

CONDIÇÕES GERAIS

Artigo Preliminar

1. Entre a Real Vida Seguros, S.A., adiante designada abreviadamente por Segurador, e o Tomador do Seguro identificado nas Condições Particulares, é celebrado o presente contrato de seguro que se regula pelas presentes Condições Gerais, pelas Condições Particulares, e ainda, se contratadas, pelas Condições Especiais, todas desta apólice.
2. Todas as condições desta apólice são contratadas em harmonia e conformidade com as declarações constantes da Proposta de Seguro, que lhe serviu de base e com a documentação de carácter clínico necessária à aceitação dos riscos por parte do Segurador, e é parte integrante daquela, registadas no sistema informático da Real Vida Seguros, S.A., seja em suporte físico ou digital por parte do Tomador do Seguro, seja por parte do Mediador de Seguros.
3. As Condições Especiais, caso existam e sejam contratualizadas, prevêm regimes específicos para as coberturas previstas nas presentes Condições Gerais ou a cobertura de outros riscos e/ou garantias além dos nestas previstos, sendo os mesmos devidamente identificados nas Condições Particulares.

ARTIGO 1.º DEFINIÇÕES

1. Para efeitos do presente contrato, e/ou sempre que necessário para auxílio no relacionamento entre o Segurador e o Tomador do Seguro, e quando aplicável, entende-se por:

Acidente: O acontecimento fortuito provocado por uma causa súbita, externa e violenta, alheia à Pessoa Segura e que nesta produza lesões corporais que possam ser clinicamente constatadas;

Acta Adicional: Documento escrito que titula a alteração de uma Apólice;

Apólice: Documento que titula o contrato de seguro celebrado entre o Tomador do Seguro e o Segurador, constituído pelas respectivas Condições Gerais, Especiais, caso existam, e Particulares, pela Proposta de Seguro, bem como as posteriores Actas Adicionais;

Beneficiário: Pessoa singular ou colectiva definida nas Condições Particulares a favor de quem reverte a prestação do Segurador, quando seja devida e decorrente do contrato de seguro;

Capital Seguro: Valor máximo, definido nas Condições Particulares, que o Segurador paga em caso de sinistro;

Cartão de Saúde: Cartão pessoal e intransmissível, físico ou

digital, que identifica a Pessoa Segura e permite o acesso às garantias estabelecidas no presente contrato, devendo ser apresentado juntamente com um documento de identificação com fotografia. O cartão de saúde apresentará o logotipo da entidade gestora de saúde, com a designação RNA Medical.

Co-pagamento: Valor que fica a cargo da Pessoa Segura, paga directamente ao prestador e cujo montante ou percentagem se encontra estipulado nas Condições Particulares ou Especiais, por cada utilização na Rede.

Condições Especiais: Disposições que complementam, especificam e esclarecem as Condições Gerais, prevalecendo sobre estas na interpretação dos termos contratuais;

Condições Gerais: Princípios e disposições gerais contratuais, que definem o seu enquadramento e se aplicam a todos os contratos de seguro inerentes a um mesmo ramo, modalidade ou operação;

Condições Particulares: Cláusulas que são acrescentadas e que visam completar ou, até, modificar as Condições Gerais e Especiais de um contrato, dando-lhe um cariz particular, e que expressam os respectivos elementos específicos, precisando, entre outros, o seu início e duração, o(s) período(s) de carência, o(s) risco(s) coberto(s), o(s) capital(is) seguro(s), a(s) franquias(s), o(s) co-pagamento(s), o prémio, o Tomador do Seguro, a(s) Pessoa(s) Segura(s) e o(s) Beneficiário(s);

Despesas Médicas – Gastos realizados pela Pessoa Segura para aquisição de bens ou de Serviços Clinicamente Necessários para o tratamento de Doença ou Lesão garantidos pela Apólice.

Doença: Toda a alteração involuntária do estado de saúde da Pessoa Segura, não causada por acidente, que origine a necessidade de tratamento médico ou cirúrgico clinicamente comprovado;

Domicílio: O local onde a Pessoa Segura reside habitualmente em Portugal, com estabilidade e continuidade e onde tem instalada e organizada a sua economia doméstica.

Emergência: Situação súbita e imprevista onde a vida, a saúde, a propriedade ou o meio ambiente enfrentam uma ameaça imediata.

Estorno: Devolução ao Tomador do Seguro de uma parte do prémio de seguro já pago;

Hospital: Estabelecimento público ou privado, oficialmente reconhecido como tal, qualquer que seja a sua designação (nomeadamente as de hospital particular ou clínica), destinado ao tratamento de doentes e acidentados, que disponha

permanentemente de assistência médica, de enfermagem e cirúrgica. Excluem-se, expressamente, casas de repouso e de convalescença, bem como termas, lares de terceira idade, centros de tratamento de toxicodependentes e alcoólatras, e outras instituições similares.

Lesão: Alteração involuntária do estado de saúde, morfológica ou funcional, causada por acidente, clínica e objetivamente comprovada.

Médico: O licenciado ou titular de um mestrado integrado por uma Faculdade de Medicina legalmente autorizado a exercer a sua profissão no país onde o ato médico tiver lugar, e inscrito na Ordem dos Médicos ou organismo equivalente nesse país. Excluem-se expressamente a Pessoa Segura ou qualquer membro da sua família.

Pessoa Segura: A pessoa mencionada nas Condições Particulares cuja vida, saúde ou integridade física se seguram e no interesse da qual o contrato é celebrado;

Prémio: Preço pago pelo Tomador do Seguro ao Segurador pela contratação do seguro como contrapartida das garantias cobertas pela Apólice e que inclui os custos de aquisição, emissão, administração do contrato, cobrança, cargas fiscais e para-fiscais;

Pré-Existência: Toda a patologia, lesão ou deficiência de que a Pessoa Segura seja portadora à data início do contrato;

Proposta de Seguro: Documento escrito ou declaração prestada por meio de gravação telefónica através do qual um proponente singular declara perante o Segurador que pretende subscrever um contrato de seguro, indica os dados individuais, presta todas as informações necessárias à avaliação do risco, confirma ter tomado conhecimento de todas as informações pré-contratuais obrigatórias e consente expressamente na celebração do contrato, devendo ser subscrita por candidatos a Tomador do Seguro e Pessoa Segura, indicando os seus dados individuais necessários à avaliação do risco;

Segurador: Real Vida Seguros, S.A., entidade legalmente autorizada a exercer a actividade seguradora de seguro directo e de resseguro dos ramos vida, doença e acidentes pessoais, com a amplitude permitida por Lei e que celebra, com o Tomador do Seguro, o contrato de seguro, assumindo a cobertura dos riscos contratados;

Serviço de Apoio ao Cliente: Serviço através do qual o Tomador do Seguro e as Pessoas Seguras podem obter os esclarecimentos que necessitarem;

Sinistro/Ocorrência: O evento ou série de eventos resultantes de uma mesma causa, susceptível de desencadear o accionamento das garantias do contrato de seguro.

