# CONDIÇÕES GERAIS E ESPECIAIS

## Bupa Mais Saúde PME

**Sanitas S.A. de Seguros – Sucursal em Portugal**

**Sociedade de direito espanhol registada junto da Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones sob o número C0320, com sede social em C/ Ribera del Loira, 52, 28042, Madrid, inscrita no Registro Mercantil de Madrid, Tomo 1.241 Gral. del libro de Sociedades, Folio 43, hoja M-4530, com o capital social de € 17.330.836,32 euros e com o Código de Identificação Fiscal espanhol número A-28037042, sita em Portugal na Praça Marquês de Pombal, nº 14, 1250-162 Lisboa, com o NIPC 980 856 698, autorizada a explorar seguros de ramos Não Vida junto da Autoridade de Supervisão de Seguros e de Fundos de Pensões (https://www.asf.com.pt) sob o n.º 1211**

## Cláusula preliminar

A Sanitas S.A. Seguros, sucursal em Portugal, a seguir designada por Segurador, e o Tomador do Seguro identificado nas Condições Particulares celebraram um contrato de seguro que se regerá pelas Condições Gerais e Especiais, se as houver, e pelas Condições Particulares desta Apólice, conforme as disposições constantes do Formulário de Proposta de Seguro que lhe serviu de base, o qual faz parte integrante do mesmo.

O presente contrato rege-se ainda pelo regime jurídico do contrato de seguro, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 72/2008 de 16 de abril, pelo regime jurídico de acesso e exercício da atividade seguradora e resseguradora, aprovado pela Lei n.º 147/2015, de 9 de setembro, no que seja aplicável, pelo regime jurídico da distribuição de seguros e de resseguros, aprovado pela Lei n.º 7/2019, de 16 de janeiro e pelas demais disposições legais e regulamentares de direito português civil, comercial e do consumidor eventualmente aplicáveis.

## Cláusula 1 - Definições

Para efeitos do presente contrato, os seguintes termos terão os significados estabelecidos abaixo:

### TERMOS DE SEGURO

**Agregado Familiar:** Conjunto de pessoas identificadas nas Condições Particulares constituído pelo Participante, o seu cônjuge ou pessoa que com ele viva em união de facto, os seus ascendentes, filhos, incluindo os adotivos, enteados do casal ou de qualquer deles, desde que economicamente dependentes.

**Apólice:** O conjunto de documentos que constituem a expressão escrita do contrato de seguro, incluindo as Condições Gerais e Especiais, as Condições Particulares, bem como quaisquer Atas adicionais ao contrato. Fazem ainda parte da Apólice o Formulário de Proposta de Seguro ou o Formulário de Adesão (no caso de um Seguro de Grupo), o Questionário de Saúde e as informações clínicas necessárias à aceitação dos riscos por parte do Segurador.

**Ata Adicional:** O documento que contém uma alteração à Apólice.

**Benefícios Compensatórios:** Custos médicos suportados pelas Pessoas Seguradas fora da Rede de Assistência Médica, que dão lugar a um reembolso direto pelo Segurador às Pessoas Seguras de acordo com a percentagem estipulada e os sub-limites nas Condições Particulares.

**Benefícios Convencionados:** Custos médicos suportados pelas Pessoas Seguras dentro da Rede de Assistência Médica, sendo a contribuição devida pelo Segurador paga diretamente aos prestadores.

**Capital Seguro:** Montante máximo do benefício a pagar pelo Segurador, por sinistro ou anuidade do seguro, de acordo com o disposto nas Condições Particulares da Apólice.

**Cartão de Saúde:** Cartão pessoal e intransmissível, materializado em cartão digital, que identifica a Pessoa segura e permite o acesso aos cuidados de saúde no âmbito da Rede de Assistência Médica.

**Centro de Vida da Pessoa Segura:** Local onde a Pessoa Segura tem fixada a sua

residência habitual, entendendo-se como tal, o local onde a Pessoa Segura reside habitualmente, com estabilidade e continuidade e onde tem instalada e organizada a sua economia doméstica, de onde se ausenta por períodos relativamente curtos e que pode ou não coincidir com o seu domicílio para efeitos legais. Para efeitos da presente Apólice, a Pessoa Segura deve ter o seu Centro de vida fixado em Portugal.

**Condições Especiais:** As cláusulas que visam esclarecer, completar ou especificar as disposições constantes das Condições Gerais, aplicáveis às coberturas subscritas.

**Condições Gerais:** Conjunto de cláusulas que definem e regulam as obrigações gerais e comuns inerentes ao contrato de seguro.

**Condições Particulares:** Documento que contém as disposições individuais e específicas de cada contrato de seguro.

**Contribuição:** Percentagem ou montante máximo dos custos médicos garantidos pelo presente contrato, a cargo do Segurador.

**Copagamento:** Montante a pagar pela Pessoa segura por cada ato médico ou conjunto de atos médicos, nos termos estipulados nas Condições Particulares.

**Domicílio da Pessoa Segura:** Local onde a Pessoa Segura tem fixada a sua residência habitual, entendendo-se como tal, o local onde a Pessoa Segura reside habitualmente, com estabilidade e continuidade e onde tem instalada e organizada a sua economia doméstica. Para efeitos da presente Apólice, a Pessoa Segura deve ter o seu Domicílio fixado em Portugal.

**Franquia:** Montante que, no caso de um sinistro, é suportado pela Pessoa segura, cujo montante é indicado nas Condições Particulares, apenas devendo o Segurador o montante que exceda a franquia.

**Formulário de Proposta de Seguro:** Documento (formulário) a preencher e a assinar pelo Tomador do Seguro e/ou por cada Participante, que inclui os elementos informativos essenciais para a aceitação do contrato de seguro. Este documento é parte integrante da

Apólice quando emitida e vincula todas as partes, ou seja, o Tomador do Seguro, cada Participante e o Segurador.

**Gestor de Saúde:** O Segurador ou a entidade que o Segurador designar, em cada momento, que gere o financiamento à Pessoa segura e o pagamento aos prestadores da rede convencionada (nomeadamente médicos, hospitais, clínicas, centros de meios complementares de diagnóstico e terapêutica), nos termos e limites convencionados.

**Participante:** Pessoa segura vinculada ao Tomador do Seguro por vínculo profissional ou outro, além da relação contratual de seguro, após ter sido incluída no contrato de seguro.

**Período de Carência:** Período de tempo que difere o início das garantias da Apólice para uma data posterior àquela em que o contrato foi celebrado (data em que a(s) Pessoas Segura(s) pode(m) beneficiar das garantias).

**Pessoa Segura:** Toda a pessoa incluída na Apólice e especificada nas Condições Particulares, com direito a receber os benefícios do seguro em caso de Sinistro que a afete, e que pode ser ou não a mesma que o Tomador do Seguro.

**Pré-autorização:** Documento emitido pelo Segurador ou pelos serviços clínicos do Gestor de saúde, quando exigido pela Apólice, que expressa a assunção da responsabilidade pelos encargos inerentes à realização de determinado ato ou procedimento médico, nos termos e limites da cobertura do seguro aplicável, até ao capital máximo garantido e disponível.

**Prémio:** O prémio é o preço do seguro, ou seja, o montante que o Tomador do Seguro ou o Pessoa segura deve pagar ao Segurador como contrapartida pela cobertura dos riscos. A fatura do prémio deverá ainda conter quaisquer sobretaxas, taxas e impostos legalmente aplicáveis.

**Questionário de Saúde:** Formulário (incluído no Formulário de Proposta de Seguro) que contém um conjunto de indicadores relativos aos dados de saúde, cujo preenchimento em papel ou plataforma eletrónica e assinatura pelo Participante ou resposta por entrevista telefónica, equivale a uma declaração pessoal e exata sobre os seus dados de saúde e

que, conjuntamente com outros elementos informativos, é utilizada pelo Segurador para a avaliação do risco objeto do seguro.

**Rede de Assistência Médica:** Conjunto de prestadores de assistência médica, nomeadamente médicos, hospitais, clínicas, centros de diagnóstico e outros estabelecimentos de saúde com os quais o Segurador e/ou Gestor de saúde tenha celebrado um contrato de prestação de serviços, assegurando às Pessoas Seguradas a execução dos serviços garantidos pela Apólice no âmbito dos Benefícios Convencionados.

**Segurador ou Seguradora:** BUPA PORTUGAL (Sanitas S.A. de Seguros – sucursal em Portugal, sociedade de direito espanhol registada junto da Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones sob o número C0320, com sede social em C/ Ribera del Loira, 52, 28042, Madrid, inscrita no Registro Mercantil de Madrid, Tomo 1.241 Gral. del libro de Sociedades, Folio 43, hoja M-4530, com o capital social de € 17.330.836,32 euros e com o Código de Identificação Fiscal espanhol número A-28037042, sita em Portugal na Praça Marquês de Pombal, nº 14, 1250 162 Lisboa, com o NIF 980 856 698, autorizada a explorar seguros de ramos Não Vida junto da Autoridade de Supervisão de Seguros e de Fundos de Pensões (asf.com.pt) sob o n.º 1211). É entidade legalmente autorizada a exercer a atividade seguradora e que contrata uma apólice de seguro com o Tomador do Seguro.

**Seguro Individual:** Seguro subscrito por pessoas singulares que, podendo incluir no âmbito da cobertura um Agregado Familiar; não constitui um Seguro de Grupo.

**Seguro de Grupo:** Seguro de um conjunto de pessoas ligadas entre si e ao Tomador do Seguro por um vínculo que não seja o de segurar.

**Seguro de Grupo Contributivo:** Seguro de Grupo em que as Pessoas Seguras contribuem no todo ou em parte para o pagamento do prémio.

**Seguro de Grupo Não Contributivo:** Seguro de Grupo em que o Tomador do Seguro contribui na totalidade para o pagamento do prémio.

**Termo de Responsabilidade:** Documento emitido pelo Segurador e/ou, em seu nome, pelo Gestor de saúde, que expressa a assunção de responsabilidade pelos custos inerentes à realização de determinado ato ou procedimento médico, nos termos e limites das coberturas da Apólice.

**Tomador do Seguro:** Pessoa singular ou coletiva que celebra o contrato de seguro com o Segurador e que é responsável pelo pagamento do prémio.

## TERMOS DE SAÚDE

**Acidente:** Acontecimento que ocorre lesão corporal sofrida durante a vigência da Apólice, decorrente de causa externa, repentina, violenta e alheia à vontade da Pessoa Segura e que lhe causa uma lesão corporal.

**Custos Médicos:** Custos incorridos pela Pessoa Segura para adquirir serviços clinicamente justificados, desde que prescritos ou realizados por um médico.

**Doença:** Alteração involuntária do estado de saúde, não causada por Acidente, suscetível de ser confirmada clínica e objetivamente.

**Doença Manifestada:** Doença que tenha sido revelada, resultado num diagnóstico inequívoco e/ou tenha sido tratada, no período de cobertura.

**Doença ou Lesão Pré-existente:** Condição patológica de que a Pessoa segura tinha conhecimento, ou deveria ter conhecimento, antes da subscrição de um seguro, em consequência de ter sido submetido a uma avaliação clínica, tratamento prévio ou outro ato médico, ou pela existência de sinais ou sintomas específicos da patologia à data da subscrição, sobre os quais já tivesse sido efetuado um diagnóstico, embora ainda não definitivo.

**Doença ou Malformação Congénita:** Doença que existe no momento do nascimento em resultado de fatores hereditários ou perturbações adquiridas durante a gravidez até ao momento do nascimento. Um distúrbio congénito pode manifestar-se e ser reconhecido imediatamente após o nascimento, ou ser descoberto mais tarde, em qualquer momento da vida do indivíduo.

**Doença Súbita:** Alteração involuntária, inesperada e aguda do estado de saúde, que implique risco de morte ou perda funcional para a Pessoa segura, que exija assistência médica urgente em Hospital ou Clínica.

**Evento/Sinistro:** Toda a ocorrência cujas consequências são parcial ou totalmente cobertas pela Apólice e fazem parte do Seguro. O conjunto de serviços decorrentes da mesma causa é considerado um único sinistro.

**Hospital ou Clínica:** Estabelecimento legalmente reconhecido onde são prestados serviços de saúde às Pessoas Seguras, por médicos e técnicos de saúde qualificados, não sendo considerados como tal, para efeitos desta Apólice, balneários termais, sanatórios, casas de repouso, centros de aconselhamento sobre drogas e álcool e outros estabelecimentos semelhantes.

**Médico:** Licenciado em Medicina ou Medicina Dentária, legalmente autorizado a exercer a profissão no seu país, excluindo-se todos aqueles que exerçam especialidades não reconhecidas pela Ordem dos Médicos, Ordem dos Médicos Dentistas ou organismos equivalentes do país onde o ato se realiza.

**Pequena Cirurgia:** Qualquer cirurgia cuja avaliação relativa seja igual ou inferior a 100 Ks de acordo com as avaliações estabelecidas pelo Código de Nomenclatura e Valor Relativo de Atos Médicos, publicado pela Ordem dos Médicos.

**Psicólogo:** A pessoa que seja titular de um diploma em Psicologia, legalmente autorizado a exercer a profissão em Portugal, e que seja membro da Ordem dos Psicólogos Portugueses.

**Serviços Clinicamente Justificados:** Bens, serviços ou cuidados de saúde considerados necessários para o tratamento de uma Doença ou lesão resultante de um Acidente, adequados à situação diagnosticada e prestados de acordo com protocolos e normas reconhecidos pela comunidade médica.

**Tratamento de Urgência:** é uma situação clínica que não acarreta risco de vida ou danos irreparáveis para a integridade física do doente, mas que requer assistência médica imediata. É o

tratamento que deve ser realizado até 48 horas após o Sinistro.

## Cláusula 2 - Objeto do Contrato

1. A presente Apólice garante à Pessoa Segura, em caso de Doença manifestada ou Acidente ocorrido durante a vigência da Apólice, um conjunto de coberturas no âmbito dos cuidados de saúde, conforme previsto nas presentes Condições Gerais, nas Condições Especiais subscritas, se as houver, e até aos limites estabelecidos nas Condições Particulares da Apólice.

**2. A presente Apólice não garante o pagamento de quaisquer despesas médicas ou farmacêuticas reclamadas pela rede de hospitais e outras instituições que integram o Serviço Nacional de Saúde, caso a Pessoa Segura, enquanto beneficiária de tal serviço, aí seja assistida. Estão ainda excluídos os cuidados de saúde prestados em centros ou serviços da Segurança Social ou integrados no Serviço Nacional de Saúde.**

**3. Em caso de erro médico, a Pessoa Segura obriga-se a atuar exclusivamente contra a rede de Saúde diretamente envolvida no atendimento e as respetivas seguradoras de responsabilidade civil, renunciando a qualquer pretensão de indemnização contra o Segurador.**

4. O Segurador apenas cobre o pagamento das prestações convencionadas ou das despesas efetuadas a partir do momento em que o contrato entre em vigor ou, quando aplicável, a partir do momento em que cessar o período de carência, e até ao momento da cessação da vigência do contrato, nos termos definidos nas Condições Particulares, Gerais e Especiais.

**5. O Segurador apenas efetua pagamentos até ao montante de capital seguro definido nas Condições Particulares para cada cobertura ou do capital seguro total máximo do contrato, consoante o que seja esgotado em primeiro lugar.**

## Cláusula 3 - Base do

## Contrato

O Formulário de Proposta de Seguro e o Questionário de Saúde de cada Pessoa Segura, constituem a base do contrato de seguro e fazem parte integrante da Apólice, bem como a documentação clínica necessária à aceitação pelo Segurador do contrato ou adesão individual.

