

Índice

CONDIÇÕES GERAIS	3
CAPÍTULO I	3
ARTIGO 1.º - DEFINIÇÕES	3
CAPÍTULO II	5
ARTIGO 2.º - OBJECTO DO CONTRATO	5
ARTIGO 3.º - GARANTIAS	5
ARTIGO 4.º - LIMITES DE IDADE	6
ARTIGO 5.º - ÂMBITO TERRITORIAL	6
ARTIGO 6.º - PERÍODO DE CARÊNCIA	6
CAPÍTULO III	6
ARTIGO 7.º - BASE DO CONTRATO	6
ARTIGO 8.º - INÍCIO E DURAÇÃO DO CONTRATO	6
ARTIGO 9.º - DIREITO DE LIVRE RESOLUÇÃO	6
ARTIGO 10.º - RESOLUÇÃO E REDUÇÃO DO CONTRATO	6
ARTIGO 11.º - RESPONSABILIDADE DO SEGURADOR EM CASO DE NÃO RENOVAÇÃO DO CONTRATO	7
CAPÍTULO IV	7
ARTIGO 12.º - ADMISSÃO DE PESSOAS SEGURAS	7
ARTIGO 13.º - EXCLUSÃO DE PESSOAS SEGURAS	7
CAPÍTULO V	7
ARTIGO 14.º - VALOR OU CAPITAL SEGURO	7
ARTIGO 15.º - REDUÇÃO AUTOMÁTICA DE CAPITAL	7
CAPÍTULO VI	8
ARTIGO 16.º - PRÉMIO DE SEGURO	8
ARTIGO 17.º - PAGAMENTO DO PRÉMIO	8
ARTIGO 18.º - ALTERAÇÃO DO PRÉMIO	8
ARTIGO 19.º - AVISO DE PAGAMENTO DOS PRÉMIOS	8
ARTIGO 20.º - FALTA DE PAGAMENTO	8
ARTIGO 21.º - ESTORNO DO PRÉMIO	8
CAPÍTULO VII	9
ARTIGO 22.º - OBRIGAÇÕES E DIREITOS DO SEGURADOR	9
ARTIGO 23.º - OBRIGAÇÕES DO TOMADOR DO SEGURO E DA(S) PESSOA(S) SEGURA(S)	9
ARTIGO 24.º - PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO	9
CAPÍTULO VIII	9
ARTIGO 25.º - CONFIDENCIALIDADE DA INFORMAÇÃO	9
ARTIGO 26.º - INTERVENÇÃO DE MEDIADOR DE SEGUROS	9
ARTIGO 27.º - DOMICÍLIO	9
ARTIGO 28.º - COMUNICAÇÕES E NOTIFICAÇÕES ENTRE AS PARTES	10
ARTIGO 29.º - PROVA CONVENCIONADA	10
ARTIGO 30.º - COMPENSAÇÃO DE CRÉDITOS	10
ARTIGO 31.º - RECLAMAÇÕES E ARBITRAGEM	10
ARTIGO 32.º - LEI APLICÁVEL E FORO COMPETENTE	10
ARTIGO 33.º - EXTRAVIO DA APÓLICE	10
ARTIGO 34.º - PROTECÇÃO DE DADOS PESSOAIS	10

CONDIÇÕES ESPECIAIS

11

CONDIÇÃO ESPECIAL - HOSPITALIZAÇÃO	11
CONDIÇÃO ESPECIAL - ACESSO A REDE MÉDICA (RNA Medical)	11
CONDIÇÃO ESPECIAL - ACESSO A REDE BEM-ESTAR	12
CONDIÇÃO ESPECIAL - CONSULTA MÉDICA ONLINE	12
CONDIÇÃO ESPECIAL - ENVIO DE MÉDICO AO DOMICÍLIO	12
CONDIÇÃO ESPECIAL - ACESSO A REDE DE PARTOS	12
CONDIÇÃO ESPECIAL - ACONSELHAMENTO MÉDICO	13
CONDIÇÃO ESPECIAL - ENVIO DE PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM AO DOMICÍLIO	13
CONDIÇÃO ESPECIAL - SEGUNDA OPINIÃO MÉDICA NACIONAL	13
CONDIÇÃO ESPECIAL - ACESSO A REDE DE FARMÁCIAS	13
CONDIÇÃO ESPECIAL - ACESSO A REDE DE ÓPTICAS	13
CONDIÇÃO ESPECIAL - CHECK-UP ANUAL	13
CONDIÇÃO ESPECIAL - SERVIÇO DE ATENDIMENTO PERMANENTE 24H/7	14
CONDIÇÃO ESPECIAL - CENTRAL DE MARCAÇÃO DE CONSULTAS	14