Tomador do Seguro: A pessoa singular que celebra o contrato de seguro com o Segurador, sendo responsável pelo pagamento do respectivo prémio.

RNA Assistência: Entidade designada por Gestora de Serviços de Saúde que, por conta do Segurador, organiza a Rede de Prestadores e responsável pela prestação do Serviço de Assistência.

RNA Medical: Marca que designa a Rede de Assistência Médica da entidade Gestora de Saúde.

Serviços de Assistência: Serviço executado por entidade que organiza e presta, por conta do Segurador, as garantias concedidas do presente contrato de seguro, quer revistam carácter pecuniário, quer se trate da prestação de serviços.

Serviços Médicos: Serviços de cuidados de saúde, garantidos pelo presente Contrato de Seguro, prestados na Rede Médica convencionada, em que a Pessoa Segura, suporta na totalidade os respetivos custos, nos termos do disposto nas Condições Particulares.

Urgência: Situação que, não apresentando um risco imediato de vida, pode eventualmente transformar-se em situação de emergência se não for solucionada rapidamente.

2. Para efeitos, ainda, do presente contrato, e/ou sempre que necessário para auxílio no relacionamento entre o Segurador e o Tomador do Seguro, e quando aplicável, serão supletivamente utilizadas as definições e conceitos estabelecidos em diplomas especificamente e unicamente relacionados com a actividade seguradora.

3. Sempre que a interpretação do texto o permita e se assim se tornar necessário, o masculino será considerado como o feminino, e o singular será considerado como o plural, e vice-versa em ambos os casos.

4. Quando a natureza do contrato o permita, em conformidade com a proposta de seguro e condições particulares da apólice, poderão reunir-se na mesma pessoa duas ou todas as qualidades de Tomador do Seguro, Pessoa Segura e Beneficiário.

ARTIGO 2.º

ÂMBITO DO SEGURO

1. O seguro garante a cobertura dos riscos identificados nas Condições Particulares.

2. Para além da cobertura principal de Morte, está abrangida por esta apólice a cobertura complementar de Doenças Graves da Pessoa Segura, se ocorridas durante o prazo de vigência da respectiva adesão, sem prejuízo dos limites que venham a ser estabelecidos pelo Segurador nas respectivas Condições Especiais e Condições Particulares.

3. Estão ainda abrangidos por esta apólice os serviços de assistência na saúde designadamente, Consulta Médica Online, Envio de Médico ao Domicílio e Check-Up Anual, nos termos indicados nas respectivas Condições Especiais.

4. O seguro vigora sobre uma Pessoa Segura.

5. Os riscos estão cobertos em qualquer parte do mundo, salvo convenção em contrário constante das Condições Particulares, considerando:

a) As deslocações efectuadas para zonas geográficas consideradas de alto risco político ou de guerra deverão ser sempre comunicadas ao Segurador, previamente ao início da viagem, para avaliação e aceitação do risco. Os riscos políticos ou de guerra não serão em caso algum aceites quando a Pessoa Segura fizer voluntária ou obrigatoriamente, parte das forças armadas ou assimiladas, formações paramilitares paramilitares ou participar em missões de paz no estrangeiro, em operações de guerra ou hostilidade de qualquer natureza. São consideradas zonas geográficas de risco qualquer país ou região que se encontre em conflito político ou social.

b) A estadia fora do território nacional que tiver duração superior ou igual a 60 dias obriga, previamente ao início de qualquer deslocação, à comunicação ao Segurador para avaliação e aceitação do risco, quando o local de destino não se enquadrar numa das seguintes áreas geográficas: União Europeia, Suíça, Canadá, Estados Unidos da América, Japão e Oceânia.

ARTIGO 3.º **EXCLUSÕES APLICÁVEIS**

1. O seguro não garante a cobertura do risco quando este resulte de alguma das seguintes circunstâncias:

- a) Actos ou omissões dolosos ou praticados com negligência grave pela Pessoa Segura, Tomador do Seguro ou Beneficiário, bem como por aqueles pelos quais sejam civilmente responsáveis;
- b) Actos ou omissões da Pessoa Segura quando esta apresente evidência de consumo de álcool com um grau de alcoolémia no sangue superior à taxa legalmente em vigor à data do sinistro, drogas, ou de estupefacientes fora de prescrição médica;
- c) Participação activa da Pessoa Segura em assaltos, greves, tumultos, sabotagem, rebelião;
- d) Participação activa da Pessoa Segura em actos de terrorismo, como tal considerados pela legislação penal portuguesa;
- e) Suicídio ocorrido até 2 anos após o início do contrato, da sua reposição em vigor, aumento de capital ou inclusão de coberturas.

2. Salvo convenção em contrário nas Condições Particulares, o seguro não garante a cobertura do risco quando este resulte de alguma das seguintes

circunstâncias:

- a) Acidentes, doenças, lesões, deformidades ou sequelas pré-existentes, diagnosticadas antes da entrada em vigor do contrato, ainda que as consequências das mesmas persistam, se manifestem ou determinem durante a vigência do mesmo;
- b) Participação como condutor ou passageiro em provas desportivas e respectivos treinos, que envolvam a utilização de qualquer veículo motorizado ou não;
- c) Prática das seguintes actividades:
 - (i) Alpinismo, escalada, montanhismo e espeleologia;
 - (ii) Artes marciais e desportos de combate;
 - (iii) Desportos aéreos, paraquedismo, parapente, queda livre, skydiving, skysurfing, base jumping e saltos ou saltos invertidos com mecanismo de suspensão corporal (bungee jumping);
 - (iv) Desportos de Inverno, nomeadamente bobsleigh, saltos de esqui, prática de esqui, snowbord, snowblade, hóquei no gelo;
 - (v) Motonáutica;
 - (vi) Descida em rappel ou slide, descida de correntes originadas por desníveis nos cursos de água (rafting, canyoning, canoagem), parkour;
 - (vii) Caça grossa, caça submarina, imersões submarinas com auxiliares de respiração, tauromaquia;
 - (viii) Prática profissional de desportos ou ainda da participação como amador em provas desportivas integradas em campeonatos oficiais e respectivos treinos.

d) Pilotagem ou utilização como passageiro, de aeronaves que não sejam as de carreiras comerciais devidamente reconhecidas pela Comissão Europeia, Regulamento (CE) nº 474/2006;

e) Fenómenos catastróficos tais como tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas, inundações, queda de raio ou outros, e respectivas consequências;

f) Explosão ou quaisquer outros fenómenos, directa ou indirectamente, relacionados com a desintegração ou fusão de núcleos de átomos, bem como os efeitos da contaminação radioactiva;

g) Doença ou acidente motivados por riscos políticos e riscos de guerra.