## Cláusula 4 – Âmbito Territorial

**Salvo disposição em contrário na Apólice, o âmbito territorial do presente contrato limita-se ao território português.**

**As despesas de assistência médica ocorridas ou a ocorrer no estrangeiro só serão cobertas em caso de Acidente ou Doença Súbita, devidamente justificada em relatório médico, e que tenha ocorrido durante uma estadia ocasional no estrangeiro, não superior a sessenta (60) dias. Considera-se ocasional uma estadia que não envolva a transferência do centro de vida da Pessoa Segura para o país onde ocorreu o Acidente ou Doença Súbita.**

**Caso a cobertura de Assistência a Pessoas seja subscrita e expressamente indicada nas Condições Particulares, as restantes coberturas do seguro só serão garantidas após o esgotamento do capital seguro indicado para "Despesas médicas, cirúrgicas, farmacêuticas e de hospitalização no estrangeiro", nos termos e disposições do n.º 1 da cláusula 4.ª da Condição Especial "Assistência a Pessoas".**

**As garantias do contrato de seguro ficam suspensas durante o período em que a Pessoa Segura permanecer no estrangeiro por mais de 60 dias, em que preste trabalho remunerado ou não remunerado no estrangeiro ou em que transfira o seu centro de vida para o estrangeiro. Esta suspensão produzirá efeitos desde o seu início, ainda que a permanência no estrangeiro só seja conhecida pelo Segurador depois de efetuada.**

## Cláusula 5 – Benefícios convencionados e

## Benefícios compensatórios

1. No âmbito dos Benefícios Convencionados, o Segurador garante às Pessoas Seguras o acesso direto a médicos, hospitais ou unidades de saúde, centros de exames complementares de diagnóstico e outros serviços de saúde que, em cada momento, integrem a Rede de Assistência Médica, cujas condições de utilização se encontram previstas nas Condições Particulares da Apólice.

2. As condições de financiamento definidas nas Condições Particulares incluem limites máximos, bem como comparticipações ou franquias a cargo da Pessoa Segura, relativamente a atos médicos específicos, independentemente dos capitais garantidos ou disponíveis em cada momento.

3. O acionamento das coberturas previstas nas Condições Particulares está sujeito à análise do processo clínico e depende de autorização expressa dos serviços clínicos do Segurador, sendo efetuado com a observância, exclusivamente, de critérios médicos, de acordo com os princípios das boas práticas clínicas.

4. O Gestor de Saúde disponibiliza à Pessoa Segura o acesso online à lista de prestadores de serviços que, em cada momento, integram a Rede de Assistência Médica, ficando ao critério da Pessoa Segura a escolha da entidade adequada à sua situação.

5. Quando a Pessoa Segura recorrer a uma entidade integrante da Rede de Assistência Médica, mas sob a forma de Benefícios Compensatórios, beneficiará da aplicação dos preços convencionados, sem prejuízo de o Segurador lhe dever apenas o montante do reembolso previsto nas Condições Particulares.

## Cláusula 6 – Períodos de carência

Os períodos de tempo compreendidos entre a data

de adesão ao seguro e a data em que as garantias do mesmo podem ser acionadas estão previstos nas Condições Especiais e nas Condições Particulares aplicáveis.

Todos os benefícios que, nos termos da presente Apólice, sejam assumidos pelo Segurador, com base na Rede de Assistência Médica, serão prestados a partir do momento em que a presente Apólice entrar em vigor.

No entanto, o princípio geral acima referido não se aplica aos cuidados médicos, cirúrgicos e/ou hospitalares nos eventos detalhados abaixo, aos quais se aplicarão os períodos de carência especificados:

- Custos de ambulatório: 60 dias
- Custos de hospitalização: 90 dias
- Cirurgia de varizes, cirurgias ginecológicas e urológicas devido a uma patologia benigna, litotrícia para cálculos renais ou da vesícula biliar, cirurgia e tratamentos proctológicos, cirurgia mamária devido a uma patologia benigna, cirurgia da tiroide devido a uma patologia benigna, colecistectomia, cirurgias ao ouvido, nariz e garganta, qualquer cirurgia do joelho ou da anca, excisão de lesões benignas da pele ou subcutâneas, tratamentos/cirurgia oftalmológica, cirurgia de hérnias, aritmologia, despesas de parto normal ou cesariana, aborto espontâneo: 365 dias

Os períodos de carência acima referidos não se aplicam em caso de Acidente que exija tratamento de urgência num hospital, seja em ambiente hospitalar ou ambulatório, desde que o Acidente não seja excluído nos termos da Cláusula 7 – Exclusões.

## Cláusula 7 – Exclusões

Excluem-se da cobertura da presente Apólice os cuidados de saúde decorrentes dos riscos abaixo indicados, independentemente de qualquer outra exclusão

**devidamente destacada nos termos e condições da presente Apólice:**

**A. Doenças ou lesões pré-existentes consequentes de acidente, conforme definido a secção "Termos de Saúde".**

**O Tomador do Seguro ou o Participante, em nome próprio ou em nome das Pessoas Seguras, deverá informar no questionário de saúde incluído no pedido de seguro qualquer tipo de lesão, Doença ou malformação congénita, meios auxiliares de diagnóstico, tratamentos realizados e sintomas que possam ser considerados o início de uma situação questionada no questionário de saúde incluído no pedido de adesão ao seguro. Quando não indicado, será excluída qualquer cobertura da Pessoa Segura direta ou indiretamente relacionada com a declaração não efetuada. O Segurador avaliará as informações fornecidas pelo Tomador do Seguro e/ou Pessoas Seguras como base para aceitar ou rejeitar a contratação do seguro ou aceitá-lo excluindo determinadas coberturas á Pessoa Segura.**

**B. Assistência médica relacionada com Doenças, Acidentes, lesões, deformidades ou malformação congénita:**

- **Que ocorram como consequência de guerras internacionais ou civis, atos de terrorismo de qualquer natureza (químico, biológico, nuclear, etc.), revoluções e manobras militares, mesmo em tempo de paz, e epidemias oficialmente declaradas.**
- **Direta ou indiretamente relacionados com radiação nuclear ou contaminação radioativa e os resultantes de catástrofes oficialmente declaradas.**
- **Decorrentes de Acidentes de trabalho ou profissionais.**
- **Estão excluídos da cobertura quaisquer serviços associados a situações decorrentes de Acidentes rodoviários, quer ocorram em Portugal ou no estrangeiro.**

- **Que ocorram enquanto a Pessoa Segura estiver a praticar desportos radicais, por exemplo, atividades aéreas, desportos motorizados de alta velocidade, mergulho, esqui fora de pista ou saltos de esqui, bobsleigh, escalada, boxe, qualquer tipo de luta livre, touradas e largadas, artes marciais, râguebi, moto-quatro, espeleologia, atividades de vela ou rafting, bungee jumping, hidrovelocidade, canyoning, paraquedismo, parapente, balão de ar quente, voo livre, voo planado, caça, hipismo e qualquer outra atividade com risco semelhante e os resultantes de competições desportivas, incluindo sessões de treino quer como profissional quer como amador.**

**C. Os cuidados de saúde prestados em centros de saúde ou qualquer centro em geral que não se restrinja apenas à prestação de serviços de medicina convencional.**

**São consideradas a medicinas alternativas a naturopatia, a homeopatia, a acupuntura, a mesoterapia, a hidroterapia, a terapia de pressão profunda, a ozonoterapia, a quiropraxia e qualquer outra que não seja considerada uma prática clínica normalizada baseada em métodos científicos.**

**D. Assistência médica e/ou hospitalar prestada à Pessoa Segura por médico ou membro da sua equipa profissional que seja, ou tenha sido, cônjuge ou parente por consanguinidade ou afinidade (até ao 4º grau) do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura.**

**Também está excluída a Assistência médica e/ou hospitalar prestada à Pessoa Segura por médico que com ele tenha uma relação de dependência, através de uma relação profissional, laboral ou comercial, ou que a qualquer deles esteja vinculado por qualquer parceria ou relacionamento com as partes interessadas.**

**E. Assistência médica relativa a situações decorrentes de alcoolismo**

crónico, toxicodependência, intoxicação por abuso de álcool, drogas psicotrópicas, estupefacientes ou alucinogénias, tentativas de suicídio e automutilação, assim como Doenças ou Acidentes decorrentes de dolo ou negligência grave da Pessoa Segura.

F. Todos os meios, métodos, testes , técnicas ou procedimentos de diagnóstico, cirúrgicos ou terapêuticos (a seguir designada as "Técnicas") que apenas tenham sido criados, desenvolvidos ou publicitados após a contratação da apólice ou a cada prorrogação anual da Apólice. Esta exclusão só será aplicável se a Apólice abranger a oferta de outras Técnicas alternativas à nova técnica, ainda que não sejam similares, e que não se tenham tornado manifestamente obsoletas, caídas em desuso ou ultrapassadas pela nova Técnica em causa.

Da mesma forma, são excluídas quaisquer Técnicas realizadas no âmbito de um ensaio clínico ou que, pela sua falta de segurança ou eficácia, não sejam utilizadas na prática clínica normal, sendo estas quaisquer técnicas que não estejam aprovadas pela Agência Europeia de Medicamentos.

Estão também excluídos da cobertura todos os métodos terapêuticos, técnicas cirúrgicas ou testes de diagnóstico que tenham sido claramente ultrapassados por outros disponíveis.

As Técnicas que o Segurador comunique por escrito ao Tomador do Seguro que estejam incluídas na apólice serão incluídas nos termos e condições dentro dos limites estabelecidos nas referidas comunicações.

O conteúdo desta secção não afeta as outras exclusões previstas na presente Apólice.

G. Qualquer tipo de serviço relacionado com:

- Doenças ou tratamentos não incluídos na cobertura da Apólice ou qualquer complicação médica como consequência direta ou

indireta de um procedimento médico que não seja objeto de cobertura pela presente Apólice.

- Diagnóstico e tratamento específicos, incluindo cirurgia, destinados a tratar a infertilidade em ambos os sexos incluindo fertilização in vitro, inseminação artificial e outros, e ainda impotência e disfunção erétil, incluindo cirurgia de mudança de sexo.

- Interrupção voluntária da gravidez.

- Transplantes de órgãos, tecidos, células ou componentes celulares, exceto transplante autólogo de medula óssea e células progenitoras do sangue periférico devido a tumores de linhagem hematológica e transplante de córnea.

- Transplantes heterólogos.

- Qualquer procedimento cirúrgico em bebés ainda não nascidos.

- Estudos genéticos para verificar a predisposição da Pessoa Segura ou dos seus ascendentes ou descendentes atuais ou futuros para sofrerem Doenças relacionadas com alterações genéticas. Os estudos genéticos de tumores e as biópsias líquidas são expressamente excluídos.

- Próteses e material implantável que não sejam administrados em regime de Hospitalização Em nenhum caso se cobrirão quaisquer tipos de próteses que não sejam próteses intracirúrgicas.

- Procedimentos, infiltrações e tratamentos e qualquer outro procedimento estético ou cosmético, incluindo os com base em razões psicológicas. Para as cirurgias mamárias, apenas estão cobertas as causadas por Doença tumoral maligna; estão expressamente excluídas as intervenções cirúrgicas profiláticas, exceto as realizadas para correção de hipertrofias mamárias e/ou ginecomastia. Nunca estará coberto qualquer tipo de abdominoplastia. Da mesma forma, ficam

expressamente excluídos os tratamentos de qualquer tipo de afeção ou complicação que possam surgir posteriormente e que sejam consequência direta e/ou maioritária da Pessoa Segura ter sido submetida a uma operação, infiltração ou tratamento de qualquer um dos acima mencionados com finalidades puramente estéticas ou cosméticas.

- Terapia educacional, educação linguística em processos sem Doença orgânica ou educação especial para doentes com quadro psiquiátrico.

- Exames médicos gerais para fins preventivos, exceto as coberturas mencionadas nas presentes Condições Gerais.

- Medicinas alternativas, naturopatia, homeopatia, acupuntura, mesoterapia, hidroterapia, pressoterapia, ozonoterapia, quiropraxia, etc. Todos os cuidados prestados em centros ou clínicas médicas que combinem cuidados médicos e terapias não convencionais reconhecidas como pseudoterapias, mesmo quando um médico as tenha prescrito especificamente.

- Serviços ou técnicas que consistem apenas em lazer, descanso, conforto ou atividades desportivas, tratamentos semelhantes em spas e casas de repouso ou quaisquen estabelecimentos que não sejam Hospitais ou Clinicas sem a correspondente pré-autorização.

- Ortóteses, produtos ortopédicos, produtos anatómicos, óculos, lentes de contacto, aparelhos auditivos e outros.

- Todos os tratamentos com câmara hiperbárica estão excluídos.

- Qualquer tratamento de radiofrequência a nível músculo-esquelético, exceto os destinados ao tratamento de vértebras.

- A cirurgia endoscópica da coluna vertebral está excluída.

**H. Todas as técnicas cirúrgicas ou procedimentos terapêuticos que utilizem laser, exceto as seguintes, que estão cobertas pelo seguro:**

- **Fotocoagulação oftálmica exclusivamente para retinopatias isquémicas, edema macular, glaucoma e lesões periféricas da retina (furos ou rasgões).**
- **Reticulação corneana para tratamento de queratocone.**
- **Tratamentos para as hemorroidas.**
- **Cirurgia mamária.**
- **Cirurgia vascular periférica clínica (não cosmética).**
- **Laser de CO2 para os ouvidos, nariz e garganta.**
- **Em fisioterapia musculoesquelética.**
- **Litotrícia endouretral e vesical a laser.**
- **Vaporização laser e enucleação da próstata.**

**I. Despesas de viagem, exceto as cobertas na secção relativa a ambulância dos presentes Termos e Condições Gerais.**

**J. É excluído qualquer tipo de cirurgia refrativa (para miopia, hipermetropia e astigmatismo).**

**K. O parto em água, o parto domiciliário e as técnicas alternativas de parto são expressamente excluídos.**

**L. A cirurgia bariátrica está excluída na obesidade e a cirurgia metabólica está excluída na diabetes, sendo também excluídos os tratamentos com balão gástrico e endoscópico para a obesidade.**

**M. Estão excluídos os tratamentos de esclerose com espuma e microespuma na especialidade de Angiologia e Cirurgia Vascular e qualquer outra especialidade.**

**N. O tratamento com ultrassons focados de alta intensidade (HIFU) está excluído.**

**P. Despesas não consideradas no âmbito do**

**seguro, tais como encargos decorrentes da prática de atos sem prescrição médica, bem como a aquisição de bens, mesmo sob prescrição médica, cuja utilidade não seja utilizada para fins terapêuticos, tais como desumidificadores, cosméticos, cadeiras, aspiradores de pó, almofadas, aparelhos de ar condicionado, aparelhos de musculação, bicicletas, óculos de sol, entre outros.**

**Esta definição inclui todos os bens de consumo, como bens cuja utilidade se esgota na sua própria utilização, mas que não têm finalidade terapêutica nem são objetivamente justificáveis por prescrição médica.**

**Q. Doenças ou malformações congénitas, exceto no caso de crianças nascidas durante a vigência do contrato e incluídas no contrato de seguro no prazo de trinta (30) dias a contar do nascimento, desde que pelo menos um dos progenitores já esteja incluído no contrato e que este esteja em vigor na Apólice há pelo menos um ano**.

**R. Quaisquer patologias decorrentes direta ou indiretamente da ação do vírus da imunodeficiência humana (SIDA).**

**S. Consequências de atraso ou negligência injustificada imputável à rede de saúde ou à Pessoa Segura no recurso a assistência médica, ou à inobservância de tratamentos que lhe tenham sido prescritos.**

## Cláusula 8 – Base e perda de direitos do Contrato

O presente contrato terá por base as declarações constantes do respetivo formulário de subscrição e declarações individuais, nas quais deverão ser mencionados, com toda a exatidão, todos os factos ou circunstâncias que permitam a exata avaliação do risco ou que possam influir na aceitação do referido contrato ou na correta determinação do prémio aplicável, ainda que se tratem de circunstâncias cuja menção não foi expressamente solicitada no questionário fornecido ou efetuado pelo Segurador para o efeito, sob pena de sofrer as consequências previstas nas cláusulas 10 e 11 infra.

## Cláusula 9 – Consolidação da Apólice

Decorridos trinta (30) dias sobre a entrega da Apólice pelo Segurador, o contrato é consolidado, não podendo o Tomador do Seguro, a partir dessa data, invocar qualquer inconsistência entre o que foi acordado e o conteúdo da Apólice que não decorra de documento escrito ou outro suporte duradouro.

## Cláusula 10 – Omissões ou Imprecisões Intencionais do Tomador do Seguro/Pessoa Segura na Declaração de Risco Inicial

1. Em caso de omissões ou imprecisões intencionais na Declaração de Risco Inicial feita pelo Tomador do Seguro ou nas declarações individuais feitas pelas Pessoas Seguras ou pelos Participantes, a Apólice ou a adesão será cancelada pelo Segurador mediante o envio de comunicação ao Tomador do Seguro e/ou à Pessoa Segura para esse efeito no prazo de **três (3) meses** a contar do conhecimento do incumprimento.