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.

CAPÍTULO I DEFINIÇÕES

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:

Acesso à Rede Médica: Disponibilização de serviços de cuidados de saúde, garantidos pelo presente contrato de seguro, executados por prestadores da Rede de Assistência Médica convencionada, aos quais a Pessoa Segura tem acesso, suportando na totalidade os respectivos custos.

Acidente: Acontecimento de carácter furtivo, imprevisível, súbito e anormal, provocado por causa externa, violenta e alheia à vontade do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura e do Beneficiário, que nestes origine lesões corporais, invalidez permanente, incapacidade temporária ou morte, que possam ser clínica e objectivamente constatadas, e que sejam susceptíveis de provocar o funcionamento das garantias do contrato.

Acta Adicional: Documento escrito que titula uma alteração às condições iniciais da Apólice de seguro.

Agregado Familiar: Conjunto de pessoas constituído pela Pessoa Segura, o seu cônjuge ou pessoa que com ele viva em união de facto, e os seus descendentes menores e solteiros

ou, não sendo menores, desde que sejam estudantes (incluindo adoptados, tutelados e curatelados), que coabitem com a Pessoa Segura.

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: A pessoa singular definida nas condições particulares a favor de quem reverte a prestação do Segurador, quando seja devida e decorrente do contrato de seguro.

Capital Seguro: Também designado por valor seguro ou limite de indemnização, é o montante estipulado nas condições particulares do contrato de seguro como sendo o valor máximo de responsabilidade do Segurador em caso de sinistro ocorrido durante o período de vigência do contrato, seja por via de indemnização, de comparticipação de despesas de saúde, ou de quaisquer outras quantias convencionadas, por Pessoa Segura ou Agregado Familiar, definido para cada uma das coberturas contratadas nas Condições Particulares.

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 por cada utilização na Rede.

Coefficiente K: Coeficiente de ponderação para a valorização de actos médicos, utilizado no Código de Nomenclatura e Valor Relativo de Actos Médicos e publicado pela Ordem dos Médicos.

Comparticipação: Valor a cargo do Segurador, em cada despesa de saúde garantida pela Apólice, calculado após dedução da franquia, nos termos definidos nas Condições Particulares.

Consulta de Urgência: Considera-se consulta de urgência, aquela que significa um recurso ao serviço de urgência de clínicas ou unidades hospitalares.

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) franquia(s), o(s) co-pagamento(s), o prémio, o Tomador do Seguro, a(s) Pessoa(s) Segura(s) e o(s) Beneficiário(s).

Doença: Alteração involuntária do estado de saúde da Pessoa Segura, não causada por acidente, clínica e objectivamente comprovada, nomeadamente por meio de exames médicos complementares.

Doença ou Lesão Pré-existente: Doença, deficiência ou lesão da qual a Pessoa Segura deveria ter conhecimento ou que não poderia ignorar, pela evidência dos sinais e dos sintomas específicos da patologia em causa, pela existência de um diagnóstico, ainda que não definitivo, ou por ter recebido em relação à mesma aviso médico ou tratamento ou outro acto médico, antes da data de subscrição e de início das garantias do contrato de seguro.

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.

Franquia: Valor, percentagem ou número de dias que, em caso de sinistro, fica a cargo do Tomador do Seguro e/ou da Pessoa Segura ou de quem demonstrar ser o titular do direito à prestação por parte do Segurador, cujo montante, período ou forma de cálculo se encontra estipulado nas Condições Particulares.