3. Quando, no início ou no decurso da anuidade, for solicitada a inclusão de algum dos riscos referidos no ponto 2, e o mesmo seja aceite pelo Segurador, haverá lugar ao pagamento de um prémio adicional por parte do Tomador do Seguro.

ARTIGO 4.º **INÍCIO E DURAÇÃO DO CONTRATO**

1. O contrato produz os seus efeitos a partir das zero horas da data constante das Condições Particulares.

2. O contrato é celebrado por um ano a continuar pelos

anos seguintes e prorroga-se sucessivamente por novos períodos de um ano, salvo se for denunciado por qualquer uma das partes ou se não for pago o prémio.

3. O presente contrato é anual e será automática e sucessivamente renovado por períodos de um ano, com expressa reserva de que a idade limite da Pessoa Segura não pode nunca ser superior a 64 (sessenta e quatro) anos.

ARTIGO 5.º

INEXACTIDÃO DA DECLARAÇÃO INICIAL DO RISCO

1. Compete ao Tomador do Seguro e à Pessoa Segura declarar com exactidão o risco a segurar. A inexactidão na declaração inicial do risco pode provocar a modificação ou a cessação do contrato.

2. Caso se verifique que, por negligência do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura, o risco não tenha sido declarado com exactidão, o Segurador pode, sem prejuízo dos direitos do beneficiário aceite, no prazo de 3 meses a contar do respectivo conhecimento:

a) **Propor a modificação do contrato;**

b) **Fazer cessar o contrato, desde que demonstre que não celebra seguros para a cobertura dos riscos relacionados com o facto omitido ou declarado inexactamente.**

3. Havendo modificação do contrato, o Segurador cobre os sinistros ocorridos anteriormente à modificação cuja verificação ou consequências tenham sido influenciadas por facto relativamente ao qual tenha havido omissões ou inexactidões negligentes, mas apenas na proporção da diferença entre o prémio pago e o prémio que seria devido se, aquando da celebração do contrato, tivesse conhecido o facto omitido ou declarado inexactamente.

4. Havendo cessação do contrato, o Segurador não cobre os sinistros ocorridos antes da cessação, cuja verificação ou consequências tenham sido influenciadas por facto relativamente ao qual tenha havido omissões ou inexactidões negligentes.

5. Caso se verifique que, por dolo do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura, o risco não tenha sido declarado com exactidão, o Segurador pode declarar a anulação do contrato, a qual deve ser transmitida ao Tomador do Seguro dentro de 3 meses a contar do respectivo conhecimento.

Neste caso, o Segurador não responde por sinistro ocorrido antes do conhecimento da inexactidão nem durante o decurso do referido prazo de 3 meses, tendo, contudo, direito ao prémio devido até à declaração de anulação. Contudo, se o dolo tiver tido o propósito de obtenção de uma vantagem, o Segurador tem direito ao prémio devido até ao termo do contrato.

ARTIGO 6.º

INCONTESTABILIDADE

O Segurador não se pode prevalecer de omissões ou

inexactidões negligentes na declaração inicial do risco decorridos 2 anos sobre a celebração do contrato, salvo no que respeita às coberturas de acidente.

ARTIGO 7.º

AGRAVAMENTO DO RISCO

1. Compete ao Tomador do Seguro e à Pessoa Segura (se diferentes) comunicar o agravamento do risco ao Segurador, no prazo de 14 dias a partir do conhecimento dos factos, salvo se estes resultarem de agravamento do estado de saúde da Pessoa Segura. O agravamento do risco durante a vigência do contrato, pode provocar a modificação ou a cessação do contrato.

2. Podem agravar o risco assumido pelo Segurador, as seguintes circunstâncias:

a) Mudança da actividade profissional, ocupacional e desportiva da Pessoa Segura;

b) Mudança de residência da Pessoa Segura.

3. Caso se verifique um agravamento do risco, o Segurador pode:

a) **Propor a modificação do contrato no prazo de 30 dias a contar do momento em que dele teve conhecimento.**

Neste caso, o Tomador do Seguro ou a Pessoa Segura dispõe de 30 dias para aceitar ou recusar a modificação proposta, a qual se considera aceite no fim deste prazo;
b) **Fazer cessar o contrato no prazo de 30 dias a contar do conhecimento do agravamento, desde que demonstre que não celebra contratos que cubram riscos com as características resultantes desse agravamento.**

4. Se ocorrer um sinistro antes da alteração ou da cessação do contrato, cuja verificação ou consequência tenha sido influenciada pelo agravamento do risco, o Segurador:

a) **Cobre o risco** se o agravamento tiver sido correctamente comunicado antes do sinistro ou antes do fim do prazo de 14 dias supra referido, excepto se demonstrar que não celebra contratos que cubram riscos com as características resultantes desse agravamento;

b) **Cobre parcialmente o risco**, reduzindo-se a indemnização na proporção entre o prémio pago e aquele que seria devido em função das reais circunstâncias do risco, se o agravamento não tiver sido correctamente comunicado antes do sinistro, excepto se demonstrar que não celebra contratos que cubram riscos com as características resultantes desse agravamento;

c) **Recusará a cobertura se o Tomador do Seguro ou a Pessoa Segura** tiverem agido com dolo com o propósito de obter uma vantagem, mantendo, contudo, o direito aos prémios vencidos.

ARTIGO 8.º

MODIFICAÇÃO DO CONTRATO

1. O contrato pode ser modificado por iniciativa do Segurador em caso de inexactidão da declaração inicial do risco devido a negligência do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura.

No entanto, se o Tomador do Seguro ou a Pessoa Segura não responder ou rejeitar a proposta de alteração apresentada pelo Segurador, o contrato cessa decorridos 20 dias após a sua recepção, sem prejuízo dos direitos do Beneficiário Aceitante.

2. O contrato pode ser modificado quando houver uma alteração superveniente do risco que o diminua ou agrave, nas seguintes condições:

- a) Por diminuição do risco: O Segurador reflectirá no prémio do contrato a diminuição inequívoca e duradoura do risco por si conhecida;
- b) Por agravamento do risco: O Segurador pode propor a modificação do contrato no prazo de 30 dias a contar do momento em que dele teve conhecimento.