2. Se ocorrerem Sinistros antes do Segurador ter conhecimento do incumprimento intencional ou dentro do prazo referido no número anterior, não serão cobertos pela Apólice.

3. Não obstante o disposto nos números anteriores, e mesmo o Segurador não ficando obrigado a qualquer pagamento relativo a Sinistros participados, **o Segurador terá direito ao prémio devido até ao termo do prazo referido no n.º 1, ou, nos casos em que o Tomador do Seguro/** Pessoa Segura tenha omitido a informação ou declarado inexatamente uma informação com o fim de obter uma vantagem junto do Segurador, o prémio será devido até à data do termo da Apólice.

## Cláusula 11 – Omissões ou Incorreções Negligentes do Tomador/ Pessoa Segura na Declaração de Risco Inicial

**1. Em caso de omissões negligentes ou incorreções na Declaração de Risco Inicial feita pelo Tomador ou nas declarações individuais feitas pelas Pessoas Seguras, o Segurador poderá:**

**a) Propor, mediante declaração escrita enviada**

ao Tomador do Seguro, uma alteração da Apólice/adesão e dar um prazo mínimo de catorze (14) dias para o envio da aceitação da alteração pelo Tomador do Seguro, ou, caso o Segurador assim indique expressamente na sua declaração escrita, para receção de contraproposta;

b) Cessar a Apólice/adesão, demonstrando que não teria, em caso algum, celebrado a Apólice ou aceite a adesão se tivesse conhecimento do facto omitido ou declarado inexatamente.

2. A Apólice/adesão cessará os seus efeitos vinte (20) dias após a receção da proposta de alteração do Segurador indicada na alínea 1a., caso o Tomador/ Pessoa Segura não responda ou rejeite a mesma, ou trinta (30) dias após o envio da declaração de resolução prevista na alínea 1b.

3. Em caso de resolução da Apólice, o prémio será devolvido considerando o período de tempo ainda não decorrido até à data de vencimento.

4. Se, antes do cancelamento ou alteração da Apólice/adesão, ocorrer um sinistro e a verificação ou as consequências do mesmo tiverem sido influenciadas por um facto em relação ao qual houve omissões ou declarações incorretas negligentes, o Segurador:

a) Cobrirá o sinistro na proporção da diferença entre o prémio pago e o prémio que de outra forma seria devido no momento da celebração do contrato ou aceitação da adesão, se o facto omitido ou declarado incorretamente fosse conhecido,

b) Não cobrirá o sinistro, demonstrando que em nenhuma circunstância o contrato teria sido celebrado ou que a adesão não teria sido aceite se o facto omitido ou incorretamente declarado fosse conhecido pelo Segurador.

## Cláusula 12 – Pessoas

## Seguras

1. Beneficiarão das garantias conferidas por esta Apólice as Pessoas Seguras que reúnam cumulativamente as seguintes condições à data da sua inclusão na Apólice:

a) As que preencham ou respondam através de entrevista telefónica ao **Questionário de Saúde com veracidade e exatidão,**

b) As que sejam aceites pelo Segurador de acordo com os seus critérios de aceitação em função dos parâmetros de avaliação de risco em vigor,

c) As que aceitem as regras de acionamento das garantias seguras e as regras de utilização do Gestor de saúde.

**2. Se da análise do questionário clínico resultarem exclusões específicas para alguma Pessoa Segura, a Apólice só produzirá efeitos, em relação a essa pessoa, após a aceitação por esta das condições propostas pelo Segurador.**

3. A aceitação do seguro, relativamente a cada Pessoa Segura, é confirmada pelo Segurador através da emissão da Apólice ou Ata adicional.

4. Na celebração, execução e extinção do contrato de seguro serão consideradas as práticas e técnicas de avaliação, seleção e aceitação de riscos específicas do Segurador, baseadas em rigorosos dados estatísticos e atuariais considerados relevantes.

**5. Condições de admissão do Agregado familiar:**

a) Podem ser admitidos na presente Apólice todos os elementos do Agregado familiar do Participante, nos termos estabelecidos nas Condições Particulares,

b) O pedido de adesão do Agregado familiar deverá abranger todas as pessoas que o constituem e que preencham os requisitos referidos no n.º 1 e 2 da presente cláusula,

c) O pedido de adesão do Agregado familiar deverá ser apresentado no prazo máximo de trinta (30) dias a contar da data de início da Apólice, da data de eficácia das coberturas para o Participante, da data do casamento para os cônjuges ou da data de nascimento para os filhos.

6. Durante a vigência da Apólice, o Tomador do Seguro pode requerer, por escrito, a exclusão de uma Pessoa Segura do agregado familiar.

7. A exclusão produzirá efeitos apenas na data da renovação anual do contrato, salvo nos casos de morte da Pessoa Segura, caso em que o Segurador devolverá o prémio referente ao período já pago e ainda não decorrido.

## Cláusula 13 – Registo de recém-nascidos

Os recém-nascidos podem ser incluídos na apólice com todos os seus direitos desde a data do nascimento, se os cuidados prestados à mãe durante o parto tiverem sido prestados pelo Segurador dentro da cobertura da apólice da mãe. Para que tal seja eficaz, o Tomador do Seguro deverá comunicar tal circunstância ao Segurador **no prazo de 30 dias úteis seguintes à data do nascimento**, através do preenchimento de uma Proposta de Seguro.

Quando pelo menos um dos pais já se encontrar incluído no seguro há mais de um ano, a inclusão de recém-nascidos será automaticamente aceite, sem necessidade de preenchimento ou resposta através de entrevista telefónica do questionário clínico, nem aplicação de períodos de carência, desde que a respetiva adesão seja comunicada nos trinta (30) dias seguintes à data de nascimento.

Se o pedido de inclusão for feito após os trinta (30) dias acima referidos, o Tomador do Seguro e/ou Participante deverá preencher ou responder através de entrevista telefónica ao questionário clínico relativo ao recém-nascido, ficando a respetiva adesão sujeita a períodos de carência.

## Cláusula 14 - Idade máxima para a contratação da Apólice

**A idade máxima para a celebração do contrato é de 70 anos. Só poderão ser incluídas como Pessoas Seguras da apólice as pessoas que tenham mais de 70 anos de idade, por acordo expresso entre as partes e sem prejuízo das idades máximas que poderão ser fixadas, quando aplicável, para benefícios adicionais ou suplementares desta**

**Apólice.**

## Cláusula 15 – Vigência da Apólice

**1. O período de vigência da Apólice é estabelecido nas Condições Particulares da Apólice, produzindo efeitos e tendo a duração especificada nas mesmas.**

**2. Não existindo indicação em contrário nas Condições Particulares, entende-se que as partes pretenderam celebrar o contrato pelo prazo de um (1) ano, renovável, salvo se qualquer das partes se opuser à renovação, por correio registado ou por outro meio que deixe registo escrito, com a antecedência mínima de 30 dias relativamente ao termo da anuidade.**

## Cláusula 16 – Cessação do Contrato e Fim das Garantias

**1. Na Apólice contratada por um ano e períodos sucessivos de um ano, o termo equivale à não renovação.**

**2. O Segurador ou o Tomador do Seguro podem opor-se à renovação do contrato para novo período, mediante notificação escrita dirigda à outra parte e por esta recebida com trinta (30) dias de antecedência da data da renovação.**

**3. A presente Apólice poderá ser rescindida por qualquer das partes, a todo o tempo, havendo justa causa, nos termos gerais.**

**4. Considera-se justa causa, designadamente:**

**a) Para efeitos de resolução pelo Tomador do Seguro: o incumprimento das obrigações contratuais assumidas pelo Segurador essenciais à manutenção da Apólice nos termos em que foi aceite,**

**b) Para efeitos de resolução pelo Segurador:**

- **Fraude ou tentativa de fraude por parte do Tomador do Seguro e/ou da Pessoa Segura,**
- **Omissão ou inexatidão dolosa ou negligente por parte do Tomador do Seguro e/ou Pessoa Segura na declaração**

**de risco inicial,**

- **Incumprimento das obrigações contratuais assumidas pelo Tomador do Seguro e/ou Pessoa Segura essenciais à manutenção da Apólice nos termos em que foi aceite**,

- **Transferência de residência para o estrangeiro ou não permanência mínima de seis (6) meses em território nacional. O Tomador de Seguro será devedor do prémio correspondente ao período de risco até à data em que comunique ao Segurador a alteraçao da sua residência.**

- **Por qualquer ação do Pessoa Segura contra um prestador da Rede de Assistência Médica ou contra o pessoal administrativo do segurador ou do prestador médico que possa violar o direito à honra e dignidade pessoal ou que possa constituir um crime.**

**5. Em caso de não renovação da Apólice ou da cobertura, o Segurador garante as prestações contratuais devidas, pelo prazo de dois anos e até esgotamento do capital seguro no último período de vigência do contrato, relativamente às Doenças manifestadas durante a vigência da apólice ou aos Acidentes ou outros eventos indemnizáveis ocorridos durante a vigência da apólice, desde que cobertos pela Apólice e comunicados até trinta (30) dias após o seu termo, salvo justo impedimento.**

**6. As garantias das Pessoas Seguras cessarão automaticamente na primeira das seguintes datas:**

**a) No termo da anuidade durante a qual a Pessoa Segura atinja o limite de idade estabelecido nas Condições Particulares,**

**b) O Tomador da apólice compromete-se a comunicar à Seguradora a cessação de vínculo com o Participante da apólice, qualquer que seja a causa**

**que a motive, assim que tiver conhecimento de que tal cessação irá ocorrer e, em qualquer caso, no prazo máximo de quinze (15) dias a partir da data efetiva da mesma. A cessação do vínculo do Tomador com o Participante implica igualmente a cessação da cobertura de seguro relativamente ao seu agregado familiar.**

**Caso a comunicação seja feita após o prazo acima referido, a Seguradora poderá reclamar ao Tomador os danos que, eventualmente, possam decorrer do atraso na notificação.**

**c) No caso dos membros do Agregado Familiar, que percam o estatuto de dependentes nos termos da definição da Cláusula 1, no termo da anuidade durante a qual ocorrer,**

**d) Data em que a presente Apólice for rescindida ou resolvida.**

**7. A cobertura do Participante e do seu Agregado familiar não produzirá efeitos, ou cessará também, quando, por parte de tais pessoas, se verificarem falsas declarações ou omissões que possam ter influenciado a existência ou as condições da Apólice ou fraude.**

## Cláusula 17 – Livre Resolução pelo Tomador do Seguro se for Pessoa Singular

**1. Nos Seguros individuais, quando a Apólice for contratada por um período igual ou superior a seis (6) meses, o Tomador do Seguro, sendo pessoa singular, dispõe de trinta (30) dias, contados da receção da Apólice, para a poder resolver sem invocar justa causa, sem prejuízo do disposto no número seguinte.**

**2. O prazo previsto no número anterior conta-se a partir da data da celebração da Apólice, desde que o Tomador do Seguro disponha, nessa data, em papel ou outro suporte duradouro, de todas as informações relevantes que devam constar da Apólice.**

**3. A resolução da Apólice, nos termos acima definidos, deverá ser comunicada ao Segurador por escrito, em papel ou outro suporte duradouro disponível e acessível ao Segurador.**

**4. A resolução da Apólice, tal como acima definida, tem efeito retroativo. No entanto, o Segurador terá direito a:**

**a) O montante do Prémio referente ao período já decorrido, na medida em que tenha coberto o risco,**

**b) O montante das despesas razoáveis que o Segurador tenha suportado ao realizar exames médicos, sempre que tais montantes sejam contratualmente imputados ao Tomador do Seguro.**

**5. O Segurador não tem direito às prestações indicadas no número anterior em caso de livre resolução de contrato de seguro celebrado com consumidor através de meios de comunicação à distância (isto é, sem a presença física e simultânea do Segurador e do Consumidor), exceto no caso de início de cobertura do seguro antes do termo do prazo de livre resolução do contrato a pedido do Tomador do seguro.**

## Cláusula 18 - Pagamento de Prémios

1. A presente Apólice e as suas coberturas entrarão em vigor na data especificada nas Condições Particulares.

**2. A cobertura dos riscos garantidos através da presente Apólice fica, nos termos definidos na legislação em vigor, dependente do pagamento do prémio, ou da fração inicial deste, que seja devido à data da celebração da Apólice.**

3. O Prémio ou prestação inicial é devido na data de celebração da Apólice. A falta de pagamento implica a cessação automática da Apólice a partir da data da sua celebração, não existindo qualquer cobertura.

4. O prémio correspondente a cada período de duração da Apólice será pago na totalidade, sem prejuízo de poder ser fracionado para efeitos de pagamento, desde que assim

seja convencionado e expressamente previsto nas Condições Particulares.

5. Os prémios subsequentes ou as suas frações serão devidos nas datas indicadas nas Condições Particulares e, quando aplicável, a parte do prémio de valor variável referente a ajustamento de montante ou a parte do prémio correspondente a alterações da Apólice serão devidas nas datas indicadas nos avisos de pagamento, nos termos e disposições do número seguinte.

6. O Segurador comunicará, por escrito e com a antecedência mínima de trinta (30) dias em relação à data do vencimento do prémio, ao Tomador do Seguro, indicando a data do pagamento, o montante a pagar, a forma de pagamento, bem como as consequências do não pagamento do prémio ou fração do mesmo.

## Cláusula 19 – Não Pagamento do Prémio

**1. Se o prémio ou a fração inicial do mesmo não for pago pelo Tomador do Seguro, a Apólice não produzirá efeitos.**

**2. Quando o pagamento do prémio for efetuado em frações, o não pagamento de qualquer fração subsequente durante uma anuidade dará origem automática e imediatamente à cessação da Apólice à meia-noite da data de vencimento do pagamento de tal fração.**

**3. Em caso de não pagamento do prémio das anuidades subsequentes, ou da primeira prestação destas, na data em que tal pagamento era devido, considerar-se-á que a Apólice não foi renovada e, consequentemente, deixou de produzir efeitos a partir da meia-noite dessa data.**

**4. Em caso de não pagamento do prémio adicional correspondente a uma alteração da Apólice, a alteração não produzirá efeitos, e a Apólice continuará em vigor no âmbito e nas condições vigentes antes da alteração pretendida, a menos que a subsistência da Apólice se revele impossível, caso em que a Apólice será considerada resolvida na data de vencimento do**

**prémio não pago.**

## Cláusula 20 - Alterações à Apólice

1. O Segurador poderá propor a alteração das Coberturas, Capitais Seguros, Franquias, Copagamentos e Prémios, bem como dos critérios de utilização do financiamento ou reembolso de despesas de saúde, para vigorar na anuidade seguinte da Apólice, desde que tais alterações sejam comunicadas pelo Segurador ao Tomador do Seguro ou à Pessoa Segura com a antecedência mínima de trinta (30) dias da data de renovação da Apólice ou da cobertura.

2. As alterações consideram-se aceites se o Tomador do Seguro aceitar expressamente ou quando o prémio seja alterado, quando proceder ao pagamento do prémio correspondente à alteração, no prazo de pagamento.

3. Se as alterações propostas pelo Segurador não forem aceites, a Apólice será resolvida na data da renovação da Apólice ou da cobertura.

4. Os Capitais Seguros, Prémios e Franquias poderão ser objeto de indexação anual, a considerar automaticamente na data de vencimento da Apólice, nos termos previstos nas Condições Particulares.

5. O Segurador deverá fazer constar por escrito as alterações ao contrato, remetendo nova Apólice ao Tomador do Seguro.

## Cláusula 21 - Acesso, Procedimentos e Liquidação de Sinistros – Obrigações do Tomador do Seguro e/ou das Pessoas Seguras

**1. Em caso de necessidade de assistência médica garantida no presente contrato, e consoante se trate de prestações convencionadas ou de prestações compensatórias, a Pessoa Segura poderá recorrer à rede de Assistência Médica, ou procurar – à sua escolha – qualquer médico, devendo, em qualquer caso, ter em consideração as prescrições do médico que a assiste, bem como os procedimentos previstos nos números seguintes.**

2. No caso de **Benefícios Convencionados a Pessoa Segura deverá:**

- Escolher um prestador da Rede

de Assistência Médica,

- Apresentar o Cartão de Saúde ao Prestador selecionado,

- Pagar ao prestador a parte dos custos que a Pessoa Segura deva suportar, conforme indicado nas Condições Particulares.