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 objectivamente comprovada.

Médico: Licenciado por uma Faculdade de Medicina, legalmente autorizado a exercer a sua profissão e cuja especialidade e inscrição sejam reconhecidas pela Ordem dos Médicos

em Portugal, assim como por organismos estrangeiros equivalentes, relativamente aos cuidados de saúde prestados fora do território nacional, excluindo-se expressamente as Pessoas Seguras e qualquer membro da sua família.

Período de Carência: Também designado como franquia temporal, é o período mencionado nas Condições Particulares que medeia entre a data de início do contrato de seguro ou da data de adesão da Pessoa Segura e a data de início de produção de efeitos ou de accionamento de determinadas coberturas, durante o qual as despesas e subsídios correrão por conta e risco da Pessoa Segura. Após esgotado o referido período, tais prestações serão suportadas pelo Segurador, nos termos contratados.

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

Prémio de Seguro: Valor pago ao Segurador pelo Tomador do Seguro como contrapartida da cobertura acordada e inclui tudo o que seja contratualmente devido, a que acrescem os encargos fiscais e parafiscais.

Prestações na Rede: Serviços de cuidados de saúde, garantidos pelo presente contrato de seguro, realizados em prestadores da Rede Médica Convencionada, nos quais a comparticipação das despesas de saúde é suportada directamente pelo Segurador, nos termos do disposto nas Condições Particulares, suportando a Pessoa Segura o pagamento das Franquias e/ou Co-pagamentos, estando o respectivo acesso sujeito aos critérios de utilização definidos pelo Segurador, incluindo a Autorização para actos e procedimentos nos termos do disposto na Apólice.

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, sempre que sejam pessoas diferentes, indicando os seus dados individuais necessários à avaliação do risco.

Rede de Assistência Médica Convencionada: Conjunto de prestadores de cuidados de saúde, primários e de especialidade, nomeadamente Médicos, centros de diagnóstico, clínicas, unidades hospitalares, centros de meios complementares de diagnóstico e outras unidades de saúde.

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.

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.

Seguro Individual: Contrato celebrado para uma pessoa singular ou um agregado familiar ou um conjunto de pessoas vivendo em economia comum.

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

Serviço de Atendimento Permanente: Serviço disponível em qualquer momento do dia ou da noite, limitado a uma capacidade mínima de diagnóstico, nomeadamente consulta de clínica geral e exames auxiliares de diagnóstico básico.

Serviço de Assistência: Apoio informativo e de serviços prestado, em nome do Segurador, por uma empresa de assistência.

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

Suporte duradouro: Qualquer instrumento que permita ao cliente armazenar informações que lhe sejam dirigidas pessoalmente, de tal forma que possam ser consultadas posteriormente durante um período adequado aos fins a que se destinam, e que permita a reprodução exacta das informações armazenadas.

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

Tratamento de Urgência: Aquele que, por necessidade clínica comprovada, deva ser efectuado ou origine internamento, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas após o momento do sinistro.

Unidade de Saúde: Estabelecimento legalmente autorizado que tenha por objecto a prestação de serviços médicos ou outros cuidados de saúde, abrangendo entidades com internamento, entidades generalistas para serviços de hospitalização e ambulatório e, ainda, entidades especializadas para serviços de ambulatório e meios complementares de diagnóstico e terapêutica independentemente da designação. Inclui

Hospitais, Clínicas e Centros de meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

Unidade Hospitalar: Estabelecimento legalmente autorizado a prestar serviços de cuidados de saúde, dispondo de assistência médica, cirúrgica e de enfermagem permanente, abrangendo entidades com internamento e sala de recobro.

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.