Neste caso, o Tomador do Seguro ou a Pessoa Segura dispõe de 30 dias para aceitar ou recusar a modificação proposta, a qual se considera aceite no fim deste prazo.

ARTIGO 9.º

CESSAÇÃO DO CONTRATO

O presente contrato cessa:

- 1. Na data em que se verifique o pagamento do Capital Seguro.
- 2. Por falta de pagamento do prémio.
- 3. Na data de vencimento da anuidade em que a Pessoa Segura atinja a idade prevista para a cobertura de Morte.
- 4. Por iniciativa do Tomador do Seguro:
 - a) Por denúncia com antecedência mínima de 30 dias em relação à data de renovação do contrato;
 - b) Com justa causa, a todo o tempo;
 - c) Quando ocorra uma diminuição do risco que deva ser reflectida no prémio e o Segurador o não faça ou quando não concorde com o novo prémio proposto.
 - d) Sem ter que invocar justa causa, sendo pessoa singular, até 30 dias após a data da recepção da apólice, mediante comunicação ao Segurador, efectuada por escrito, em suporte de papel ou outro meio duradouro disponível e acessível a este.

A cessação tem efeito retroactivo ao início do contrato e o Segurador tem direito ao valor do prémio calculado proporcionalmente ao tempo decorrido na medida em que tenha suportado o risco até à resolução do contrato, bem como ao montante das despesas razoáveis que tenha efectuado com exames médicos.

5. Por iniciativa do Segurador:

- a) Por denúncia com antecedência mínima de 30 dias em relação à data de renovação do contrato;
- b) Com justa causa, a todo o tempo;
- c) Por inexactidão da declaração inicial do risco devido a negligência do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura, desde que demonstre que não celebra contratos para a cobertura dos riscos relacionados com o facto omitido ou declarado inexactamente.

Neste caso, o contrato cessa 30 dias após o envio da

respectiva comunicação pelo Segurador;

d) Por inexactidão da declaração inicial do risco com dolo do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura. Neste caso, o Segurador tem direito ao prémio devido até ao final do prazo de 3 meses de que dispõe para fazer cessar o contrato, ou à totalidade do prémio devido até ao termo do contrato se o dolo tiver tido o propósito de obtenção de uma vantagem;

e) Por agravamento do risco, desde que demonstre que não celebra contratos que cubram riscos com as características resultantes desse agravamento.

6. As coberturas complementares que tenham sido contratadas cessam antecipadamente no termo da anuidade em que a Pessoa Segura atinja a idade limite prevista para as mesmas na respectiva Condição Especial.

ARTIGO 10.º

PRÉMIOS

- 1. O prémio do seguro é devido pelo Tomador do Seguro, nos termos e condições constantes nas Condições Particulares e vence-se na data início do período a que se refere.
- 2. O prémio é sempre estabelecido por períodos anuais.
- 3. Os prémios serão calculados de acordo com as tarifas do Segurador em vigor na data do início de vigência do contrato ou nas suas renovações, em função das idades actuariais, coberturas e capitais contratados. As tarifas e as bases técnicas utilizadas no cálculo dos prémios poderão ser actualizadas nas datas de renovação do contrato desde que justificadas em evidência estatística que demonstre uma alteração da tendência de sinistralidade. As alterações de tarifas e bases técnicas serão comunicadas ao Tomador do Seguro, com uma antecedência mínima de 30 dias em relação à data de renovação.
- 4. O Segurador pode facultar o pagamento dos prémios em fracções.
- 5. O Segurador avisará o Tomador do Seguro com uma antecedência mínima de 30 dias da data em que se vence o prémio.
- 6. Salvo disposição em contrário, a cobrança dos prémios será efectuada mensalmente através da conta Cartão Universo devidamente autorizado pelo Tomador do Seguro ou por outra forma prevista na lei ou nas Condições Particulares.
- 7. Os prémios serão alterados durante a vigência do contrato quando se verifique alteração do risco, capitais seguros, tarifas ou idades actuariais.
- 8. O prémio da cobertura de doenças graves será também alterado quando se verifique o agravamento do risco.

ARTIGO 11.º

FALTA DE PAGAMENTO DOS PRÉMIOS

- 1. O não pagamento dos prémios ou suas fracções

na data do seu vencimento, concede ao Segurador a faculdade de, nos termos legais, e após aviso por escrito ou por outro meio do qual fique registo duradouro para o domicílio do Tomador do Seguro, proceder à resolução do contrato sem prejuízo dos direitos que assistam ao Beneficiário Irrevogável.

A resolução será efectuada por escrito ou por outro meio do qual fique registo duradouro para o domicílio do Tomador do Seguro.

2. O Beneficiário designado de forma irrevogável será interpelado pelo Segurador, no prazo de 30 dias, para, querendo, substituir-se ao Tomador do Seguro no pagamento.

3. A utilização da faculdade concedida no número anterior não prejudica o direito do Segurador ao prémio ou fracções em dívida correspondentes ao período decorrido, acrescidos dos juros de mora legais.

4. O Tomador do Seguro dispõe da faculdade de repor o contrato em vigor nas condições originais e sem novo exame médico, se efectuar o pagamento do prémio em atraso dentro de 6 meses contados a partir da data em que se tenha verificado a resolução do contrato. A reposição em vigor ocorrerá no dia seguinte ao do pagamento do prémio respectivo.

ARTIGO 12.º

LIQUIDAÇÃO DAS IMPORTÂNCIAS SEGURAS

1. Obrigações do Segurador:

Pagar as indemnizações até ao 30º dia após o apuramento dos factos relativos à ocorrência do sinistro e das suas causas, circunstâncias e consequências e a entrega dos documentos respectivos.

Em caso de incumprimento, o Segurador incorrerá em mora, vencendo a indemnização juros à taxa legal em vigor.

2. Obrigações do Tomador do Seguro, da Pessoa Segura e do Beneficiário:

a) Participar o sinistro ao Segurador no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar daquele em que tenha conhecimento do mesmo;

b) Tomar as medidas ao seu alcance no sentido de evitar ou limitar as consequências do sinistro;

c) Entregar documentos comprovativos da identidade e qualidade de beneficiário ou de herdeiro com direito à indemnização.