**3. No caso de Benefícios Compensatórios a Pessoa Segura deverá:**

- Enviar os recibos ou faturas originais das despesas efetuadas, os quais terão obrigatoriamente que indicar o nome do doente a que respeitam, discriminar os serviços prestados, a especialidade médica e obedecer às normas legais, nomeadamente às de natureza fiscal,

- Fornecer a prescrição médica para os exames complementares de diagnóstico e tratamentos realizados,

- Quando os custos tiverem sido incorridos no estrangeiro e forem garantidos pelo Contrato, os originais dos documentos fiscais válidos deverão:

i. Estar redigidos em português ou inglês,

ii. Mencionar o nome do respetivo doente,

iii. Identificar os serviços prestados e a especialidade médica,

iv. Cumprir as normas legais, nomeadamente as de natureza fiscal,

- **Apresentar, no prazo máximo de 180 dias a contar da data da realização do ato médico em causa, os recibos/faturas originais das despesas efetuadas,** os quais devem indicar o nome do paciente a que respeitam, mencionar os serviços prestados, a especialidade médica e respeitar as normas legais, nomeadamente as de natureza fiscal,

- Sempre que o Tomador do Seguro/Pessoa Segura tenha acionado anteriormente outro subsistema de saúde ou contrato de seguro, deve apresentar fotocópia da prescrição médica e do documento fiscal válido das despesas efetuadas, bem como documento original comprovativo da parte das despesas não reembolsada ao

abrigo do subsistema ou contrato de seguro anteriormente acionado.

Neste último caso, e para efeitos do número anterior, o prazo conta-se a partir da data da declaração de pagamento emitida pela entidade responsável/Segurador,

4. Para além das obrigações acima referidas, o Tomador do Seguro e/ou a Pessoa Segura devem ainda, em caso de sinistro:

a) Informar com veracidade a Rede de Assistência Médica ou o Segurador sobre as circunstâncias e consequências da Doença ou Acidente,

b) Cumprir as prescrições do médico,

c) Submeter-se a exames por médicos prescritos pela rede de Assistência Médica ou pelo Segurador, se estes o considerarem necessário,

d) Autorizar os médicos ou os hospitais a que se tenham dirigido a fornecer aos serviços clínicos da Rede de Assistência Médica ou do Segurador os relatórios clínicos e quaisquer outros documentos que considerem oportunos para documentar o processo,

Em caso de Acidente, devem fornecer a sua descrição (data, local, hora, circunstâncias e consequências) e indicar testemunhas, identificadas pelos seus nomes e moradas completos, e, se for caso disso, as autoridades que tenham conhecimento.

5. As Pessoas Seguras deverão ainda, nos termos previstos nas respetivas Condições Especiais, solicitar a pré-autorização aos serviços clínicos da Rede de Assistência Médica ou do Segurador sempre que estejam em causa os seguintes custos:

a) Custos garantidos ao abrigo da Condição Especial "Custos de hospitalização", se motivados por Acidente ou Doença,

Caso, por situação de urgência, não seja possível solicitar a pré-autorização, os serviços clínicos da Rede de Assistência Médica, o Tomador ao Seguro e/ou Pessoa Segura deverá contactá-los no prazo máximo de 48 horas ou com a maior brevidade possível.

O Segurador ou a Rede de Assistência Médica informará as Pessoas Seguras sempre que outros serviços ou custos clínicos

necessitem de pré-autorização no futuro.

6. Caso o Pessoa Segura solicite Termo de Responsabilidade e, atendendo ao tipo de atos médicos em causa, seja previsível que o valor dos custos exceda o capital seguro disponível para o efeito, a rede de Assistência Médica e/ou o Segurador não têm responsabilidade pelo pagamento de qualquer montante que exceda o capital seguro, que poderá ter de ser suportado pela Pessoa Segura. Caso decidam pagar o valor correspondente ao capital seguro e adiantar, em nome da Pessoa Segura, o valor adicional que esteja a cargo da Pessoa Segura, poderão fazer depender tal pagamento da prestação de caução idónea que garanta o reembolso de qualquer valor que seja adiantado pelo Segurador e não seja garantido na apólice.

7. O Tomador do Seguro e/ou a Pessoa Segura comprometem-se a tomar todas as medidas necessárias para evitar ou pelo menos reduzir o agravamento das consequências do Acidente ou Doença.

8. O Tomador do Seguro e/ou as Pessoas Seguras serão responsáveis por perdas e danos incorridos pelo Segurador e/ ou pela rede de Assistência Médica caso não sejam observados os procedimentos previstos nos números anteriores.

9. O Tomador do Seguro e/ou as Pessoas Seguras autorizam o Segurador a ceder à rede de Assistência Médica todas as informações confidenciais relativas ao presente contrato, incluindo dados pessoais de categoria especial de que tenha conhecimento no âmbito da execução do contrato.

## Cláusula 22 - Comunicações e Avisos

1. As comunicações ou avisos previstos na presente Apólice deverão ser feitos por escrito ou por meios duradouros, para a última morada do Tomador do Seguro indicada na Apólice ou para a sede do Segurador.

2. O Tomador do Seguro autoriza o Segurador a utilizar o seu número de telemóvel e endereço de correio eletrónico previstos nas condições particulares para o envio de todas as notificações, comunicações e informações associadas à apólice e para solicitar consentimento/autorização para determinados serviços médicos

por via eletrónica, desde que tal seja permitido por lei.

3. O Tomador do Seguro aceita a plena validade e eficácia de qualquer notificação enviada pelo Segurador para a sua casa, endereço de email ou número de telefone fornecido no formulário de pedido de seguro, até que seja notificado de quaisquer alterações.

4. Qualquer alteração da morada do Tomador do Seguro deverá ser comunicada ao Segurador no prazo de trinta (30) dias a contar da data em que ocorrer, sob pena de se considerarem válidas e eficazes as comunicações ou notificações que o Segurador efetuar para a morada desatualizada.

5. O tomador do Seguro aceita os termos e condições acima referidos em seu nome e em nome dos segurados da Apólice.

## Cláusula 23 - Pluralidade de seguros

1. O Tomador do Seguro ou a Pessoa Segura deverá informar o Segurador da existência ou superveniência de qualquer outro contrato de seguro cobrindo riscos idênticos aos do presente contrato, logo que tome conhecimento da sua verificação, bem como aquando da participação do sinistro.

2. A omissão fraudulenta do dever de informação referido no número anterior exonera o Segurador das respetivas prestações.

3. As prestações e indemnizações previstas na Apólice são pagas – nos termos em que a lei assim o admita - em excesso e complementarmente a outros seguros anteriormente contratados, indemnizações e reembolsos dos organizadores da Viagem, comparticipações da Segurança Social ou de qualquer outra instituição de previdência de que a Pessoa Segura seja beneficiária.

4. O Tomador do Seguro ou a Pessoa Segura obriga-se a promover todas as diligências necessárias à obtenção das prestações e das comparticipações referidas no número anterior e a devolvê-las ao Segurador no caso e na medida em que este as houver pago ou adiantado.

5. Os Limites de Capital previstos na presente Apólice não cumulam com os capitais seguros de outras Apólices eventualmente contratadas pelo Tomador do Seguro junto do

Segurador, para as mesmas coberturas.

## Cláusula 24 - Sub-rogação

Uma vez assumido o pagamento da prestação coberta, o Segurador ficará automaticamente sub-rogado nos créditos existentes sobre terceiros e poderá exercer os direitos e ações correspondentes ao Pessoa Segura em virtude do sinistro causado em relação aos responsáveis pelos danos, até ao limite da indemnização paga. O Pessoa Segura deverá assinar quaisquer documentos necessários à perfeição e efetivação dos direitos subrogados a favor do Segurador.

A Pessoa Segura deverá prestar ao Segurador todas as informações que lhe permitam exercer esses direitos, sob pena de todos os danos e prejuízos sofridos correrem por sua conta.

## Cláusula 25 – Gestão de Reclamações

As reclamações dos Tomadores de seguros, das Pessoas Seguras, ou de terceiros lesados podem ser apresentadas diretamente ao Segurador, por escrito, através de formulário constante do "Informações relevantes para o cliente», do sitio oficial de internet do Segurador, em www.bupa.pt , al correio eletrónico para o endereço reclamacoes@bupa.pt ou por correio postal dirigido a sede da sucursal do Segurador, ao Departamento de Reclamações, assim como através do Livro de Reclamações físico a sede da sucursal ou eletrónico disponível em www.livroreclamacoes.pt. As reclamações devem conter informações relevantes para a respetiva gestão, incluindo, pelo menos, os elementos que se encontram especificados no separador «Informações relevantes para o cliente», constante do sitio oficial de internet do Segurador indicado acima.

O Segurador compromete-se a analisar e responder às reclamações num prazo máximo de 20 dias úteis (ou de 30 dias nos casos que revistam especial complexidade), após receção das mesmas.

Em caso de divergência com o Segurador o quais não tenha sido dada resposta no prazo máximo de 20 dias úteis contados a partir da data da respetiva receção, o reclamante pode então apresentar a sua reclamação ao Provedor do

Cliente assim como solicitar a intervenção da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões, sem prejuízo da possibilidade de recurso à arbitragem (entidades de resolução alternativa de litígios) ou aos tribunais, de acordo com as disposições legais em vigor. Poderá encontrar os contactos do Provedor do Cliente e todas as informações sobre como registrar uma reclamação no separador «Informações relevantes para o cliente», constante do sitio oficial de internet do Segurador, em www.bupa.pt.

## Cláusula 26 – Cláusula de Proteção de Dados

1. O tratamento de dados pessoais será efetuado pelo Segurador e pelos seus subcontratantes para o tratamento de dados com o consentimento inequívoco do titular dos dados, sendo tal tratamento necessário para a execução do contrato de seguro e para efeitos de gestão da prestação de cuidados ou tratamentos médicos ou gestão de serviços de saúde e efetuado por profissionais de saúde que estejam vinculados ao sigilo ou por pessoas também sujeitas ao sigilo profissional.

2. O Segurador é responsável pelo tratamento e garantia de medidas adequadas de segurança dos dados, para a finalidade prevista no número anterior, tendo as Pessoas Seguradas o direito de acesso e retificação dos seus dados.

Serão tratados Dados Pessoais, incluindo, designadamente, dados de identificação e de saúde (a seguir designados, “Dados Pessoais”) pertencentes ao Requerente, ao Tomador do Seguro e às Pessoas Seguradas (a seguir designados, “os Titulares dos Dados") e fornecidos através da subscrição do seguro, para além dos recolhidos e fornecidos durante a vigência do contrato. Todos os Dados Pessoais são confidenciais e adequadamente protegidos. O Requerente e/ou Tomador do Seguro garante que todas as informações relativas ao Tomador do Seguro e à(s) Pessoa(s) Segura(s) prestadas à TH são verdadeiras, não tendo sido omitida qualquer informação referente ao estado de saúde de cada uma das Pessoas Seguradas. O Requerente será o único responsável por quaisquer perdas ou danos diretos ou indiretos que possa causar ao Segurador ou a terceiros devido à documentação fornecida ao

Segurador contendo informações falsas, imprecisas, incompletas ou desatualizadas.

O Tomador do Seguro é responsável por comunicar a todas as Pessoas Seguradas abrangidas pela apólice as informações constantes da presente cláusula de tratamento de Dados Pessoais, para que tanto o próprio Tomador do Seguro como as Pessoas Seguradas possam exercer os direitos descritos na secção "Direitos do Tomador do Seguro/ Pessoas Seguradas".

Além disso, o Requerente/Tomador do Seguro declara que está a agir em seu próprio nome e no das Pessoas Seguradas ao consentir o tratamento descrito na presente cláusula. Da mesma forma, o Requerente/Tomador do Seguro declara que as Pessoas Seguradas compreendem e acordam que forneceram ou fornecerão os seus Dados Pessoais ao Segurador, bem como que o Segurador fornecerá ao Requerente/Tomador do Seguro informações de identificação sobre os serviços médicos para as Pessoas Seguradas abrangidas pela apólice. Isto ocorre a menos que o Tomador do Seguro liberte o Segurador por escrito da sua obrigação legal de o informar ou que tal seja solicitado por qualquer das Partes Seguradas.

No caso de uma apólice coletiva, a entidade cliente do Segurador (que pode coincidir em alguns casos com o Tomador do Seguro) e o Segurador poderão fornecer uma à outra, em tempo útil e em caráter estritamente necessário, os dados mínimos e essenciais de identificação das Pessoas Seguradas com a única finalidade de verificar se os mesmos reúnem as características que lhes permitem beneficiar da apólice acordada entre a entidade cliente do Segurador e o Segurador, e/ou acompanhar os eventos segurados e consequentemente acordar o prémio de seguro a aplicar. A entidade cliente do Segurador é responsável por comunicar esta situação a todas as Partes Seguradas. Este tratamento de dados é necessário para a correta implementação e desenvolvimento do contrato de seguro.

26.1 Responsável pelo Tratamento dos Dados Pessoais

O Responsável pelo Tratamento dos Dados Pessoais é a SANITAS, SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS, cuja

sede é em C/ Ribera del Loira, 52, 28042, Madrid, Espanha (a seguir designada, o "Segurador"), através da sua sucursal Sanitas S.A. de Seguros – sucursal em Portugal, com o Código de Identificação Fiscal espanhol número A-28037042, sita em Portugal na Praça Marquês de Pombal, nº 14, 1250-162 Lisboa, com o NIF 980 856 698, . Os Titulares dos Dados poderão contactar o Encarregado da Proteção de Dados (a seguir designado "DPO") através do endereço de correio eletrónico dpo@bupa.pt ou no endereço postal acima referido para quaisquer dúvidas ou requisitos que possam ter em relação à proteção de dados pessoais.

26.2 Principais finalidades e legalidade do tratamento dos Dados Pessoais

(a) Formalização, desenvolvimento e implementação do contrato de seguro. O Tratamento de Dados Pessoais é necessário para finalizar o contrato entre o Requisitante/Tomador do Seguro/Pessoas Seguradas e o Segurador, bem como para executar, desenvolver e implementar a relação contratual, consistindo, entre outras coisas, na gestão e apoio aos cuidados de saúde dos Titulares dos Dados. Assim, o Segurador tratará os Dados Pessoais dos Titulares dos Dados, entre outras finalidades, para gerir a relação com os mesmos, gerir a apólice e em determinados casos, poderá tomar decisões automatizadas com base unicamente nos procedimentos analíticos utilizados para tais finalidades. Nestes casos, os Titulares dos Dados, através dos canais referidos no número 8.6 "Direitos do Tomador do Seguro/ Pessoas Seguradas" terão o direito de rever e contestar a decisão, bem como de solicitar a intervenção humana. O Segurador poderá tratar Dados Pessoais, incluindo dados de saúde, para realizar inquéritos de satisfação do cliente sobre os serviços recebidos em resultado da relação contratual.

No que diz respeito ao tratamento dos seus dados de saúde, contaremos também com o seu consentimento explícito. Este consentimento pode ser revogado a qualquer momento, sem que, contudo, isso torne ilícito o tratamento de dados pessoais efetuado com base nesse consentimento até à data em que for revogado. Refira-se que, se o consentimento não for fornecido, o Segurador não

poderá prestar o serviço necessário.

(b) Análise técnica. O Segurador poderá tratar os Dados Pessoais para realizar análises estatísticas sobre o funcionamento da tecnologia que suporta os serviços prestados, com a finalidade de realizar melhorias técnicas, de segurança, etc. Para tal, o Segurador poderá utilizar a informação que gera ao utilizar os recursos tecnológicos colocados à sua disposição para melhorar a qualidade, corrigir erros, melhorar a usabilidade, etc., com base no interesse legítimo do Segurador em melhorar a qualidade dos seus recursos tecnológicos.

