionadas com serviços ou actos clínicos que sejam considerados necessários face ao quadro clínico da pessoa segura ou de acordo com os protocolos e padrões reconhecidos pela comunidade médica.

#### Fica nomeadamente garantido o pagamento das despesas relacionadas com:

- a) Consultas médicas;
- b) Honorários Médicos relacionados com os actos realizados em ambiente não hospitalar;
- c) Meios complementares de diagnóstico e terapêutica realizados em ambiente não hospitalar;
- d) Medicamentos quando relacionados com actos específicos e administrados durante a execução destes;
- e) Materiais, equipamentos e produtos quando associados a actos específicos e utilizados durante a execução destes;
- f) Honorários de enfermagem relacionados com os actos realizados em ambiente não hospitalar.
- g) Medicina Física e de Reabilitação (Fisioterapia, Terapia da fala e outros), em caso de situação pós-cirúrgica, substituição de válvulas e situações traumáticas de origem maxilo-facial e crânio-encefálica até ao sublimite contratado para a cobertura de Medicina Física e Reabilitação.

#### Artigo 2 – 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) Despesas relacionadas com a aquisição e/ou colocação de Próteses ou Ortóteses;
- c) Despesas resultantes de enfermagem ao domicílio;
- d) Despesas de ortóptica.
- e) Terapia da Fala como tratamento no desenvolvimento de actividades no âmbito da prevenção, avaliação e tratamento das perturbações de aquisição e desenvolvimento da comunicação e linguagem.

#### Artigo 3 – Pré-Autorizações

**As despesas médicas incluídas no âmbito desta garantia que necessitam de pré-autorização são:**

- a) Exames Auxiliares de Diagnóstico e terapêutica em Genética Médica;**
- b) Exames Auxiliares de Diagnóstico e terapêutica em medicina Nuclear;**
- c) Exames Complementares de Diagnóstico e Terapêutica:**
  - i. **Medicina Física e de Reabilitação;**
  - ii. **Meios Invasivos de Diagnóstico e Terapêutica em Cardiologia;**
  - iii. **Meios Invasivos de Diagnóstico e Terapêutica Vascular;**
  - iv. **Polissonografia (os que necessitem de Internamento);**
  - v. **Radioterapia;**
  - vi. **Ressonância Magnética Nuclear;**
  - vii. **Terapia da Fala.**

## Condição Especial Parto

### Artigo 1 – Âmbito da garantia

Ao abrigo da presente condição especial fica garantido, até ao valor e nos termos estabelecidos nas condições particulares, o pagamento das despesas em consequência de internamento numa unidade hospitalar, por motivos de Parto normal, Cesariana ou Interrupção Involuntária de gravidez, efectuadas pela Pessoa Segura, em regime de prestações convencionadas ou indemnizatórias.

Apenas fica garantido o pagamento das despesas relacionadas com serviços ou actos clínicos que sejam considerados necessários face ao quadro clínico da pessoa segura ou de acordo com os protocolos e padrões reconhecidos pela comunidade médica.

#### Fica garantido o pagamento das despesas relacionadas com:

- Honorários médicos, nomeadamente os relativos ao médico obstetra, pediatra, bem como do anestesista, ajudantes e instrumentistas quando tal se justifique;
- Meios complementares de diagnóstico realizados durante o período de Hospitalização;
- Medicamentos administrados durante o internamento;
- Materiais, produtos e equipamentos quando associados aos actos realizados durante o período de Hospitalização;
- Instalações necessárias à realização dos actos (bloco operatório, sala de recobro, sala de parto, quarto, etc.) e material usado (gases de anestesia, oxigénio, etc.);
- Diária do recém-nascido, enquanto durar o internamento da parturiente ao abrigo desta Condição Especial;
- Transporte terrestre de ambulância para ou do Hospital.

### Artigo 2 – Pré-Autorizações

**As despesas médicas incluídas no âmbito desta garantia necessitam de pré-autorização.**

## Condição Especial Estomatologia

### Artigo 1 – Âmbito da garantia

Ao abrigo da presente condição especial fica garantido, até ao valor e nos termos estabelecidos nas condições particulares, o pagamento das despesas efectuadas pela Pessoa Segura em regime de prestações convencionadas ou indemnizatórias, com consultas ou tratamentos do foro estomatológico.

Apenas fica garantido o pagamento das despesas relacionadas com serviços ou actos clínicos que sejam considerados necessários face ao quadro clínico da pessoa segura ou de acordo com os protocolos e padrões reconhecidos pela comunidade médica.

#### Fica nomeadamente garantido o pagamento das despesas relacionadas com:

- Honorários médicos de consultas;
- Tratamentos e outros actos clínicos desde que prescritos por estomatologista;
- Exames auxiliares de diagnóstico desde que prescritos por estomatologista;
- Destartarização;
- Próteses estomatológicas;
- Ortóteses estomatológicas.

### Artigo 2 – 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:

- Despesas de internamento do foro estomatológico por outro motivo que não acidente;
- Tratamentos efectuados com metais preciosos;
- Ortodontia.

## Condição Especial Próteses e Ortóteses

### Artigo 1 – Âmbito da garantia

Ao abrigo da presente condição especial fica garantido, até ao valor e nos termos estabelecidos nas condições particulares, o reembolso das despesas efectuadas pela Pessoa Segura em regime de prestações indemnizatórias, com o aluguer ou a aquisição, de Próteses e Ortóteses, desde que prescritas por um médico.

As despesas incluídas nesta garantia são:

- Aros até ao limite estipulado nas Condições Particulares, participados de duas em duas anuidades;
- Lentes graduadas participadas de duas em duas anuidades;
- Lentes de contacto graduadas participadas de duas em duas anuidades;
- Próteses auditivas, oftalmológicas e ortopédicas;
- Cadeiras de rodas, camas articuladas, canadianas e outros equipamentos auxiliares.

### Artigo 2 – 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:

- Óculos de sol (com ou sem graduação) e placas solares;
- Próteses estomatológicas;
- Calçado ortopédico (apenas fica abrangido o material destinado à correcção ou “palmilhas”);
- Próteses intra-cirúrgicas;
- Collants, meias elásticas e de descanso e cintas ortopédicas;
- Suspensões braquiais e colares cervicais (excepto para situações pós-cirúrgicas ou em consequência de acidente);
- Colchões e almofadas ortopédicos e anti-escaras;
- Humidificadores e similares, equipamentos de ar condicionado, purificadores de ar;
- Qualquer Prótese ou Ortótese cuja finalidade seja apenas estética e não funcional;
- Próteses miogénicas ou bioeléctricas ou implantes electrónicos;
- Perucas ainda que a sua utilização seja considerada necessária durante um tratamento de Quimioterapia;
- Aparelhos para aplicação de insulina.

**707 30 82 83**

**[www.saudeprime.pt](http://www.saudeprime.pt)**

Av. Marechal Craveiro Lopes nº6

1700-284 Lisboa