Em caso de Morte deve ser apresentada a seguinte documentação:

- Certificado de óbito original ou autenticado;
- Se a morte for consequência de doença, enviar a médico designado pelo Segurador de declaração do médico assistente que especifique a causa, antecedentes e circunstâncias da morte, a data do diagnóstico, histórico da evolução da doença ou lesão;
- Se a morte for consequência de acidente, enviar a médico designado pelo Segurador o relatório da autópsia

da Pessoa Segura e auto de ocorrência incluindo os resultados dos testes toxicológicos e de alcoolémia.

3. O Segurador reserva-se o direito de solicitar outros elementos ou de proceder às averiguações que entender convenientes para melhor esclarecimento da natureza e extensão das suas responsabilidades. Para o efeito, a Pessoa Segura obriga-se a efectuar todos os exames que o segurador entender necessários, bem como autorizar o seu médico assistente, ou qualquer outro que o tenha assistido, a prestar as informações necessárias.

O incumprimento das obrigações referidas pode determinar a redução da prestação do Segurador ou, em caso de dolo, determinar a cessação da responsabilidade do Segurador.

4. Se houver diferença entre a idade da Pessoa Segura declarada na Apólice e a constante no Bilhete de Identidade/ Cartão de Cidadão, haverá lugar a correcção nas importâncias seguras de acordo com os prémios pagos, as idades exactas e a tarifa em vigor aquando da emissão da Apólice.

5. No acto da liquidação das importâncias seguras, o Segurador descontará as fracções de prémios devidas pelo Tomador do Seguro e referentes à anuidade em curso.

6. As importâncias seguras serão pagas ao Beneficiário designado ou, no caso de este já ter falecido, aos herdeiros legais da Pessoa Segura em partes iguais. Porém, se o Beneficiário tiver falecido depois de ter adquirido o direito às referidas importâncias ou se tiver sido designado de forma irrevogável, serão essas importâncias atribuídas aos seus herdeiros segundo as regras referidas.

7. Se o Beneficiário for menor, o Segurador depositará o capital, em nome daquele, na Instituição Bancária indicada pelo representante legal, em conta a prazo até à maioridade, depois de obter a quitação pelo legal representante.

8. Em caso de pluralidade de Beneficiários, o pagamento das importâncias devidas repartir-se-á em partes iguais, salvo se o contrário resultar de declaração expressa da Pessoa Segura, e será efectuada por quitação individual de cada um deles. A referida declaração só produzirá efeitos em relação ao Segurador a partir da data em que se tenha recebido a correspondente comunicação escrita.

ARTIGO 13.º

BENEFICIÁRIOS

1. Salvo disposto em contrário nas Condições Particulares o Tomador do Seguro designará os respectivos Beneficiários, podendo em qualquer momento alterar a cláusula beneficiária produzindo tal alteração efeitos a partir da data em que o Segurador tenha recebido a correspondente comunicação escrita. Esta alteração constará obrigatoriamente do respectivo documento adicional emitido pelo Segurador.

2. Na falta de indicação expressa de Beneficiário nas Condições Particulares, consideram-se como tal, em caso de Morte, os herdeiros legais da Pessoa Segura. O Beneficiário

do contrato nas restantes coberturas, salvo convenção em contrário constante nas Condições Particulares, é a Pessoa Segura.

3. O Tomador do Seguro, pode em qualquer momento designar ou substituir o Beneficiário, mas tal só produzirá efeito em relação ao Segurador a partir da data em que este tenha recebido a correspondente comunicação escrita.

4. O direito do Tomador do Seguro de proceder à substituição do Beneficiário cessa no momento em que este adquire o direito ao recebimento do Capital Seguro.

5. A designação do Beneficiário será considerada irrevogável sempre que, por escrito, o Beneficiário tenha aceite essa indicação, e o Tomador do Seguro tenha expressamente renunciado à sua alteração, e disso tenha sido dado conhecimento ao Segurador.

6. Sendo a designação do Beneficiário irrevogável, será necessária a prévia autorização do mesmo para que o Tomador do Seguro exerça o direito de modificar as condições contratuais que tenham incidência sobre os direitos daquele, assim como o Beneficiário só pode transmitir a sua posição, seja a que título for, com o acordo escrito do Tomador do Seguro.

7. O Tomador do Seguro readquire o direito pleno ao exercício dos direitos referidos no ponto anterior se o Beneficiário designado como irrevogável comunicar por escrito ao Segurador que deixou de ter interesse no benefício.

8. Todas as alterações à cláusula beneficiária serão consagradas em Acta Adicional.

ARTIGO 14.º

PARTICIPAÇÃO NOS RESULTADOS, REDUÇÃO E RESGATE

Esta modalidade não confere direito a participação nos resultados, nem a valores de redução ou resgate.

ARTIGO 15.º

COMUNICAÇÕES ENTRE AS PARTES

1. As comunicações e notificações enviadas ao Tomador do Seguro, à Pessoa Segura e ao Beneficiário para o último domicílio conhecido do Segurador, consideram-se efectuadas mesmo que a correspondência tenha sido devolvida, salvo se tiver havido erro na transcrição da morada.

2. Para efeitos deste contrato, serão considerados domicílio do Tomador do Seguro, da Pessoa Segura e Beneficiário, os indicados nas Condições Particulares ou, em caso de alteração, qualquer outro que, por escrito, tenha sido por aqueles comunicado ao Segurador, sendo que, em qualquer dos casos deve o domicílio situar-se em território português.

3. As comunicações e notificações do Tomador do Seguro, Pessoa Segura e Beneficiário, consideram-se válidas se efectuadas por escrito para a sede social do Segurador.

4. Em caso de extravio, furto ou destruição da Apólice, o

Tomador do Seguro ou a Pessoa Segura deverá comunicar tal facto por escrito ao Segurador.

ARTIGO 16.º

REGIME FISCAL

O contrato está sujeito ao regime fiscal português, nomeadamente às normas do CIRS e do CIRC, conforme o caso, e do Estatuto dos Benefícios Fiscais, desde que aplicáveis.

ARTIGO 17.º

PROVA CONVENCIONADA

O Tomador do Seguro e o Segurador acordam que todo e qualquer registo electrónico, bem como as gravações orais (assim como a sua transcrição escrita, caso exista), conservados pelo Segurador em suporte duradouro, serão aceites como prova das operações realizadas para a subscrição, modificação ou cessação do presente contrato

ARTIGO 18.º

RECLAMAÇÕES E ARBITRAGEM

1. O Segurador dispõe de uma unidade orgânica específica para receber, analisar e dar resposta a quaisquer reclamações relacionadas com o contrato ou com as obrigações e direitos dele decorrentes, podendo para o efeito dirigir documento escrito para a sua sede, na Avenida de França, 316 – 5.º, Edifício Capitólio, 4050-276 Porto ou utilizar o endereço electrónico reclamacoes@realvidaseguros.pt.