(c) Gerir a prestação e a cobertura do serviço de saúde objeto do contrato de seguro, podendo para o efeito solicitar e obter informações relativas ao seu estado de saúde junto dos profissionais de saúde. O Segurador tratará os Dados Pessoais do Tomador do Seguro/Pessoas Seguradas para gerir a prestação dos serviços objeto do contrato, consistindo, entre outros, na realização dos devidos pagamentos aos prestadores de cuidados de saúde ou no reembolso à Pessoa Segura os custos dos cuidados de saúde. Para este efeito, poderá partilhar Dados Pessoais, incluindo dados de saúde, com os profissionais de saúde que prestam o serviço de saúde, solicitando e obtendo destes profissionais informações relativas ao seu estado de saúde, nomeadamente para avaliar a cobertura e o respetivo pagamento ou reembolso pelos serviços prestados. Para tal, o Segurador comunicará ao responsável pela assistência médica os Dados Pessoais mínimos necessários para permitir a utilização, pelo Interessado, dos serviços que lhe são disponibilizados enquanto cliente do Segurador (serviço de marcação de consultas online e videoconsulta médica, entre outras funcionalidades), e que são oferecidos através da aplicação gerida pela empresa colaboradora. Além disso, como parte da gestão da prestação e cobertura do serviço de saúde sujeito, entre outras coisas, ao apoio ao Tomador do Seguro/Pessoa Segura no cuidado da sua saúde, o Segurador pode preparar perfis com base nos seus Dados Pessoais, incluindo dados de saúde, para fornecer informações personalizadas, tais como recomendações e conselhos que ajudarão o

Tomador do Seguro/Pessoa Segura a cuidar da sua saúde. Esta finalidade baseia-se na necessidade de tratamento para implementar estes termos. No que diz respeito ao tratamento dos seus dados de saúde, contaremos também com o seu consentimento explícito. Este consentimento pode ser revogado a qualquer momento, sem que, contudo, isso torne ilícito o tratamento de dados pessoais efetuado com base nesse consentimento até à data em que for revogado. Note que, se o consentimento não for fornecido, o segurador não poderá prestar o serviço necessário.

(d) Investigação para a conceção de modelos de assistência objeto do contrato de seguro. O Segurador poderá tratar os Dados Pessoais, incluindo os dados de saúde, do Tomador do Seguro/Pessoa Segura para desenvolver perfis que lhe permitam conceber modelos de assistência de acordo com os referidos perfis, com a finalidade de adotar medidas preventivas de saúde relativamente ao Tomador do Seguro/ Pessoa Segura no âmbito do objeto do contrato de seguro. Esta finalidade baseia-se na necessidade de tratamento para implementar estes termos. No que diz respeito ao tratamento dos seus dados de saúde, contaremos também com o seu consentimento explícito. Este consentimento pode ser revogado a qualquer momento, sem que, contudo, isso torne ilícito o tratamento de dados pessoais efetuado com base nesse consentimento até à data em que for revogado.

(e) Gerir o acesso e a utilização da ferramenta “BUPA Portugal” disponibilizada por força do contrato de seguro. O Segurador poderá tratar os Dados Pessoais do Tomador do Seguro/Pessoa Segura com a finalidade de gerir e facultar-lhe o acesso ao “BUPA Portugal” (portal de gestão de seguros) bem como assegurar o seu correto funcionamento. O Segurador, no âmbito da utilização do “BUPA Portugal”, tratará os Dados Pessoais para, entre outras coisas, oferecer recomendações de saúde e serviços e funcionalidades relacionados com a saúde. Esta finalidade baseia-se na necessidade de tratamento para implementar estes termos e gerir os sistemas e serviços de saúde e de assistência social. Alguns serviços oferecidos pela BUPA Portugal têm políticas de privacidade separadas, sendo

que as informações de privacidade serão fornecidas ao utilizador em separado.

(f) Gestão do risco atuarial. O Segurador deverá tratar os Dados Pessoais do Tomador do Seguro/Pessoa Segura, incluindo os dados de saúde, para efeitos de análise estatístico-atuarial, tanto para determinação do risco associado como para cobrança das apólices dos clientes e potenciais clientes, antes da assinatura do contrato de seguro e durante a sua vigência, em função das novas circunstâncias da Pessoa Segura ou de eventuais alterações dos fundamentos atuariais. Esta finalidade baseia-se na necessidade de tratamento para implementar estes termos e gerir a apólice de seguro. No que diz respeito ao tratamento dos seus dados de saúde, contaremos também com o seu consentimento explícito. Este consentimento pode ser revogado a qualquer momento, sem que, contudo, isso torne ilícito o tratamento de dados pessoais efetuado com base nesse consentimento até à data em que for revogado. Note que, se o consentimento não for fornecido, o Segurador não poderá prestar o serviço necessário.

(g) Gravação de conversas telefónicas entre os Titulares dos Dados e o Segurador no âmbito da presente apólice. Estas gravações serão realizadas para serem utilizadas nos processos de controlo de qualidade do Segurador, de forma a melhorar a qualidade do serviço prestado aos Titulares dos Dados, com base no interesse legítimo do Segurador em manter os seus processos de controlo de qualidade e gerir os seus sistemas e serviços de saúde e assistência social. Da mesma forma, o Segurador poderá utilizar estas gravações, caso existam, como meio de prova em relação a qualquer reclamação que possa surgir entre as partes, tratando em todo o caso como confidenciais as conversas mantidas, com base no interesse legítimo do Segurador em formular, exercer e/ou garantir a sua defesa contra reclamações, e na necessidade de tratamento para a assegurar. O Titular dos Dados poderá solicitar ao Segurador uma cópia ou transcrição escrita do conteúdo das conversas gravadas entre ambas através dos canais indicados na secção “Direitos dos Titulares dos Dados".

A base legal para a gravação da chamada é o seu consentimento.

Este consentimento pode ser retirado a qualquer momento, sem que, no entanto, tal torne ilícito o tratamento de dados pessoais efetuado com base nesse consentimento até à data em que é retirado.

(h) Cumprir as obrigações impostas ao Segurador por mandato legal.

Em determinadas ocasiões, o Segurador necessitará de tratar Dados Pessoais do Requerente e/ou do Tomador do Seguro/Pessoa Segura para cumprir determinadas obrigações legais. Entre outras, o Segurador tratará Dados Pessoais para cumprir com as obrigações estabelecidas na regulamentação de seguros, nas leis e nos regulamentos sobre proteção de dados pessoais atualmente em vigor. Esta finalidade é lícita uma vez que o tratamento dos dados é necessário para o cumprimento das obrigações legais aplicáveis ao Segurador; e para gerir os sistemas e serviços de saúde e de assistência social.

(i) Criação de perfil para fins de marketing e melhoria dos serviços empresariais prestados pelo Segurador. Com o objetivo de oferecer ao Requerente e/ou ao Tomador do Seguro/ Pessoa Segura os produtos e serviços que melhor se adaptem aos seus interesses e necessidades, o Segurador poderá criar perfis com base nos Dados Pessoais do Tomador do Seguro/ Pessoa Segura do Requerente, incluindo os seus dados de saúde, de forma a garantir que a sua experiência com o Segurador seja o mais adaptada possível ao mesmo e a continuar a personalizá-la na prestação do serviço objeto do contrato de seguro. Estes perfis serão traçados de acordo com os Dados Pessoais dos Titulares dos Dados disponibilizados ao Segurador, por exemplo o tipo de seguro contratado, permitindo ao Segurador selecionar os produtos ou serviços que melhor se adaptam ao Titular dos Dados, podendo assim personalizar a sua experiência. Em particular, o acima exposto será realizado para:

- Gerir e enviar comunicações comerciais com base no perfil do Requerente e/ou Tomador/Pessoa Segura por qualquer canal, incluindo o eletrónico, sobre produtos e serviços similares ao contrato de seguro. Esta finalidade é legítima, tendo por fundamento o interesse legítimo do Segurador em fornecer

informações sobre os seus serviços, novidades, ofertas, etc. que melhor se ade quem ao perfil do Requerente e/ou do Tomador do Seguro/Pessoa Segura, relacionados com os serviços contratados e para a gestão dos sistemas e serviços de saúde e assistência social. Nos casos em que não tenha sido celebrado um seguro com o Segurador, a finalidade é lícita com base no consentimento do titular dos dados, uma vez que o tratamento será efetuado mediante autorização prévia.

- Enviar comunicações comerciais com base no perfil do Requerente e/ou do Tomador do Seguro/Pessoa Segura por qualquer canal, incluindo o eletrónico, sobre novos produtos e serviços. Esta finalidade é lícita com base no consentimento do titular dos dados, uma vez que o tratamento será realizado mediante autorização prévia.

- Permitir que o Segurador envie comunicações comerciais baseadas nos perfis do Requerente e/ou do Tomador/Pessoa Segura por qualquer canal, incluindo o eletrónico, sobre produtos e serviços de terceiros. Esta finalidade é lícita com base no consentimento do titular dos dados, uma vez que o tratamento será realizado mediante autorização prévia.

- Antecipar as necessidades de saúde do Tomador do Seguro/Pessoa Segura, para melhorar os serviços que lhe são prestados e oferecidos, incluindo, por exemplo, averiguar quando é necessário aumentar os recursos para o atendimento personalizado do Tomador do Seguro/Pessoa Segura. Esta finalidade é lícita com base no interesse legítimo do Segurador em prestar os melhores serviços possíveis, apoiando o Tomador do Seguro/Pessoa Segura a cuidar da sua saúde e na necessidade de tratamento para gerir os sistemas e serviços de saúde e assistência social.

No que diz respeito ao tratamento dos seus dados de saúde, contaremos também com o seu consentimento explícito. Este consentimento pode ser revogado a qualquer momento, sem que, contudo, isso torne ilícito o tratamento de dados pessoais efetuado com base nesse consentimento até à data em que for revogado.

(j) Realizar procedimentos de

anonimizarão e pseudoimunização dos Dados Pessoais do Tomador do Seguro/Pessoa Segura, incluindo os seus dados pessoais de saúde, para fins de marketing, melhoria da relação com os mesmos e para investigação científica e/ou estatística. Por vezes, o Segurador pode aplicar determinados procedimentos aos Dados Pessoais do Tomador do Seguro/Pessoa Segura de tal forma que seja impossível encontrar um vínculo entre uma pessoa singular identificada ou identificável e os Dados Pessoais tratados, ou os Dados Pessoais não possam ser atribuídos a uma pessoa específica sem utilizar informações adicionais que apareçam separadamente. Estes procedimentos serão aplicados para que os dados anonimizados ou pseudoimunizados possam ser tratados para fins de investigação científica ou estatística, ou para poder identificar tendências de estado de saúde individual, estabelecer padrões de Doença, etc., bem como compreender quais os serviços que podem ser mais adequados a determinados grupos e poder informá-los sobre isso. Este tratamento é lícito, uma vez que assenta no interesse legítimo do Segurador e na sua necessidade de gerir os sistemas e serviços de saúde e de assistência social, bem como na exigência de fins de investigação científica e/ou estatística.

(k) Ceder os Dados Pessoais dos Titulares dos Dados às Empresas do Grupo, para:

- Enviar comunicações comerciais sobre produtos e serviços das referidas empresas do grupo com base nos perfis do Tomador do Seguro/Pessoa Segura por qualquer meio, incluindo eletrónico, com base no consentimento concedido pelo Titular dos Dados.

- Antecipar as necessidades de saúde do Tomador do Seguro/Pessoa Segura, desenvolvendo os perfis das empresas do Grupo e realizando análises estatísticas com o objetivo de melhorar os serviços prestados pelas entidades do Grupo para poder oferecê-los ao Tomador do Seguro/Pessoa Segura, de acordo com as suas características particulares, com base no consentimento concedido pelo Titular dos Dados.

- Fins administrativos internos, com base no interesse legítimo

do Segurador em transmitir dados pessoais dentro do seu grupo empresarial para esta finalidade, o que inclui o tratamento de Dados Pessoais.

(l) Ceder Dados Pessoais a terceiros. O Segurador poderá ceder os Dados Pessoais do Titular dos Dados a qualquer outra entidade com a qual estabeleça laços de colaboração para melhorar a eficácia da relação contratual com o Titular dos Dados. Em particular, as categorias de destinatários, identificadas nas Informações Adicionais, que poderão receber Dados Pessoais serão, entre outras coisas, co/seguradoras e resseguradoras, corretores de seguros, entidades com as quais seja estabelecido um vínculo comercial, profissionais de saúde, centros médicos e hospitais. As cedências serão feitas para:

- Fins de resseguro de risco, com base no interesse legítimo do Segurador em gerir o risco assumido e a necessidade de tratamento para gerir os sistemas e serviços de saúde e de assistência social.

- Envio de comunicações comerciais sobre produtos e serviços de terceiros através de qualquer canal, incluindo o eletrónico, com base nos perfis do Requerente e/ou do Tomador/Pessoa Segura, com base no consentimento concedido pelo Titular dos Dados.

- Analisar a utilização dos websites e aplicações do Segurador, com base no consentimento concedido pelo Titular dos Dados.

26.3 Admissibilidade dos Dados Pessoais

A origem dos Dados Pessoais tratados pelo Segurador pode variar de caso para caso. Em particular, o Segurador poderá tratar os Dados Pessoais, incluindo os dados de saúde que (i) o Requerente/Tomador do Seguro e/ou a Pessoa Segura forneçam através dos formulários correspondentes; (ii) tenha sido gerado em resultado do serviço prestado pelo Segurador e; (iii) que o Segurador tenha obtido através de corretores, agentes de seguros ou colaboradores terceiros.

26.4 Período de tempo durante o qual os Dados Pessoais são conservados

O Segurador tratará os Dados Pessoais dos Titulares dos Dados e conservá-los-á durante

a duração da relação contratual entre o Segurador e o Tomador do Seguro/Pessoa Segura ou até que as obrigações legais aplicáveis caduquem. Para os efeitos em que o Titular dos Dados consentiu no tratamento dos seus Dados Pessoais ou em que exista a possibilidade de oposição, o Segurador deixará de tratar os Dados Pessoais, para esse fim específico, imediatamente após a retirada do consentimento ou o exercício do direito de oposição. Tudo o que acima se referiu não prejudica a posterior conservação que seja necessária para formular, exercer ou defender-se de eventuais reclamações, cumprir obrigações de preservação de documentação clínica, desde que permitida pela legislação aplicável, ou para disponibilizar os Dados Pessoais a juízes e tribunais, ao Ministério Público ou a organismos públicos. Durante este período adicional, o Segurador manterá os Dados Pessoais bloqueados. Findo o prazo acima referido, o Segurador compromete-se a cessar o tratamento de todos os dados pessoais. Não obstante tudo o acima exposto, quando necessário, os Dados Pessoais poderão ser conservados por períodos mais longos, desde que sejam tratados exclusivamente para fins de assistência médica, investigação médica, científica e/ou estatística e tendo em conta o caso concreto.

26.5 Acesso a Dados Pessoais

A realização de um serviço de excelência que o Segurador oferece pode exigir que os seus fornecedores terceiros acedam aos Dados Pessoais do Titular dos Dados como subcontratantes. Os Titulares dos Dados compreendem que alguns destes prestadores de serviços estão localizados em países fora do Espaço Económico Europeu ou não oferecem um nível de segurança equivalente ao do Espaço Económico Europeu. Para garantir que os Dados Pessoais são tratados com um nível de proteção equivalente ao já existente, o Segurador adotou as salvaguardas adequadas. Estas transferências internacionais são efetuadas sob a proteção de uma verificação de adequação da Comissão Europeia, proporcionando garantias suficientes reconhecidas pela regulamentação (como cláusulas contratuais-tipo), cumprindo as medidas de segurança adequadas. Mais informação pode ser consultada na Secção Transferências Internacionais de

Dados das Informações Adicionais. Para obter uma cópia da referida autorização, poderá contactar o Segurador pelos meios indicados na secção “Direitos das Pessoas Seguradas". Para além do acesso que terceiros, nacionais ou internacionais, prestadores de serviços como os subcontratantes para o tratamento de dados possam ter aos Dados Pessoais pelos quais o Segurador é responsável no âmbito da prestação de um serviço, o Segurador acederá Dados Pessoais a outras entidades, conforme especificado na secção "Principais finalidades e legalidade do tratamento dos Dados Pessoais". Para além do acima exposto, os Titulares dos Dados entendem que o Segurador poderá efetuar cessões ou comunicar Dados Pessoais para cumprir com as suas obrigações perante órgãos Públicos nos casos em que seja obrigada a fazê-lo de acordo com a legislação vigente em cada momento e, quando for o caso, também a outros órgãos como as Forças e Órgãos de Segurança do Estado e Órgãos Judiciais. Além disso, o Tomador do Seguro/Pessoa Segura entende que o Segurador pode solicitar, requerer e partilhar os seus Dados Pessoais e de Saúde de profissionais ou unidades de saúde, hospitais, com entidades com as quais tenha uma relação de co/resseguro ou colaboração. Compreendem, por isso, que será necessário fornecer uns aos outros os seus Dados Pessoais, para gerir resseguros, cosseguros, programas de assistência integral, partilhar as melhores práticas e avaliar os riscos a cobrir, para prevenir fraudes, determinar a assistência médica, efetuar pagamentos a prestadores de cuidados de saúde ou reembolsar o Tomador do Seguro/Pessoa Segura pelos custos de assistência médica e os custos de quaisquer reclamações apresentadas pelo próprio Tomador do Seguro/Pessoa Segura.