CAPITULO II

OBJECTO DO CONTRATO, GARANTIAS, ÂMBITO E LIMITES

ARTIGO 2.º

OBJECTO DO CONTRATO

Pelo presente contrato, o Segurador garante à Pessoa Segura, em caso de doença manifestada ou acidente ocorrido durante a sua vigência, conforme o disposto nas presentes Condições Gerais, Condições Especiais e nos limites definidos nas Condições Particulares aplicáveis, um conjunto de coberturas no âmbito dos cuidados de saúde.

ARTIGO 3.º

GARANTIAS

1. O contrato de seguro garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Especiais e Particulares, as seguintes coberturas quando subscritas:

- a) Hospitalização;**
- b) Acesso a Rede Médica;**
- c) Acesso a Rede Bem-Estar;**
- d) Consulta Médica Online;**
- e) Envio de Médico ao Domicílio;**
- f) Acesso a Rede de Partos;**
- g) Aconselhamento Médico;**
- h) Envio de Profissional de Enfermagem ao Domicílio;**
- i) Segunda Opinião Médica Nacional;**

- j) Acesso a Rede de Farmácias;
- k) Acesso a Rede de Ópticas;
- l) Check-up Anual;
- m) Serviço de Atendimento Permanente 24H/7;
- n) Central de Marcação Consultas.

2. As garantias do contrato entram em vigor após o decurso dos períodos de carência, indicados para cada cobertura nas Condições Especiais ou nas Condições Particulares, sendo os mesmos contados a partir da data de adesão de cada Pessoa Segura.

ARTIGO 4.º

LIMITES DE IDADE

1. Salvo disposição em contrário expressa nas Condições Particulares, são abrangidas por esta apólice todas as Pessoas Seguras cuja idade, na data da subscrição do contrato, respeitem o limite máximo de 54 (cinquenta e quatro) anos de idade.

2. As garantias do contrato cessam no final da anuidade em que a Pessoa Segura atinge 64 (sessenta e quatro) anos de idade, caducando quando ocorra a morte da Pessoa Segura.

3. No caso dos descendentes da Pessoa Segura as garantias cessam no final da anuidade em que estes percarn a qualidade de membro do agregado familiar, tal como descrito nas definições da apólice.

ARTIGO 5.º

ÂMBITO TERRITORIAL

Salvo convenção em contrário, expressa nas Condições Especiais ou nas Condições Particulares, o seguro só tem validade para os cuidados de saúde prestados em Portugal.

ARTIGO 6.º

PERÍODO DE CARÊNCIA

1. São fixados, nas Condições Particulares ou nas Condições Especiais aplicáveis, os períodos de tempo que medeiam entre a data de adesão ao seguro e a data em que as respectivas garantias podem ser accionadas.

2. Em caso de acidente, que implique tratamento hospitalar urgente em regime de internamento, não são aplicáveis os períodos de carência.

CAPÍTULO III

CONTRATO - FORMAÇÃO, RISCO, INÍCIO, DURAÇÃO, RENÚNCIA, CESSAÇÃO

ARTIGO 7.º

BASE DO CONTRATO

O contrato é constituído pela Proposta de Seguro subscrita pelo respectivo Tomador do Seguro, por via telefónica, do qual fica registo duradouro.

ARTIGO 8.º

INÍCIO E DURAÇÃO DO CONTRATO

1. O presente contrato produz os seus efeitos a partir das zero horas do dia imediato ao da emissão da apólice e do respectivo Cartão de Saúde pelo Segurador, desde que o prémio ou fracção inicial seja pago.

2. Podem as partes, mediante acordo, estabelecer outra data para a produção de efeitos, não podendo a mesma ser anterior à da recepção da Proposta pelo Segurador.

3. O contrato considera-se aceite no 14.º dia, a contar da data de recepção da Proposta pelo Segurador, excepto quando o candidato a Tomador do Seguro/Pessoa Segura seja informado da recusa, aprovação, ou da necessidade de prestar esclarecimentos essenciais para a avaliação do risco, ficando neste caso, a aprovação dependente da resposta e análise dos elementos adicionais solicitados pelo Segurador.

4. As Condições Particulares reflectem as coberturas, períodos de carência, franquias e os valores máximos indemnizáveis, de acordo com o previsto nas presentes Condições Gerais e nas Condições Especiais da Apólice.