2. Caso não haja concordância com a resposta apresentada, a reclamação deverá ser dirigida para o Provedor do Cliente no endereço indicado ou através do endereço electrónico provedor.cliente@realvidaseguros.pt, sem prejuízo de poder ser requerida a intervenção da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões.

ARTIGO 19.º

LEI APLICÁVEL E FORO COMPETENTE

1. O presente contrato rege-se pela lei portuguesa.

2. O foro competente para dirimir qualquer litígio emergente deste contrato é o fixado na lei civil.

ARTIGO 20.º

PROTECÇÃO DE DADOS PESSOAIS

1. O Segurador é a entidade responsável pelo tratamento dos dados pessoais dos Tomadores de Seguros, Pessoas Seguras e Beneficiários (“Clientes”, em conformidade com política interna de privacidade).

2. O Segurador recolhe os dados directamente junto dos Clientes ou através de parceiros comerciais.

3. O Segurador trata as seguintes categorias de dados:

dados de identificação, dados de contacto, dados financeiros e bancários, dados de saúde e demais dados necessários à contratação, gestão e execução do contrato de seguro (incluindo pagamento e facturação do prémio, reembolsos), gestão de reclamações, gestão de sinistros, avaliação de risco, entre outros.

4. O Segurador poderá tratar os dados pessoais dos titulares dos dados para lhes enviar informações e comunicações de marketing, através de e-mail, correio postal, SMS, contacto telefónico, ou outros, sobre os seus produtos e serviços, sendo este tratamento de dados apenas realizado com o consentimento expresso dos Clientes, prestado no momento da recolha dos dados pessoais.

5. Caso pretenda retirar o seu consentimento, o Cliente pode a qualquer momento contactar o Segurador através de correio electrónico para o endereço dpo.dadospessoais@realvidaseguros.pt.

6. O Segurador dispõe de uma Política de Privacidade que descreve as orientações e princípios por si adoptados para assegurar a protecção dos titulares de dados pessoais, estabelecendo directrizes relativas aos direitos dos titulares e ao tratamento e livre circulação dos dados pessoais, a qual poderá ser consultada em www.realvidaseguros.pt.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

CONDIÇÃO ESPECIAL COMPLEMENTAR DE DOENÇAS GRAVES

ARTIGO 1.º DISPOSIÇÕES APLICÁVEIS

Na parte não especificamente regulamentada, aplicam-se a esta Condição Especial as Condições Gerais do Seguro.

ARTIGO 2.º DEFINIÇÕES

Doença: Toda e qualquer alteração involuntária de saúde da Pessoa Segura, e não causada por acidente, que se revele por sinais manifestos e seja atestada como tal por autoridade médica competente.

Período de Diferimento: Período de tempo que medeia a ocorrência do sinistro e a entrada em pagamento do capital.

Período de Carência: Período de tempo entre a contratação da apólice e a ocorrência do sinistro. Os sinistros que ocorram dentro do período de carência não estão cobertos.

ARTIGO 3.º GARANTIAS

1. Por esta cobertura complementar o Segurador garante a antecipação do Capital Seguro pela cobertura principal no limite máximo referido nas Condições Particulares, em caso de ocorrência pela primeira vez de uma das Doenças Graves a seguir definidas, manifestada pela Pessoa Segura durante a vigência do contrato, cancelando, automaticamente a apólice.

Considera-se data de ocorrência a data em que a Doença Grave é diagnosticada de acordo com as definições constantes no ponto 2 deste artigo.

2. Para efeito do nº 1 consideram-se Doenças Graves:

- Cancro:

Doença que se manifesta pela presença de uma tumor maligno caracterizado por um desenvolvimento incontrolado de células malignas e invasão de tecidos. O diagnóstico deve ser evidenciado por histologia claramente definida. O termo “cancro” inclui as leucemias e as doenças malignas do sistema linfático como Doença de Hodgkin.

Excluem-se:

- Os tumores pré-malignos;
- Tumores não invasivos (cancro in situ);
- Cancro da próstata com estadios 1 (T1a, 1b, 1c);
- Carcinoma basocelular e carcinoma das células escamosas;
- Melanoma maligno estágio IA (T1a, 1b, 1c);

- Qualquer tumor maligno em presença de qualquer vírus da imunodeficiência humana.

- Cirurgia de “By-Pass” Coronário:

A realização de cirurgia de peito/tórax aberto para a correcção de uma ou mais artérias coronárias, que se encontrem obstruídas, com um implante de uma ponte coronária. A necessidade de tal cirurgia deve ter sido constatada por meio de angiografia coronária e a realização da cirurgia deve ser confirmada por médico especialista.

Excluem-se:

- Angioplastia;
- Qualquer outro tratamento intra-arterial;
- Cirurgia por toracotomia mínima.

- Enfarte do Miocárdio:

Morte de uma parte do músculo cardíaco subsequente a uma insuficiência de fluxo sanguíneo local. Esta necrose deve ser recente e claramente objectivada por todos os critérios a seguir indicados:

- a) História de precordialgias específicas;
- b) Alterações electrocardiográficas específicas do enfarte do miocárdio;
- c) Elevação das enzimas cardíacas específicas de enfarte, troponinas ou outros marcadores bioquímicos.

Excluem-se:

- As sequelas e cicatrizes de enfartes do miocárdio descobertos nos electrocardiogramas;
- Outras síndromes coronárias agudas (por exemplo angina de peito estável ou instável);
- Enfarte do miocárdio sem elevação do segmento ST com, unicamente, elevação da Troponina I ou T.

- Insuficiência Renal Terminal:

Etapa final de doença renal que se manifesta por uma falha crónica e irreversível da função de ambos os rins, resultando desta a necessidade de realizar regularmente diálise renal (hemodiálise ou diálise peritoneal) ou resultando na necessidade de realizar transplante renal. O diagnóstico deve ser confirmado por médico especialista.

- Acidente Vascular Cerebral (AVC):

Qualquer incidente vascular cerebral que produza sequelas neurológicas permanentes e irreversíveis. Compreende o enfarte do tecido cerebral, hemorragia cerebral e embolia cerebral de causa extra craniana. O diagnóstico deve ser confirmado por médico especialista e evidenciado por sintomas clínicos típicos, para além dos resultados registados em TAC (Tomografia Axial Computorizada) do cérebro e RNM (Ressonância Nuclear Magnética). Deve documentar-se a deficiência neurológica com pelo menos três meses a contar da data de realização do diagnóstico.