26.6 Direitos dos Titulares dos Dados

O Segurador informa os Titulares dos Dados sobre a sua capacidade de exercer os direitos de acesso, retificação, oposição, apagamento, portabilidade e limitação do tratamento, bem como de recusar o tratamento automatizado de quaisquer Dados Pessoais por si recolhidos. Tais direitos poderão ser exercidos gratuitamente

pelos Titulares dos Dados e, quando adequado, por quem os represente, mediante pedido escrito e assinado - poderá ser solicitada cópia do seu documento de identidade ou documento equivalente que comprove a sua identidade - remetido para: Calle Ribera del Loira no 52, 28042, Madrid, Spain, Att. LOPD Insurance, ou para o Encarregado da Proteção de Dados dpo@bupa.pt. Caso o Titular dos Dados tenha um representante, tal deverá ser comprovado por documento escrito, anexando cópia do seu documento de identificação ou documento equivalente que comprove a identidade do representante ou outra documentação comprovativa conforme indicado na secção "Direitos" das Informações Adicionais. Para além dos direitos acima referidos, os Titulares dos Dados terão o direito de retirar qualquer consentimento dado em qualquer momento através do procedimento acima descrito, sem que tal retirada de consentimento afete a legalidade do tratamento anterior à retirada do mesmo. O Segurador poderá continuar a tratar os Dados Pessoais dos Titulares dos Dados na medida do permitido por qualquer lei aplicável. O Segurador relembra os Titulares dos Dados que estes têm o direito de apresentar reclamação junto da autoridade de controlo competente (https://www.cnpd.pt/).

Não obstante o acima exposto, o Segurador informa o Titular dos Dados que dispõe de um sistema interno de resolução de conflitos no qual o Encarregado da Proteção de Dados assume um papel ativo como mediador, procurando gerir, da forma mais flexível possível, qualquer reclamação que o Titular dos Dados envie para o endereço postal ou correio eletrónico indicado na secção "Responsável pelo Tratamento dos Dados Pessoais". O Segurador incentiva o Titular dos Dados a contactar o Encarregado da Proteção de Dados antes de apresentar uma reclamação à autoridade de supervisão relevante.

26.7 Cancelamento da subscrição do serviço de envio de comunicações

Conforme referido na secção acima, o Titular dos Dados tem o direito de revogar a qualquer momento o consentimento dado para o envio de comunicações comerciais, notificando o Segurador de que não deseja

continuar a recebê-las. Para isso, o Titular dos Dados poderá revogar o seu consentimento na forma descrita na secção acima ou clicar no link incluído em cada comunicação comercial, cancelando assim o envio de comunicações comerciais eletrónicas.

26.8 Menores

Em geral, o Segurador apenas tratará os Dados Pessoais de crianças menores de dezoito anos quando os seus pais ou tutores legais tiverem dado o seu consentimento para esse tratamento, quando tal for necessário para implementar a Apólice ou para cumprir uma obrigação legal e/ou satisfazer um interesse legítimo do Segurador.

No entanto, de acordo com a regulamentação atual, os maiores de 16 anos (ou a idade que for legalmente estabelecida para o efeito) terão o direito de aceder à sua própria informação médica.

26.9 Informação Adicional

A Sanitas em www.bupa.pt/RGPD, na secção "Seguros Sanitas", disponibiliza ao Requerente, Tomador do Seguro e Pessoa Segura Informação Adicional sobre o tratamento dos seus Dados Pessoais e convida-os a consultá-la.

26.10 Alteração da Política de Privacidade

O Segurador poderá alterar a sua Política de Privacidade de acordo com a legislação aplicável periodicamente. Em todos os casos, quaisquer alterações à Política de Privacidade serão devidamente notificadas ao Titular dos Dados para o informar sobre quaisquer alterações efetuadas no tratamento dos seus Dados Pessoais e, se os regulamentos aplicáveis o exigirem, para solicitar o seu consentimento.

## Cláusula 27 - Legislação e Foro

1. A presente Apólice rege-se pela lei portuguesa.

2. O foro competente para dirimir qualquer litígio emergente deste contrato de seguro é o do domicílio do Tomador ou da Pessoa Segura em Portugal.

3. Em caso de litígio tendo por base esta Apólice, e sendo o Tomador do Seguro um consumidor na aceção da Lei 144/2015, de 8 de setembro,

poderá recorrer à resolução alternativa de litígios de consumo junto das instâncias reconhecidas. A informação geral sobre as entidades de arbitragem portuguesas está disponível para consulta no separador «Informações relevantes para o cliente», constante do sitio oficial de internet do Segurador, em www.bupa.pt.

A adesão do Segurador à arbitragem fica vinculada às previsões legais existentes no que respeita à adesão obrigatória, sendo casuística nos restantes casos.

## Cláusula 28 – Sanções Internacionais e Combate ao Terrorismo

**O Segurador não realizará qualquer serviço na cobertura do Pessoa Segura desta apólice se tal constituir uma infração às leis de Portugal, do Reino Unido, da União Europeia, dos Estados Unidos da América ou das leis internacionais em geral, reservando-se o direito, nos casos correspondentes, de cancelar a adesão do Pessoa Segura afetado por tal infração. Da mesma forma, pode rejeitar a inclusão de um novo Pessoa Segura, se tal puder levar a uma violação de qualquer uma destas leis.**

**Sem prejuízo do supra disposto, as garantias da presente Apólice não serão prestadas nos seguintes países: Coreia do Norte, Síria, Bielorrússia, Irão e Federação Russa, bem como os seguintes territórios: Crimeia, Donetsk, Lugansk, Zaporíjia e Kherson.**

## Cláusula 29 – Atendimento ao cliente

Atendimento ao cliente:

211 255 575

Dias úteis das 08h00 às 20h00. Chamada para a rede fixa nacional.

**Lisboa, 15 Junho 2026**

| Pelo Participante /Tomador do Seguro | Pela Sanitas S.A. de Seguros, sucursal em Portugal |
|---|---|

Javier Ibañez
**Sanitas, S.A. de Seguros**

# CONDIÇÕES ESPECIAIS
# Bupa Portugal

## CUSTOS DE HOSPITALIZAÇÃO

### Cláusula 1 - Âmbito de Cobertura

1. A presente Condição Especial, se subscrita e expressamente indicada nas Condições Particulares, garante **o pagamento dos custos suportados pela Pessoa Segura ao abrigo do regime de prestações convencionadas ou compensatórias em consequência da Hospitalização** da Pessoa Segura em unidade hospitalar, **provocado por Doença ou Acidente** garantido pelo contrato.

2. Ficam garantidos os custos incorridos com:

   a) Honorários médicos, nomeadamente os relativos ao cirurgião, anestesista, assistentes e enfermeiros instrumentistas,

   b) Hospitalização em unidades de cuidados intensivos,

   c) Quimioterapia efetuada em regime de ambulatório ou adquirida em hospital e efetuada em casa,

   d) Radioterapia efetuada em regime de ambulatório, em hospital ou clínica,

   e) Cirurgia efetuada em regime de ambulatório, em hospital ou clínica,

   f) Cirurgia oral quando seja consequência de Acidente que exija tratamento de urgência em hospital, seja em regime de hospitalização ou ambulatório,

   g) Cirurgia maxilofacial quando seja consequência de Acidente que exija tratamento de urgência em hospital, excluindo tratamentos dentários,

   h) Internamento psiquiátrico em hospital ou clínica, abrangendo honorários médicos e de enfermagem, medicamentos, meios complementares de diagnóstico, materiais e

todos os produtos relacionados com os cuidados prestados, **durante um máximo de trinta (30) dias por anuidade.**

i) Diárias hospitalares referentes à Pessoa Segurada,

j) Enfermagem (não privada),

k) Exames complementares de diagnóstico se prescritos e realizados durante o internamento,

l) Medicamentos administrados durante o internamento,

m) Piso do bloco operatório e instalações necessárias à realização dos atos médicos (bloco operatório, sala de recobro, etc.) e material utilizado (gases anestésicos, oxigénio, material de osteossíntese, prótese intracirúrgica, etc.),

n) Transporte em ambulância terrestre de ou para o hospital em Portugal, desde que o estado da Pessoa Segura o justifique,

o) Em regime de prestações convencionadas, garante-se igualmente o pagamento das despesas médicas relativas a Hospitalização Domiciliária, desde que recomendada pelo médico.

3. **Custos de Parto:** A presente cobertura, incluída em Hospitalização, garante o pagamento dos custos suportados pela Pessoa Segura ao abrigo do regime de prestações convencionadas em consequência de internamento devido a:

a) Parto,

b) Cesariana,

c) Aborto espontâneo.

Ficam garantidos os custos incorridos com, nomeadamente:

a) Diárias hospitalares, respeitantes à mãe e ao recém-nascido, durante o período de internamento da mãe,

b) Honorários médicos, nomeadamente os relativos ao obstetra, pediatra, anestesista, auxiliares e enfermeiros instrumentistas, quando justificados,

c) Instalações necessárias à realização dos atos médicos

(bloco operatório, sala de recobro, sala de partos, etc.) e material utilizado (gases anestésicos, oxigénio, etc.),

d) Medicamentos administrados durante o internamento,

e) Exames complementares de diagnóstico se prescritos e realizados durante o internamento,

f) Enfermagem (não privada),

g) Transporte em ambulância terrestre de ou para o hospital em Portugal, desde que o estado da Pessoa Segura o justifique.

**Períodos de carência**

**A cobertura "Custos de Parto" está sujeita a um período de carência de 365 dias.**

**Exclusões**

**Sem prejuízo das exclusões previstas nas Condições Gerais aplicáveis a esta cobertura, o pagamento de honorários de parteira não é garantido na presente Condição Especial.**

4. Os Capitais Seguros, Contribuições, Reembolsos, Franquias e Copagamentos estão previstos nas Condições Particulares.

## Cláusula 2 - Definições

Para efeitos da presente Condição Especial, considera-se, **hospitalização** a permanência continua num Hospital ou Clínica, mediante prescrição médica, por um período **superior a 24 horas,** que dê lugar ao pagamento de uma diária, e que não se prolongue por **um período de tempo superior a 365 dias.** As admissões hospitalares sucessivas são consideradas admissões hospitalares separadas.

## Cláusula 3 - Períodos de carência

**A cobertura "Custos de hospitalização" está sujeita a um período de carência de noventa (90) dias.**

**As seguintes cirurgias/tratamentos estão sujeitas a um período de carência de 365 dias:**

**Cirurgia de varizes, cirurgias ginecológicas e urológicas devido a uma patologia benigna, litotrícia para cálculos renais ou da**

**vesícula biliar, cirurgia e tratamentos proctológicos, cirurgia mamária devido a uma patologia benigna, cirurgia da tiroide devido a uma patologia benigna, colecistectomia, cirurgias ao ouvido, nariz e garganta, qualquer cirurgia do joelho ou da anca, excisão de lesões benignas da pele ou subcutâneas, tratamentos/cirurgia oftalmológica, cirurgia de hérnias, aritmologia, parto normal ou cesariana, aborto espontâneo.**

## Cláusula 4 - Exclusões

1. **Sem prejuízo das exclusões previstas nas Condições Gerais aplicáveis a esta cobertura, a presente Condição Especial não garante o pagamento das despesas de hospitalização relativas a:**

   a) **Cirurgias e tratamentos dentários, salvo em consequência de Acidente garantido pelo presente contrato,**

   b) **Quaisquer atos cirúrgicos relacionados com Doenças que não se tenham manifestado,**

   c) **Despesas de natureza privada ou não clínica, isto é, excluem-se todos os gastos que não estejam relacionados diretamente com o tratamento médico da Pessoa Segura (por exemplo, alimentação não incluída nas taxas diárias de hospitalização e os custos de comunicações)**.

## Cláusula 5 - Limite de Compensação Referente a Honorários Médicos

**Relativamente aos Benefícios Compensatórios, os honorários do cirurgião, anestesista e auxiliares estão limitados ao valor calculado pela multiplicação do valor máximo de K nas Condições Particulares pelo número de "Ks" atribuídos ao ato médico, de acordo com o Código de Nomenclatura e Valor Relativo de Atos Médicos.**

Por Código da Nomenclatura e Valores Relativos de Atos Médicos entende-se a tabela oficial publicada pela Ordem dos Médicos que inclui todas as

intervenções cirúrgicas valorizadas em número de "K", sendo atribuído tantos mais "K" quanto maior for a complexidade do ato médico efetuado. O Segurador compromete-se a informar previamente ao internamento, o número de "K" atribuídos ao ato médico, desde que solicitado pela Pessoa Segura."

## CUSTOS DE ASSISTÊNCIA AMBULATÓRIA

### Cláusula 1 - Âmbito de Cobertura

1. A presente Condição Especial, se subscrita e expresamente indicada nas Condições Particulares, **garante o pagamento dos custos suportados pela Pessoa Segura com assistência médica ambulatória,** ao abrigo do regime de prestações convencionadas ou compensatórias, consoante aplicável.

2. Ficam garantidos os custos incorridos com, nomeadamente:

**Em regime de prestações convencionadas ou compensatórias:**

a) Honorários médicos por consultas médicas gerais e de especialidade, **à exceção de consultas de psiquiatria, psicologia e psicoterapia, as quais só estão garantidas em regime de prestações convencionadas.**

**Exclusivamente em regime de prestações convencionadas:**

a) Tratamentos ambulatórios e outros atos clínicos, desde que prescritos por médico,

b) Exames complementares de diagnóstico, desde que prescritos por médico,

c) Fisioterapia em caso de Acidente ou Doença,

d) Cinesioterapia respiratória (tratamento terapêutico que utiliza exercícios físicos específicos e manobras respiratórias para melhorar a função respiratória, aumentar a capacidade pulmonar e facilitar a eliminação das secreções das vias aéreas),

e) Terapia da fala,

f) Consultas de psiquiatria,

psicologia e psicoterapia presenciais, por não mais de vinte (20) sessões por anuidade,

g) Enfermagem (não privada),

h) Transporte em ambulância terrestre de ou para unidades hospitalares em Portugal, desde que o estado da Pessoa Segura o justifique.

i) Medicina Online:

- O Segurador, através do Serviço de Assistência, garante, o serviço de triagem clínica de prioridades e Médico Online, 24h por dia, para consulta e eventual aconselhamento quanto à orientação a seguir.

- A Pessoa Segura, tem ainda a possibilidade de realizar consultas online de Medicina geral e Familiar, Pediatria, Psiquiatria, Psicologia, Psicoterapia, Consulta do Viajante, Fisioterapia e Nutrição sem carência.

3. No que respeita aos custos relacionados com a gravidez, esta cobertura garantirá ainda:

a) Despesas com amniocentese ou outros exames de rastreio de ADN fetal, se clinicamente justificados, entendendo-se como tal os exames realizados em **pessoas seguradas com idade igual ou superior a 35 anos ou se houver antecedentes obstétricos comprovados de alterações morfológicas ou cariótipo fetal,**

b) Rastreio bioquímico pré-natal.

4. Os Capitais Seguros, Contribuições, Reembolsos, Franquias e Copagamentos estão previstos nas Condições Particulares.

## Cláusula 2 - Períodos de carência

**A cobertura "Custos de Assistência Ambulatória" está sujeita a um período de carência de sessenta (60) dias.**

## Cláusula 3 - Exclusões

**Sem prejuízo das exclusões previstas nas Condições Gerais aplicáveis a esta cobertura, esta Condição**

**Especial não garante o pagamento dos seguintes custos com assistência médica:**

1. **Tratamentos cirúrgicos e/ou laser, realizados em regime de ambulatório,**
2. **Consultas, tratamentos e cirurgias dentárias,**
3. **Exercícios de ortóptica,**
4. **Todos aqueles serviços ou técnicas que consistam em atividades de lazer, repouso, conforto ou desportivas, bem como tratamentos termais,**
5. **Qualquer outra que não seja considerada uma prática clínica normalizada baseada em métodos científicos,**
6. **Com psicologia de desenvolvimento vocacional e de carreira,**
7. **Com a psicologia ocupacional, social e organizacional, como o acompanhamento psicológico, a psicologia comunitária, a psicologia da saúde ocupacional, entre outras.**

## REDE DE BEM-ESTAR

### Cláusula 1 - Âmbito de Cobertura

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

## ASSISTÊNCIA À PESSOA SEGURA

### Cláusula 1 - Objeto

Pela presente Condição Especial o Segurador garante ao Segurado, durante a vigência da Apólice, as prestações de assistência previstas nestas Condições Especiais.