5. Na falta de estipulação das Partes noutro sentido, o contrato vigora pelo período de um ano e considera-se sucessivamente renovado por períodos de um ano, salvo se qualquer uma das partes o tiver denunciado, por escrito ou por outro meio do qual fique registo duradouro, com a antecedência mínima de 30 dias em relação ao termo da anuidade, ou se não for pago o prémio da anuidade subsequente ou da primeira fracção desta.

6. Quando o contrato for celebrado por um período de tempo determinado ou não seja renovado o seu período de vigência, os seus efeitos cessam às 24 horas do último dia do referido período.

ARTIGO 9.º

DIREITO DE LIVRE RESOLUÇÃO

1. O Tomador do Seguro pode resolver o contrato, sem invocar justa causa, num prazo de 30 dias a contar da data de recepção da Apólice, mediante comunicação por escrito, em suporte de papel ou outro meio duradouro disponível e acessível ao Segurador, acompanhada da respectiva Apólice.

2. O exercício do direito de livre resolução determina a cessação do contrato, extinguindo todas as obrigações dele decorrentes, com efeitos a partir da celebração do mesmo, isto é, com efeito retroactivo, tendo o Segurador direito ao valor do prémio calculado *pro rata temporis*, na medida em que tenha suportado o risco até à resolução do contrato, e que a cobertura se tenha iniciado a pedido do Tomador do Seguro.

ARTIGO 10.º

RESOLUÇÃO E REDUÇÃO DO CONTRATO

1. O contrato de seguro pode ser resolvido pelas partes a

todo o tempo, havendo justa causa.

2. O Segurador pode invocar a ocorrência de uma sucessão de sinistros na anuidade, como causa relevante para o efeito previsto no número anterior.

3. A comunicação da resolução do contrato, nos termos previstos neste artigo, deve ser efectuada por escrito, ou por outro meio de que fique registo duradouro, com a antecedência mínima de 30 (trinta) dias relativamente à data em que a mesma produz efeitos.

4. Sempre que o Tomador do Seguro não coincida com a Pessoa Segura, o Segurador deve avisar a Pessoa Segura da resolução do contrato logo que possível, no máximo até 20 (vinte) dias após a não renovação ou a resolução.

5. A resolução do contrato produz os seus efeitos às 24 (vinte e quatro) horas do dia em que se verifique.

6. O montante do prémio a devolver ao Tomador do Seguro em caso de cessação antecipada do contrato é calculado *pro rata temporis*, salvo previsão de cálculo diverso pelas partes em função de razão atendível, como seja a garantia de separação técnica entre a tarificação dos seguros anuais e a dos seguros temporários.

7. O previsto no presente artigo é aplicável à redução do contrato, com as devidas adaptações.

8. O Tomador do Seguro tem direito à resolução do contrato no prazo de 30 dias a contar da recepção da Apólice:

a) Em caso de incumprimento dos deveres de informação pré-contratual, salvo quando a falta do Segurador não tenha razoavelmente afectado a decisão de contratar ou haja sido accionada a cobertura por terceiro;

b) Quando as condições do contrato não estejam em conformidade com a informação pré-contratual comunicada;

c) Em caso de falta de um elemento legalmente exigido pelas condições do contrato.

ARTIGO 11.º

RESPONSABILIDADE DO SEGURADOR EM CASO DE NÃO RENOVAÇÃO DO CONTRATO

1. Em caso de não renovação do contrato ou da cobertura e não estando o risco coberto de forma proporcional por um contrato de seguro posterior, o Segurador fica nos 2 anos subsequentes, e até que se mostre esgotado o Capital Seguro disponível na anuidade em que o contrato cessar a sua vigência, com a obrigação de realizar as prestações contratualmente devidas, em consequência de Doenças manifestadas ou Acidentes ocorridos durante o período de vigência da Apólice, desde que cobertos pelo seguro.