Excluem-se:

- Acidentes isquémicos transitórios (TIA);
- Lesões traumáticas do cérebro;
- Sintoma neurológicos secundários a enxaqueca;
- Enfartes lacunares sem deficit neurológico.

- Transplante de um Órgão Principal:

A realização de transplante de órgãos em que a Pessoa Segura participa como receptor de algum dos seguintes órgãos: Coração, Pulmão, Fígado, Pâncreas, Rim, Intestino delgado, Medula Óssea. A realização do transplante deve ser confirmada por médico especialista.

3. Considera-se um período de carência de três meses para a entrada em vigor da cobertura.

ARTIGO 4.º

DURAÇÃO

1. As garantias da presente cobertura complementar, salvo indicação em contrário nas Condições Particulares, são aplicáveis se a Doença Grave se verificar antes da data do vencimento da Apólice e não poderá ultrapassar os 64 (sessenta e quatro) anos de idade da Pessoa Segura.

2. A cobertura é contratada por um ano e seguintes, e vigorará por períodos certos de um ano, sendo tacitamente renovada no termo de cada anuidade, salvo denúncia, por carta registada, com pré-aviso de 30 (trinta) dias.

ARTIGO 5.º

RISCOS EXCLUÍDOS

O Segurador não garante, nesta cobertura complementar, o pagamento das importâncias seguras, relativamente aos sinistros excluídos pelas Condições Gerais e Especiais da cobertura principal e ainda quando originados por:

- a) Intervenção cirúrgica, desde que esta se não imponha como consequência de doença ou acidente;
- b) Ferimentos ou lesões provocadas por actos de sequestro, tumultos, insurreição, motins, rixas, terrorismo ou sabotagem, qualquer que seja o lugar em que se desenrolem os acontecimentos e quaisquer que sejam os protagonistas, desde que a Pessoa Segura tome parte activa, excepto em caso de legítima defesa;
- c) Doença, terapia, intervenção cirúrgica, tratamento médico e/ou acidentes anteriores à entrada da apólice de seguro;
- d) Doença acompanhada de infecção por HIV;
- e) Qualquer doença e/ou intervenção cirúrgica não definida na presente cobertura complementar;
- f) Os actos e respectivas consequências de doença ou acidente provocados intencionalmente pela Pessoa Segura ou com a sua cumplicidade, bem como a tentativa de suicídio deste;
- g) O consumo de drogas e/ou estupefacientes não

prescritos por médico;

h) As doenças e/ou acidentes originados pelo consumo excessivo de álcool.

ARTIGO 6.º

PAGAMENTO DE PRÉMIOS

O prémio desta cobertura complementar será pago na mesma data que o da cobertura principal.

ARTIGO 7.º

EXTINÇÃO DA GARANTIA

Para além das situações previstas nas Condições Gerais, a presente garantia extingue-se:

- a) Por resolução a pedido do Tomador do Seguro e/ou Pessoa Segura, mediante aviso registado enviado ao Segurador, com pelo menos, 30 (trinta) dias de antecedência;
- b) No momento em que o seguro principal de que esta garantia é complementar deixe de produzir os seus efeitos;
- c) No termo da anuidade em que a Pessoa Segura complete 64 (sessenta e quatro) anos de idade, ou outra idade expressamente estipulada nas Condições Particulares como sendo o limite máximo das garantias desta cobertura;
- d) Com o pagamento do Capital garantido por esta cobertura complementar.

ARTIGO 8.º

INFORMAÇÃO E AVISO DE SINISTRO

1. Verificando-se qualquer evento que faça funcionar as garantias desta cobertura, o Tomador do Seguro e a Pessoa Segura, sob pena de responderem por perdas e danos obrigam-se a:

- a) Enviar ao Segurador um relatório elaborado pelo seu médico assistente, preciso e detalhado, descrevendo a sua história Clínica e mencionando a data dos primeiros sintomas. Este relatório, por conta do Tomador de Seguro ou Pessoa Segura, deve ser enviado ao Segurador nos 60 (podem ser 90) dias que se seguirem ao diagnóstico da doença;
- b) O facto que justifica a doença grave, a sua causa, terá de se verificar durante a vigência da Apólice e/ou durante o período em que a cobertura estiver em vigor para a Pessoa Segura e, simultaneamente, terá que ser denunciado ao Segurador no prazo máximo de 90 dias a contar da data de cessação da cobertura.
- c) A Pessoa Segura deve fazer prova da sua idade;
- d) Tomar todas as providências para evitar o agravamento das consequências da doença ou acidente;
- e) Recorrer a um médico e seguir as suas prescrições;
- f) Escolher um hospital ou clínica para hospitalização se o

seu estado de saúde o exigir;

g) Sujeitar-se a exame por médico designado pelo Segurador, caso este o considere necessário;

h) Dar indicações ao médico assistente no sentido de prestar todas as informações que o Segurador lhe solicite, bem como fornecer os elementos que ele julgue necessários para o completo esclarecimento e formação do respectivo processo.

2. As declarações inexactas ou incompletas não intencionais, bem como a reticência ou omissão de factos ou circunstâncias também não intencionais, que poderiam ter influído na apreciação da responsabilidade a cargo do Segurador implicam o dever de responder pelas perdas e danos daí resultantes.

3. O Tomador do Seguro e/ou Pessoa Segura perdem o direito às garantias desta cobertura se:

- a) Causarem ou agravarem, voluntária e intencionalmente, as consequências da doença ou acidente;**
- b) Usarem de fraude, simulação, falsidade ou quaisquer outros meios dolosos, bem como documentos falsos para justificarem a sua reclamação;**
- c) Usarem de má-fé.**

ARTIGO 9.º

LIQUIDAÇÃO DAS IMPORTÂNCIAS SEGURAS

1. O pagamento das importâncias seguras será efectuado à Pessoa Segura.

2. O Capital Seguro é liquidado de uma só vez, ainda que diagnosticada na Pessoa Segura mais do que uma Doença Grave, na mesma data ou em datas distintas.

3. Em caso de Morte causada por uma das Doença Graves referida no nº 2 do artº 3, antes do Segurador ter verificado o direito ao pagamento do Capital Seguro por esta cobertura, haverá lugar apenas ao pagamento do capital por Morte.