### Cláusula 2 - Exclusões

**Sem prejuízo das exclusões previstas nas Condições Gerais do contrato e das Condições Especiais**

**aplicáveis, ao abrigo da presente Apólice ficarão sempre excluídos:**

**a) Sinistros ocorridos durante ou em consequência da prática de atividades de alto risco, tais como ski de neve, surf,**

**b) Sinistros ocorridos na prossecução da Viagem, ou cancelamento desta, nos casos em que as autoridades locais do destino ou de origem tenham desaconselhado viagens para esse destino e cuja informação seja do conhecimento público antes da contratação da Viagem, nos casos de cancelamento, ou antes do seu início nos casos de perturbações**,

**c) Os sinistros causados por engenhos explosivos ou incendiários**.

## Cláusula 3 - Procedimentos em caso de sinistro

1. Em caso de Sinistro, e sem prejuízo das obrigações especificamente previstas nas Condições Especiais aplicáveis, é condição indispensável para o funcionamento das garantias deste contrato que o Segurado ou a Pessoa Segura:

a) Contactem imediatamente o Segurador, caraterizando a ocorrência e fornecendo todas as informações necessárias para a execução da garantia em causa, explicitando as circunstâncias do Sinistro, as eventuais causas e respetivas consequências;

b) Sigam as instruções do Segurador e tomem as medidas necessárias e possíveis para impedir o agravamento das con¬sequências do Sinistro;

c) Obtenha o acordo do Segurador antes de assumirem qualquer custo ou despesa;

d) Satisfaçam, em qualquer altura, os pedidos de informação e documentação formulados pelo Serviço de Assistência/Segurador, remetendo-lhe prontamente todos os elementos necessários ao andamento do processo;

e) Recolham e facultem ao Segurador os elementos

relevantes para a efetivação da responsabilidade de terceiros, quando for o caso.

**2. O incumprimento dos deveres fixados nos números anteriores dará lugar à redução da prestação do Segurador atendendo ao dano que o incumprimento dos deveres fixados no presente artigo lhe cause.**

**3. O incumprimento ou cumprimento defeituoso dos deveres enunciados no presente artigo com dolo e que tenham determinado um dano ou prejuízo ao Segurador, dará lugar à perda de cobertura.**

**4. Impende sobre a Pessoa Segura o ónus da prova da veracidade do Sinistro participado, podendo o Segurador exigir-lhe todos os meios de prova adequados e que estejam ao seu alcance.**

## Cláusula 4 - Impossibilidade material

**1. Não ficam garantidos por esta Apólice os custos ou o reembolso de despesas incorridos pelo Segurado, com prestações de assistência que não tenham sido previamente solicitadas ao Segurador, ou que tenham sido executadas sem o seu acordo prévio, salvo em casos de força maior ou impossibilidade material demonstrada.**

**2. Se não for possível ao Segurador organizar as prestações devidas no âmbito territorial definido, o Segurador reembolsará a Pessoa Segura das despesas que esta tenha efetuado, dentro dos limites definidos por esta Apólice e das garantias que forem aplicáveis.**

**3. O processamento de qualquer reembolso pelo Segurador está condicionado à apresentação pela Pessoa Segura da documentação original comprovativa das despesas efetuadas.**

## Cláusula 5 - Equipa médica do segurador

1. No âmbito da regularização de Sinistros ao abrigo de coberturas que impliquem prestações de assistência médica, cuidados de saúde, transporte de sinistrados, as decisões do Segurador terão

sempre em consideração, a opinião da respetiva equipa médica, que prevalecerá sobre quaisquer outras, na escolha dos procedimentos a seguir e seleção dos meios de transporte.

2. Sob pena de exclusão das coberturas da Apólice ou impossibilidade do Segurador regularizar os Sinistros participados, a Pessoa Segura deverá autorizar e assegurar à equipa médica do Segurador a disponibilidade e acesso à respetiva informação clinica.

3. A Pessoa Segura consente de forma expressa no tratamento dos seus dados de saúde para efeitos de gestão das garantias do presente seguro.

## Cláusula 6 - Salvamento e perda de cobertura

**1. Em caso de Sinistro, o Tomador do Seguro ou Pessoa Segura devem empregar os meios ao seu alcance para prevenir ou limitar os danos.**

**2. O incumprimento do dever fixado no número anterior, dará lugar à redução da prestação do Segurador atendendo ao dano que o incumprimento do dever fixado no presente artigo lhe cause.**

**3. O Tomador do Seguro ou Pessoa Segura perdem direito às prestações do presente contrato se:**

**a) Agravarem, voluntária ou intencionalmente, as consequências do sinistro;**

**b) Usarem de fraude, simulação ou quaisquer outros meios dolosos, bem como de documentos falsos para justificarem a participação do Sinistro.**

## Cláusula 7 - Reembolsos

Sem prejuízo da obrigação do Segurador de cumprir todas as prestações e pagamentos a que estão vinculados no âmbito do presente contrato, até aos Limites de Capital contratados, a Pessoa Segura e o Tomador do Seguro, comprometem-se a promover todas as diligências de colaboração necessárias à obtenção de reembolsos relacionados com o sinistro devidos por outras entidades, designadamente comparticipações da Segurança Social e entidades análogas, e a devolvê-las ao Serviço de Assistência.

As Pessoas Seguras que tiverem utilizado prestações de transportes previstas no presente contrato ficam ainda obrigadas a promover as diligências necessárias à recuperação de bilhetes de transporte não utilizados, entregando ao Serviço de Assistência as importâncias recuperadas.

## Cláusula 8. Garantias

Em todas as garantias que envolvam uma prestação médica, a equipa médica do Serviço de Assistência terá sempre um papel de coordenação e decisão final relativamente aos procedimentos a adotar na sequência de um sinistro.

**Para o efeito, deverá ser facultado à equipa médica do Serviço de Assistência livre acesso a cada processo clínico, para uma correta avaliação do caso e decisão.**

A assunção de despesas médicas iniciais imprescindíveis ao diagnóstico médico não determinam qualquer responsabilidade do Serviço de Assistência ao abrigo da presente Apólice.

Até aos Limites de Capital fixados na Apólice, o Serviço de Assistência prestará à Pessoa Segura, as seguintes garantias:

### 8.1. Garantias para assitencia em viagem ao estrangeiro

**1. Pagamento de despesas médicas, cirúrgicas, farmacêuticas e de hospitalização no Estrangeiro**

Caso a Pessoa Segura se encontre em dificuldades em consequência de Acidente ou Doença, ocorridos ou declarados, no decurso de uma Viagem e necessite de assistência médica, cirúrgica, farmacêutica ou hospitalar, o Serviço de Assistência garante até aos Limites de Capital fixados na Apólice:

a) As despesas e honorários médicos e cirúrgicos;

b) Os gastos farmacêuticos prescritos por médico;

c) Os gastos de hospitalização.

Em caso de hospitalização, a Pessoa Segura deve participar o sinistro ao Serviço de Assistência no próprio dia, salvo demonstrada impossibilidade

física.

**A partir do momento em que o transporte ou repatriamento da Pessoa Segura seja clinicamente possível e aconselhável, o Serviço de Assistência deixa de garantir os gastos de hospitalização.**

**O Serviço de Assistência reserva-se ainda o direito de deixar de garantir os gastos de hospitalização caso ocorram circunstâncias excecionais, alheias ao Serviço de Assistência, que limitem severamente a disponibilidade de meios de transporte, e dessa forma, não seja possível garantir o transporte ou repatriamento clinicamente possível.**

Sem prejuízo dos Limites de Capital aplicáveis, o Serviço de Assistência apenas suporta os custos com intervenções cirúrgicas da Pessoa Segura, nos casos em que, segundo a opinião da equipa médica do Serviço de Assistência, não seja possível aguardar pelo regresso da Pessoa Segura ao seu Domicílio, atendendo ao caráter urgente e inadiável para a sua realização.

**2. Acompanhamento da Pessoa Segura hospitalizada**

Se durante o decorrer da Viagem se verificar a hospitalização súbita e imprevisível da Pessoa Segura, e se o seu estado de saúde, de acordo com a opinião da equipa médica do Serviço de Assistência, não aconselhar o seu repatriamento ou transporte imediato para o Domicílio, o Serviço de Assistência organizará e suportará, até aos Limites de Capital fixados na Apólice, o alojamento em hotel, de um familiar ou outra pessoa que o acompanhe, a partir do momento em que não seja possível utilizar a estadia inicialmente prevista para a Viagem e até ao momento em que o transporte ou repatriamento seja possível.

O Serviço de Assistência encarrega-se ainda do regresso deste acompanhante ao Domicílio da Pessoa Segura, caso não possam ser utilizados os meios inicialmente previstos.

**Esta garantia está estritamente sujeita ao parecer da equipa médica do Serviço de Assistência.**

**3. Transporte de ida e volta para familiar e respetiva estadia**

Se, na sequência de Acidente ou Doença, ocorrido e declarado no decurso de uma Viagem, a Pessoa Segura seja alvo de internamento hospitalar por um período que se preveja de duração superior a 5 dias, e esta viaje sem acompanhante, o Serviço de Assistência organizará e suportará, até aos Limites de Capital fixados na Apólice, os custos de transporte de ida e volta e alojamento para um acompanhante, tendo como partida o país de Domicílio da Pessoa Segura, de modo a que possa ficar junto dela.

**4. Prolongamento de estadia em hotel**

Se na sequência de Acidente ou Doença, ocorrido e declarado no decurso de uma Viagem, o estado de saúde da Pessoa Segura, de acordo com a opinião da equipa médica do Serviço de Assistência, não justificar a sua hospitalização mas também não permitir o regresso ao seu Domicílio na data inicialmente prevista no título de transporte da Viagem de regresso previamente adquirida, o Serviço de Assistência garante, até aos Limites de Capital fixados na Apólice, as despesas efetivamente realizadas com alojamento em hotel, desde que não inicialmente previstas, para esta e para uma pessoa que a fique a acompanhar.

Quando o seu estado de saúde o permitir, o Serviço de Assistência encarrega-se da organização e custos do regresso da Pessoa Segura, bem como do seu eventual acompanhante, ao Domicílio da Pessoa Segura, sem prejuízo do disposto no Artigo 13º supra a respeito de reembolso de transportes.

**Esta garantia está estritamente sujeita ao parecer da equipa médica do Serviço de Assistência.**

**5. Repatriamento ou transporte sanitário de feridos ou doentes e vigilância médica**

Na sequência do acionamento da garantia 1. *"Pagamento de despesas médicas, cirúrgicas, farmacêuticas e de hospitalização no Estrangeiro"* quando a situação clínica o justifique, o Serviço de Assistência garante, até aos limites fixados:

i. As despesas de transporte em ambulância, ou outro meio considerado adequado, desde o local da ocorrência até à clínica ou hospital mais próximo;

ii. As despesas de transporte numa eventual transferência da Pessoa Segura para outro centro hospitalar mais apropriado ou o repatriamento até ao seu Domicílio.

O Serviço de Assistência garante ainda a vigilância por parte da sua equipa médica, em colaboração com o médico assistente da Pessoa Segura, para determinação das medidas convenientes ao melhor tratamento a seguir e do meio mais apropriado para eventual transferência.

Qualquer transporte ou repatriamento sanitário, e eventual acompanhamento médico, deve respeitar as normas sanitárias em vigor e apenas efetuar-se com o prévio acordo entre o médico assistente da Pessoa Segura e a equipa médica do Serviço de Assistência. A declaração do médico assistente não é garantia bastante.

As despesas de transporte serão suportadas pelo Serviço de Assistência apenas nos casos em que o meio de transporte inicialmente previsto não puder ser utilizado ou não seja clinicamente aconselhável a sua utilização.

O meio de transporte a utilizar será definido pela equipa médica do Serviço de Assistência.

Sendo identificada uma doença infetocontagiosa que envolva perigo para a saúde pública, o transporte e/ou repatriamento previsto nesta garantia deverá ficar condicionado às regras, procedimentos e orientações técnicas emanados pela Organização Mundial de

Saúde, podendo, no limite, não ser autorizado esse transporte e/ou repatriamento.

**6. Acompanhamento durante o transporte ou repatriamento sanitário**

No seguimento de uma prestação de transporte ou repatriamento sanitário através da garantia 5. *"Repatriamento ou transporte sanitário de feridos ou doentes e vigilância médica"* e no caso do estado da Pessoa Segura transportada ou repatriada assim o justificar, o Serviço de Assistência, após parecer da sua equipa médica, suporta as despesas com a Viagem de uma pessoa também segura, que se encontre no local para a acompanhar.

**7. Repatriamento ou**

**Transporte após morte da Pessoa Segura**

Em caso de falecimento da Pessoa Segura, por Acidente ou Doença, ocorrido e declarado no decurso de uma Viagem, o Serviço de Assistência garante até aos Limites de Capital fixados na Apólice, as formalidades a efetuar no local, incluindo as do repatriamento ou transporte do corpo até ao local de enterro no seu Domicílio.

Se, por motivos administrativos, for necessária localmente a inumação provisória ou definitiva, o Serviço de Assistência suporta as despesas de transporte de um familiar, se este não se encontrar já no local, para se deslocar desde o Domicílio da Pessoa Segura até ao local da inumação, bem como as despesas do seu alojamento.

**8. Adiantamento de fundos no Estrangeiro**

Se, durante o decorrer de uma Viagem ao Estrangeiro ocorrer o roubo ou extravio da Bagagem da Pessoa Segura onde se encontrem objetos de uso pessoal e valores monetários, e caso a mesma não seja recuperada nas 24 horas seguintes após a participação às autoridades ou entidades competentes do país onde ocorreram os factos, o Serviço de Assistência adianta à Pessoa Segura até aos Limites de Capital fixados na Apólice, as verbas necessárias para este fazer face à aquisição de roupas e objetos de higiene pessoal para uso imediato.

Também em caso de internamento hospitalar da Pessoa Segura no Estrangeiro, na sequência de Acidente ou Doença, e se o limite previsto neste contrato para garantia n.º 1 *"Pagamento de despesas médicas, cirúrgicas, farmacêuticas e de hospitalização no Estrangeiro"*, se esgotar, o Serviço de Assistência efetua um adiantamento à Pessoa Segura, até aos Limites de Capital previstos na Apólice.

Os adiantamentos previstos nesta garantia, são prestados mediante a prévia prestação a favor do Serviço de Assistência de garantia adequada, por parte de um familiar da Pessoa Segura ou um terceiro, nomeadamente depósito em cheque visado à ordem do Serviço de Assistência.

**A Pessoa Segura obriga-se a reembolsar o Serviço de Assistência do valor do adiantamento no prazo**

**máximo de 60 (sessenta) dias após a sua realização.**

**9. Localização e envio de medicamentos de urgência para o Estrangeiro**

Se, no decurso de uma Viagem, não seja possível obter localmente medicamentos indispensáveis prescritos por médico, de uso habitual da Pessoa Segura, ou não sejam substituíveis por similares ou sucedâneos, o Serviço de Assistência encarrega-se da organização do envio desses medicamentos.

**Ficará a cargo da Pessoa Segura o custo total do serviço.**

**10.Regresso antecipado da Pessoa Segura**

Se, no decurso de uma Viagem, falecer em Portugal o cônjuge, ou pessoa com quem coabite em termos de permanência, um seu ascendente ou descendente até ao 1º grau, adotados, irmãos, sogros ou cunhados da Pessoa Segura, e no caso do meio utilizado para a sua Viagem ou bilhete adquirido não lhe permitir a antecipação do regresso, o Serviço de Assistência suporta as despesas com o transporte de regresso, desde o local de estadia até ao Domicílio ou até ao local de inumação em Portugal.

Esta garantia está ainda prevista, no caso de um dos familiares da Pessoa Segura referidos no ponto supra sofrer um Acidente ou Doença, em Portugal, cuja gravidade, a confirmar pela equipa médica do Serviço de Assistência, depois de contacto com o médico assistente, exija a sua presença urgente e imperiosa.