2. Para efeitos do disposto no número anterior o Segurador deve ser informado da existência da doença ou acidente nos trinta dias imediatos ao termo do contrato, salvo justo impedimento.

CAPÍTULO IV

PESSOAS SEGURAS

ARTIGO 12.º

ADMISSÃO DE PESSOAS SEGURAS

1. A inclusão de Pessoas Seguras que integrem o mesmo agregado familiar obriga ao preenchimento da Declaração de Saúde, que deve ser efectuada por escrito, ou por outro meio de que fique registo duradouro.

2. A eficácia das garantias para as Pessoas Seguras incluídas durante a vigência do contrato fica sujeita aos períodos de carência aplicados.

ARTIGO 13.º

EXCLUSÃO DE PESSOAS SEGURAS

A exclusão de Pessoas Seguras é solicitada mediante comunicação ao Segurador, com uma antecedência mínima de 30 dias em relação à data vencimento do contrato, e produzirá efeito na data de vencimento do contrato, excepto em caso de Morte da Pessoa Segura, em que o Segurador devolverá o prémio relativo ao período pago e não decorrido.

CAPÍTULO V

VALORES SEGUROS E LIMITES DE INDEMNIZAÇÃO

ARTIGO 14.º

VALOR OU CAPITAL SEGURO

1. A comparticipação, o limite de responsabilidade e os limites por despesa médica aplicáveis a cada garantia contratada, estão fixados nas Condições Particulares, e vigoram por período de vigência do contrato.

2. Salvo convenção em contrário, expressa nas Condições Particulares, nas situações de acerto de vencimento, os valores garantidos são proporcionais ao tempo em risco.

3. Quando aplicável, o Capital Seguro é o montante estipulado nas condições particulares do contrato de seguro como sendo o valor máximo de responsabilidade do Segurador em caso de sinistro ocorrido durante o período de vigência do contrato, por Pessoa Segura ou Agregado Familiar, definido para cada uma das coberturas contratadas nas Condições Particulares ou Condições Especiais, quando aplicáveis.

ARTIGO 15.º

REDUÇÃO AUTOMÁTICA DE CAPITAL

Após a ocorrência de um sinistro, o Capital Seguro poderá ficar, salvo disposição contratual em contrário, até ao vencimento do contrato, automaticamente reduzido do montante correspondente ao valor das prestações atribuídas, sem que haja lugar a estorno de prémio, salvo se o Tomador do Seguro comunicar ao Segurador e este aceitar, que pretende reconstituir esse capital, pagando o correspondente prémio complementar.

CAPÍTULO VI **PRÉMIO**

ARTIGO 16.º **PRÉMIO DE SEGURO**

1. O prémio inicial é devido na totalidade na data da celebração do contrato.
2. Por acordo das partes o prémio pode ser fraccionado.
3. O prémio das anuidades subsequentes é devido na data da respectiva prorrogação.
4. O prémio resultante de eventuais alterações ao contrato é devido na data indicada no aviso para pagamento.

ARTIGO 17.º **PAGAMENTO DO PRÉMIO**

1. A cobertura dos riscos depende do prévio pagamento do prémio.
2. O pagamento do prémio é anual, podendo por acordo entre o Segurador e o Tomador do Seguro, ser pago em fracções mensais.
3. O Segurador encontra-se obrigado, até 30 dias antes da data em que o prémio ou fracção subsequente é devido, a avisar, por escrito, o Tomador do Seguro, indicando nessa data, o valor a pagar, a forma de pagamento e as consequências da falta de pagamento do prémio ou fracção.
4. Se tiver sido acordado o pagamento do prémio em fracções com periodicidade inferior à trimestral, o Segurador pode optar por não enviar o referido aviso, fazendo, nesse caso, constar de documento contratual as datas de vencimento das fracções, os seus montantes e as consequências da falta de pagamento.