4. A liquidação das importâncias seguras quando devidas ao abrigo desta cobertura, será efectuada mediante a entrega dos seguintes documentos:

- a) Participação de sinistro conforme impresso a disponibilizar pelo Segurador;
 - b) Bilhete de Identidade e de Identificação Fiscal/Cartão de Cidadão da Pessoa Segura;
 - c) Enviar a médico designado pelo Segurador de relatório do médico assistente da especialidade que indique as causas, a data dos primeiros sintomas, meios de diagnóstico utilizados, a evolução, tratamentos, situação clínica actual e prognóstico.
5. Na falta de acordo entre as partes quanto ao reconhecimento do estado de Dependência uma comissão de peritos decidirá o litígio. Esta comissão será constituída por um médico indicado pelo Segurador, por um indicado pela Pessoa Segura e por um terceiro escolhido de comum acordo pelos médicos das partes. Cada uma das partes suportará as despesas e honorários do seu médico e metade das despesas e honorários do perito de desempate.

CONDIÇÃO ESPECIAL

CONSULTA MÉDICA ONLINE

ARTIGO 1.º

DISPOSIÇÕES APLICÁVEIS

Na parte não especificamente regulamentada, aplicam-se a esta Condição Especial as Condições Gerais do Seguro.

ARTIGO 2.º

GARANTIAS

1. O Segurador, através dos serviços de assistência, em caso de urgência, assegura a marcação de consulta de clínica geral através de vídeo chamada (telefone: 210419299, custo de chamada para rede fixa nacional - linha de Apoio 24h).

2. Esta garantia tem o limite de marcações de 2 consultas por anuidade sem qualquer custo adicional, tendo um co-pagamento por consulta a cargo da Pessoa Segura para as consultas subsequentes na mesma anuidade, nos termos indicados nas Condições Particulares.

3. Ao abrigo da presente cobertura fica garantido o apoio e aconselhamento remoto de médicos ou de outros profissionais de saúde. Este apoio e aconselhamento poderá ser realizado, conforme opção da Pessoa Segura:

a) Consulta por Telefone - A consulta por telefone permite à Pessoa Segura consultar uma equipa médica especializada em medicina geral e familiar.

b) Vídeo-Consulta - Este serviço será realizado por intermédio do recurso a uma plataforma informática que permite a realização de uma videoconferência, o que pressupõe que a Pessoa Segura disponha de uma ligação à internet e de um dispositivo informático.

4. O apoio ou aconselhamento são prestados de acordo com os sinais e sintomas que a Pessoa Segura comunique, cabendo ao serviço de apoio de especialistas sugerir a utilização dos meios mais adequados ao tipo de situação. Poderá haver indicação da necessidade de cuidados presenciais ou de outro tipo de ações.

5. A responsabilidade desta cobertura fica, pois, limitada à responsabilidade decorrente deste tipo de acto médico nas circunstâncias não presenciais em que é praticado.

6. Os serviços médicos aqui descritos não constituem um seguro de saúde.

ARTIGO 3.º

RISCOS EXCLUÍDOS

Ficam excluídos do presente contrato de seguro as prestações que não tenham sido solicitadas ao Segurador, através dos Serviços de Assistência, e que não tenham sido efetuadas com o seu acordo, salvo nos casos de força maior ou de impossibilidade material demonstrada.

CONDIÇÃO ESPECIAL
ENVIO DE MÉDICO AO DOMICÍLIO

ARTIGO 1.º
DISPOSIÇÕES APLICÁVEIS

Na parte não especificamente regulamentada, aplicam-se a esta Condição Especial as Condições Gerais do Seguro.

ARTIGO 2.º
GARANTIAS

1. Sempre que o estado de saúde o justifique, o Segurador garante à Pessoa Segura o envio de um médico ao domicílio, contra um co-pagamento a efectuar no acto da consulta directamente ao médico, nos termos previstos nas Condições Particulares.
2. No caso de indisponibilidade do médico ou ausência de médico no concelho ou distrito onde o cliente se encontre, o Segurador, através dos serviços de assistência organiza e suporta o transporte do cliente até ao centro clínico mais próximo, suportando o custo da respectiva consulta com um co-pagamento a cargo do Cliente, nos termos previstos nas Condições Particulares.
3. A utilização desta cobertura (telefone: 210419299, custo de chamada para rede fixa nacional - linha de Apoio 24h), fica excluída no caso da Pessoa Segura residir, em regime permanente, em lar para terceira idade, centro de acção social e de acolhimento, instituição particular de solidariedade social, residência assistida ou qualquer instituição que, pelo seu cariz seja similar a qualquer uma das aqui enunciadas.
4. Esta garantia tem um co-pagamento por utilização, a cargo da Pessoa Segura, nos termos indicados nas Condições Particulares.
5. Os serviços médicos aqui descritos não constituem um seguro de saúde.

ARTIGO 3.º
RISCOS EXCLUÍDOS

Ficam excluídos do presente contrato de seguro as prestações que não tenham sido solicitadas ao Segurador, através dos Serviços de Assistência, e que não tenham sido efetuadas com o seu acordo, salvo nos casos de força maior ou de impossibilidade material demonstrada.

CONDIÇÃO ESPECIAL
CHECK-UP ANUAL

ARTIGO 1.º
DISPOSIÇÕES APLICÁVEIS

Na parte não especificamente regulamentada, aplicam-se a esta Condição Especial as Condições Gerais do Seguro.

ARTIGO 2.º
GARANTIAS

1. O Segurador garante à Pessoa Segura a realização de um check-up anual a realizar em prestador convencionado da Rede RNA Medical, até ao limite de uma consulta por anuidade da apólice, com um co-pagamento a cargo da Pessoa Segura, nos termos previstos nas Condições Particulares.
2. O Check-Up anual inclui os seguintes exames:
 - Consulta de Clínica Geral;
 - Urina II;
 - Colesterol Total;
 - HDL;
 - Triglicéridos;
 - Glicémia em jejum;
 - Hemograma;
 - Velocidade de sedimentação;
 - Creatinina;
 - Transaminases;
 - Gamma T;
 - Ácido Úrico;
 - ECG em repouso;
 - Raio X Tórax com relatório.
3. A realização do check-up anual é válida apenas na Rede de prestadores convencionada RNA Medical, não havendo lugar a qualquer reembolso no caso de realizações efectuadas fora da referida Rede.
4. A Pessoa Segura deverá efectuar a marcação prévia do seu exame através da linha de atendimento permanente, (telefone nº 21 041 92 99, custo de chamada para rede fixa nacional - linha de Apoio 24h)).
5. Os serviços médicos aqui descritos não constituem um seguro de saúde.

ARTIGO 3.º
RISCOS EXCLUÍDOS

Ficam excluídos do presente contrato de seguro as prestações que não tenham sido solicitadas ao Segurador, através dos Serviços de Assistência, e que não tenham sido efetuadas com o seu acordo, salvo nos casos de força maior ou de impossibilidade material demonstrada.