**11.Supervisão de menores**

Se a Pessoa Segura que tenha a seu cargo a guarda de um menor com idade inferior a 16 anos morrer ou for hospitalizada, na sequência de Acidente ou Doença, ocorrido e declarado, no decurso de uma Viagem, o Serviço de Assistência garante os custos de transporte de ida e volta para um familiar a partir de Portugal que possa ocupar-se do regresso daquele menor ao seu Domicílio, suportando também este regresso se não puder ser realizado pelos meios inicialmente previstos.

**12.Transporte de bagagens pessoais**

Na sequência de furto, roubo, extravio das bagagens pessoais

ou em caso de repatriamento da Pessoa Segura, o Serviço de Assistência organiza e suporta o custo do transporte das suas bagagens pessoais recuperadas até ao local onde aquela se encontre ou até ao seu Domicílio desde que se encontrem devidamente embaladas e em condições de transporte.

O peso máximo das bagagens fica sujeito ao limite imposto pelas diversas companhias áreas ou rodoviárias.

**13. Exclusoes específicas das garantias para assistência em viagem ao estrangeiro**

**Para além das exclusões previstas nas Condições Gerais, ficam igualmente excluídos os encargos ou prestações relacionadas com:**

**a) Acontecimentos não participados ao Serviço de Assistência no momento imediato em que ocorreram, salvo em casos de força maior ou impossibilidade material demonstrada;**

**b) Atrasos ou negligência imputáveis à Pessoa Segura no recurso à assistência médica;**

**c) Operações de salvamento;**

**d) Alojamento inicialmente previsto e alimentação;**

**e) Despesas médicas, cirúrgicas, farmacêuticas e de hospitalização em Portugal;**

**f) Intervenções cirúrgicas não urgentes;**

**g) Recusa ou incumprimento dos tratamentos prescritos;**

**h) Despesas de medicina preventiva, vacinas ou similares;**

**i) Despesas de medicina alternativa ou curas tradicionais;**

**j) Fisioterapia não urgente, curas termais, de repouso, tratamentos estéticos e checkups;**

**k) Doença crónica ou pré-existente;**

**l) Recorrência ou consequência de doença anteriormente diagnosticada;**

| | |
|---|---|
| **m) Doenças e perturbações mentais;** | **Limites aplicáveis, por Viagem / Pessoa Segura, às diversas garantias:** |
| **n) Lesões resultantes de intervenções cirúrgicas ou outros atos médicos não motivados por sinistro garantido pelo contrato;** | **Pagamento de despesas médicas, cirúrgicas, farmacêuticas e de hospitalização no Estrangeiro**<br>***Valor máximo indemnizável: € 3.500*** |
| **o) Assistência médica do foro da estomatologia, salvo tratamento provisório de traumatologia oral;** | |
| **p) Urna, funeral e cerimónia fúnebre;** | |
| **q) Próteses, bengalas, muletas (canadianas) e qualquer outro tipo de material ortopédico, óculos, lentes de contacto, implantes e similares;** | **Acompanhamento da Pessoa Segura hospitalizada**<br>***Valor máximo indemnizável:***<br>***Transporte: Ilimitado***<br>***Estadia: € 60 / Máximo: € 600*** |
| **r) Bagagem que não respeite os requisitos estipulados;** | |
| **s) Furto ou roubo que não tenham sido participados às autoridades no prazo de 24 horas e confirmados por escrito.** | **Transporte de ida e volta para familiar e respetiva estadia**<br>***Valor máximo indemnizável:***<br>***Transporte: Ilimitado***<br>***Estadia: € 60 / Máximo: € 600*** |
| **14.Limites de capital específicos das garantias para assistência em viagem ao estrangeiro** | |

**Prolongamento de estadia em hotel**

***Valor máximo indemnizável:***

***Transporte: Ilimitado***

***Estadia: € 60 / Máximo: € 600***

**Repatriamento ou transporte sanitário de feridos ou doentes e vigilância médica**

***Valor máximo indemnizável:***

***Transporte: Ilimitado***

**Acompanhamento durante o transporte ou repatriamento sanitário**

***Valor máximo indemnizável:***

***Transporte: Ilimitado***

**Repatriamento ou Transporte após morte da Pessoa Segura**

***Valor máximo indemnizável:***

***Transporte: Ilimitado***

***Estadia: € 60 / Máximo: € 600***

**Adiantamento de fundos no Estrangeiro**

***Valor máximo indemnizável: € 750***

**Localização e envio de medicamentos de urgência para o Estrangeiro**

***Acesso ao Serviço: Ilimitado***

**Regresso antecipado da Pessoa Segura**

***Valor máximo indemnizável:***

***Transporte: Ilimitado***

**Supervisão de menores**

***Valor máximo indemnizável:***

***Transporte: Ilimitado***

**Transporte de bagagens pessoais**

***Limite imposto pelas diversas companhias áreas ou rodoviárias***

## 8.2. Garantias de Assistencia ao domicílio

**1. Follow-up em caso de hospitalização no Estrangeiro**

No seguimento do acionamento da garantia 1. "Pagamento de despesas médicas, cirúrgicas, farmacêuticas e de hospitalização no Estrangeiro", o Serviço de Assistência, mediante solicitação da Pessoa Segura ou de outra por esta expressamente indicada, prestará informações não clínicas, relativamente à evolução do processo de assistência.

**2. Envio de médico ao Domicílio**

Mediante solicitação da Pessoa Segura, o Serviço de Assistência garante o envio ao Domicílio de um médico de medicina geral e familiar, para consulta e eventual aconselhamento da Pessoa Segura, quanto à orientação a seguir.

**O custo da primeira deslocação por ocorrência será por conta do Serviço de Assistência, correndo os restantes encargos, nomeadamente consultas, eventuais tratamentos prescritos bem como as restantes deslocações, por conta da Pessoa Segura, até aos Limites de Capital fixados na Apólice.**

**3. Apoio Pessoal Domiciliário**

Em caso de acamamento da Pessoa Segura por motivo de Acidente ou Doença que torne impossível a locomoção desta, mediante prescrição médica, o Serviço de Assistência envia ao Domicílio um profissional para prestar serviço de apoio domiciliário durante a sua recuperação e até ao Limite de Capital fixado na Apólice.

Este serviço de apoio domiciliário prevê os seguintes serviços:

- Preparação das refeições;
- Cuidados de higiene diária, imagem e conforto;
- Acompanhamento em deslocações;
- Estimulação da mobilidade e autonomia física;
- Acompanhamento e conversação;

- Supervisão e lembrança da medicação;
- Tratamento de roupa;
- Serviço de limpeza.

**Este serviço deverá ser solicitado com a antecedência mínima de 24 (vinte e quatro) horas e poderá ser solicitado entre as 09h00 e as 21h00, de segunda a sexta-feira.**

**4. Transporte de ida e volta para escola ou centro de atividades**

Em caso de Sinistro que impossibilite a locomoção autónoma da Pessoa Segura menor de 16 anos, bem como a sua deslocação pelos meios habituais para a escola ou centro de atividades extra-curriculares, o Serviço de Assistência, organizará até ao Limite de Capital fixado na Apólice, o transporte da Pessoa Segura do Domicílio para os locais supra referidos e respetivo regresso desde que devidamente acompanhado por um maior designado.

**5. Guarda ou Estadia do Animal Seguro em caso de internamento da Pessoa Segura**

Se a Pessoa Segura necessitar de internamento hospital, ficando o Domicílio desabitado, o Serviço de Assistência suportará até ao Limite de Capital fixado na Apólice, a guarda do Animal Seguro em estabelecimento adequado.

**Não ficará a cargo do Serviço de Assistência os gastos com alimentação, higiene ou outros.**

**Esta garantia prevê um Período de Carência de 30 dias após o início da Apólice.**

**6. Envio de profissional de enfermagem**

Em caso de acamamento da Pessoa Segura e mediante prescrição médica, e mediante solicitação desta, o Serviço de Assistência enviará ao Domicílio um profissional de enfermagem até aos Limites de Capital fixados na Apólice.

**7. Envio de medicamentos ao Domicílio**

Mediante prescrição médica, o Serviço de Assistência organizará o envio de medicamentos ao Domicílio,

ficando o custo total do serviço a cargo da Pessoa Segura.

**8. Exclusoes específicas das garantias de assitencia ao domicílio**

**Para além das exclusões previstas nas Condições Gerais, não estão cobertas por este contrato:**

**a) Ações de salvamento, assistência médica primária e primeiro transporte medicalizado, sempre que existam e possam ser acionados meios públicos para o efeito;**

**b) As despesas relativas a tratamentos médicos ou de enfermagem continuados.**

**9. Limites de capital específicos das garantias de assitência ao domicilio**

**Limites aplicáveis, por Sinistro / Pessoa Segura / às diversas garantias:**

**Envio de médico ao Domicílio**

***Valor máximo indemnizável:***

***Deslocação por Sinistro: Ilimitado***

***Copagamento a cargo da Pessoa Segura: € 25***

**Apoio Pessoal Domiciliário**

***Valor máximo indemnizável: 72 horas / Anuidade***

**Transporte ida e regresso escola ou centro de atividades**

***Valor máximo indemnizável:***

***Transporte: Ilimitado***

**Guarda ou Estadia do Animal Seguro em caso de internamento da Pessoa Segura**

***Valor máximo indemnizável: € 150***

***Transporte: Ilimitado / num raio de 50 km***

Período de carência de 30 dias

**Envio de profissional de enfermagem**

***Valor máximo indemnizável:***

***€ 60 que inclui deslocação e ato de enfermagem***

***Restante valor a cargo da Pessoa Segura***

***Máximo: € 600 / Anuidade***

**Envio de medicamentos ao Domicílio**

***Acesso ao Serviço: Ilimitado***

## 8.3. Segunda opiniao médica

Em caso de Sinistro do qual resulte a formulação de um diagnóstico ou delineada uma abordagem terapêutica face ao estado de saúde da Pessoa Segura, e se esta pretender solicitar algum esclarecimento adicional ou uma segunda avaliação clínica, o Serviço de Assistência, através da sua equipa médica, emitirá uma segunda opinião.

A Pessoa Segura deverá fornecer todas as informações e relatórios que lhe sejam solicitados a propósito do estado de saúde em que se encontra.

**Esta garantia só poderá ser acionada nos casos de diagnóstico de Doenças Graves e/ou prescrição de intervenções cirúrgicas de alta complexidade.**

Após a emissão da segunda opinião médica, a equipa médica do Serviço de Assistência ficará disponível para qualquer esclarecimento que a Pessoa Segura considere necessário.

**1. Limites de capital da garantia de segunda opiniao médica**

**Limites aplicáveis, por Sinistro / Pessoa Segura:**

**Segunda Opinião Médica**

***Acesso ao Serviço: Ilimitado***

## ESTOMATOLOGIA E MEDICINA DENTÁRIA

### Cláusula 1 - Âmbito de Cobertura

**1. Rede de Estomatologia Ampliada**

Quando tiver sido contratada e assim se indique expressamente

nas Condições Particulares, fica garantido, nos termos e limites estabelecidos nessas Condições Particulares, o acesso pela Pessoa Segura, em regime de prestações convencionadas, à Rede de Prestadores de Serviços Clínicos Dentários para consultas ou tratamentos da área estomatológica ou maxilofacial, sendo o pagamento dos serviços não gratuitos, da responsabilidade do cliente.

A Pessoa Segura poderá consultar os valores previstos na tabela de preços convencionada para medicina dentária e estomatologia, através da consulta da hiperligação disponível nas Condições Particulares.

## 2. Prestações Compensatórias

Quando assim esteja expressamente previsto nas Condições Particulares, poderá também ser garantido o pagamento das despesas de hospitalização, consultas ou tratamentos da área estomatológica ou maxilofacial em regime de prestações Compensatórias (por reembolso), nos termos e com os limites fixados nas Condições Particulares, concretamente:

a) Cirurgia efetuada em regime de ambulatório, em hospital ou clínica,

b) Tratamentos ambulatórios e outros atos clínicos, desde que sejam prescritos por um estomatologista;

c) Testes diagnósticos complementares, desde que sejam prescritos por um médico especializado em estomatologia, odontologia ou cirurgia maxilofacial;

d) Limpezas dentárias;

e) Próteses dentárias;

f) Ortodontia;

g) Serviços de enfermagem (não privados), se aplicáveis, em caso de cirurgias efetuadas em regime ambulatório.

Estabelece-se ainda que os gastos incorridos na Rede de Estomatologia Ampliada poderão, igualmente, ser objeto de Reembolso em Regime de Prestações Indemnizatórias.

Os Capitais, Comparticipações, Reembolsos, Franquias e Copagamentos são estabelecidos nas Condições

Particulares.

## Cláusula 2 - Exclusões

Sem prejuízo das exclusões previstas nas Condições Gerais aplicáveis a esta cobertura, não ficará garantido o pagamento de:

a) **Despesas relacionadas com o branqueamento dentário, facetas dentárias e qualquer tratamento estético;**

b) **Despesas efetuadas a título de taxas moderadoras**

c) **Despesas relativas a materiais preciosos.**

## Cláusula 3 - Carencias

A cobertura de Estomatologia e Medicina Dentária, em regime de Prestações Indemnizatórias, está sujeita a um Período de Carência de 60 dias.

# CUSTOS DE PRÓTESES E ORTÓTESES

## Cláusula 1 - Âmbito de Cobertura

1. A presente Condição Especial, se subscrita e expressamente indicada nas Condições Particulares, garante o pagamento dos custos suportados pela Pessoa Segura, ao abrigo do regime de prestações convencionadas ou compensatórias, com a aquisição de próteses e ortóteses, desde que tenham sido prescritas por um médico ou por um optometrista, no caso de óculos e lentes de contacto graduadas:

a) Aquisição de armações e respetivas lentes, desde que graduadas;

b) Aquisição de lentes de contacto, desde que graduadas;

c) Aquisição de próteses ou ortóteses auditivas, oftalmológicas e ortopédicas exceto calçado ortopédico. Neste último caso o reembolso incide exclusivamente sobre a correção efetuada no calçado;

d) Aluguer ou aquisição de cadeiras de rodas, camas articuladas e outros equipamentos auxiliares, desde que o valor do aluguer não exceda o valor da aquisição.

e) Perucas e soutiens de suporte de mastectomia, na sequência de doença

oncológica (maligna) que tenha ocorrido na vigência do Contrato.

As despesas relativas às próteses oftalmológicas serão objeto de reembolso de acordo com as seguintes condições:

a) **Com variação de graduação:** serão cobertas a cada dois anos de contrato, salvo alterações de graduação superiores a 0,5 dioptrias em relação à prescrição anterior, e quando exista prescrição médica, podendo o reembolso ser efetuado anualmente.

b) **Sem variação de graduação:** serão reembolsadas após decorridos dois (2) anos desde a aquisição anterior, mesmo que não haja alteração da graduação. As lentes de contacto descartáveis serão reembolsáveis, independentemente do seu número, até ao limite anual do capital previsto nas Condições Particulares da apólice.

c) **Menores até aos 16 anos, inclusive:** serão reembolsadas quando a receita médica indicar expressamente a necessidade de substituição por motivo de crescimento, mesmo que não haja alteração da graduação

2. Os Capitais Seguros , Comparticipações, Reembolsos, Franquias e Copagamentos são os estabelecidos nas Condições Particulares.

## Cláusula 2 – Definições

Para efeitos da presente Condição Especial, considera-se:

**Prótese:** Dispositivo médico clinicamente concebido para substituir total ou parcialmente um órgão ou membro.

**Ortótese:** Dispositivo médico externo clinicamente concebido para ajudar a modificar ou corrigir a função de um órgão, sem a substituir.

## Cláusula 3 - Carências

A cobertura está sujeita a um período de carência de 60 dias a partir da contratação, aplicável em regime de Prestações Compensatórias.

## Cláusula 4 – Exclusões

**Sem prejuízo das exclusões previstas nas Condições Gerais aplicáveis a esta cobertura, esta Condição Especial não garante o reembolso dos custos referentes a:**

a) **Óculos de sol com graduação inferior a quatro (4) dioptrias;**

b) **Próteses dentárias;**

c) **Aquisição de collants, meias elásticas e cintas ortopédicas, bem como qualquer outro produto utilizado para o tratamento de varizes;**

d) **Colchões e almofadas ortopédicas;**

e) **Perda, furto, roubo ou quebra de óculos ou lentes, exceto quando for consequência de um Acidente coberto pela apólice mediante apresentação de um relatório médico sobre as lesões físicas manifestadas;**

f) **Calçado ortopédico (exceto a correção prescrita).**