ARTIGO 18.º **ALTERAÇÃO DO PRÉMIO**

1. Não havendo alteração das garantias ou do risco, qualquer alteração do prémio, por iniciativa do Segurador, apenas poderá efectivar-se na data de renovação anual do contrato, mediante aviso ao Tomador do Seguro com antecedência mínima de 30 (trinta) dias sobre essa data.
2. Poderão originar variação no valor do prémio os seguintes factores: a actualização da tarifa, a alteração do número de pessoas seguras e/ou das coberturas contratadas, a inflação, sempre que tal alteração possa causar impactos financeiros negativos e/ou comprometer a sustentabilidade do seguro, e a revisão de preços por parte dos prestadores de serviços de saúde.
3. Se o Segurador modificar a sua tarifa, terá o direito de fixar o novo prémio em conformidade, a partir do vencimento anual seguinte, obrigando-se a comunicar tal facto no prazo disposto no número 1 deste artigo.
4. Em virtude de alteração do risco ou em casos de força maior, por alteração anormal das circunstâncias que determinaram a contratação do seguro, o Segurador poderá propor ao Tomador do Seguro a alteração do valor do prémio

fixando um prazo não inferior a 14 dias para que este aceite a alteração, e o contrato cessará os seus efeitos 20 dias após a recepção pelo Tomador do Seguro da proposta de alteração, caso este nada responda ou a rejeite.

5. Para os efeitos da presente cláusula, consideram-se motivos de força maior atendíveis, a necessidade de revisão do valor do prémio resultante de alterações legislativas, regulamentares e/ou fiscais, bem como, resultante da verificação de programas de resgate externo do FMI, CE e BCE, geradores de impactos financeiros negativos e insustentáveis para a manutenção do seguro, demonstradoras de uma efectiva alteração anormal das circunstâncias em que as partes fundaram a decisão de contratar, sendo que tais alterações apenas serão aceitáveis se efectuadas na exacta medida do necessário.

ARTIGO 19.º **AVISO DE PAGAMENTO DOS PRÉMIOS**

1. Na vigência do contrato, o Segurador avisará por escrito ou por outro meio de que fique registo duradouro, o Tomador do Seguro do montante a pagar, assim como da forma e do lugar de pagamento, com uma antecedência mínima de 30 (trinta) dias em relação à data em que se vence o prémio, ou fracções deste.
2. Do aviso constarão as consequências da falta de pagamento do prémio ou de sua fracção.

ARTIGO 20.º **FALTA DE PAGAMENTO**

1. A falta de pagamento do prémio inicial, ou da primeira fracção deste, ou fracções subsequentes, na data do vencimento, determina a resolução automática do contrato a partir da data da sua celebração, deixando de produzir quaisquer efeitos.
2. A falta de pagamento do prémio de anuidades subsequentes, ou da primeira fracção destas, na data do vencimento, impede a prorrogação do contrato, pelo que este não se renovará e deixará de produzir quaisquer efeitos.
3. A falta de pagamento de um prémio adicional, na data indicada no aviso, desde que este decorra de um pedido do Tomador do Seguro para alteração da garantia, não implicando agravamento do risco inicial, determinará que a alteração solicitada fique sem efeito, e se mantenham as condições contratuais anteriormente em vigor ao pedido efectuado.

ARTIGO 21.º **ESTORNO DO PRÉMIO**

Quando, por força de alteração ou cessação antecipada do contrato, por iniciativa do Segurador ou do Tomador do Seguro, ou de diminuição do risco, houver lugar, nos termos da Lei, a estorno ou reembolso do prémio, este será calculado

proporcionalmente ao período de tempo não decorrido até à data do vencimento.

CAPÍTULO VII

OBRIGAÇÕES E DIREITOS DAS PARTES E PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

ARTIGO 22.º

OBRIGAÇÕES E DIREITOS DO SEGURADOR

Constitui obrigação do Segurador o cumprimento pontual dos seus compromissos perante o Tomador do Seguro e as Pessoas Seguras, nomeadamente:

1. Informar o Tomador do Seguro das condições de celebração e vigência do contrato, esclarecer sobre todos os factos necessários ao entendimento das condições e gestão do contrato e que possam influir na sua vontade em formalizar o mesmo.
2. Informar o Tomador do Seguro das situações de incumprimento contratual e respectivas obrigações e consequências da inobservância das mesmas.
3. Proceder com diligência e prontidão a todas as averiguações indispensáveis para a correcta regularização dos sinistros.
4. Pagar os montantes que sejam devidos no prazo máximo de 15 (quinze) dias úteis após o apuramento dos factos relativos à ocorrência do sinistro e das suas causas, circunstâncias e consequências e a entrega dos documentos respectivos.

ARTIGO 23.º

OBRIGAÇÕES DO TOMADOR DO SEGURO E DA(S) PESSOA(S) SEGURA(S)

1. O Tomador do Seguro deverá pagar o prémio do seguro nas datas e pelas importâncias estipuladas pelo Segurador.
2. O Tomador do Seguro obriga-se a comunicar por escrito ao Segurador qualquer mudança de residência, considerando-se como recebida por ele toda a correspondência registada, enviada para a sua última residência que conste nos registos e documentos do Segurador.
3. A ocorrência de um erro administrativo não pode privar as Pessoas Seguras das prestações devidas pelo contrato, mas também não poderá criar o direito a benefícios não contratados.
4. Em caso de extravio do Cartão de Saúde, a Pessoa Segura ou o Tomador do Seguro, devem comunicá-lo ao Segurador através do Serviço de Apoio ao Cliente, no prazo máximo de 48 horas, a fim de o mesmo ser anulado e proceder-se à emissão de um novo cartão.

ARTIGO 24.º

PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

1. Em caso de sinistro devem ser garantidos os seguintes procedimentos:
 - a) Escolher um prestador da Rede de Assistência Médica de Prestadores;

b) Apresentar o seu cartão de saúde e, quando solicitado, documento de identificação com fotografia;

c) Efectuar ao prestador o pagamento da totalidade da despesa médica, conforme indicado nas Condições Particulares;

d) Apresentação da documentação hospitalar relativa ao internamento hospitalar, por forma a se promover a liquidação do montante do subsídio diário por internamento hospitalar, nos termos indicados nas Condições Particulares.

2. Os pagamentos devidos pelo Segurador são efectuados em Portugal e em moeda portuguesa. No caso de despesas efectuadas em moeda estrangeira, a conversão em moeda portuguesa é feita à taxa de câmbio indicativa, publicada pelo Banco de Portugal no dia da realização da despesa.

CAPÍTULO VIII

DISPOSIÇÕES DIVERSAS E FINAIS

ARTIGO 25.º

CONFIDENCIALIDADE DA INFORMAÇÃO

O Tomador do Seguro e as Pessoas Seguras autorizam o Segurador a facultar à Gestora de Serviços de Saúde toda a informação confidencial sobre este contrato.

ARTIGO 26.º

INTERVENÇÃO DE MEDIADOR DE SEGUROS

1. Nenhum Mediador de seguros se presume autorizado a, em nome do Segurador, celebrar ou extinguir contratos de seguro, a contrair ou alterar as obrigações deles emergentes ou a validar declarações adicionais, salvo o disposto nos números seguintes.
2. Pode celebrar contratos de seguro, contrair ou alterar as obrigações deles emergentes ou validar declarações adicionais, em nome do Segurador, o Mediador de seguros ao qual o Segurador tenha conferido, por escrito, os necessários poderes.
3. Não obstante a carência de poderes específicos para o efeito da parte do Mediador de seguros, o seguro considera-se eficaz quando existam razões ponderosas, objectivamente apreciadas, tendo em conta as circunstâncias do caso, que justifiquem a confiança do Tomador do Seguro de boa fé na legitimidade do Mediador, desde que o Segurador tenha igualmente contribuído para fundar a confiança do Tomador do Seguro.
4. O Tomador do Seguro, se assim o desejar, poderá solicitar ao Segurador a informação sobre a forma de remuneração do Mediador de Seguros relativamente à prestação do serviço de mediação, bem como o nome das empresas de seguros e mediadores de seguros com os quais o mediador possa trabalhar, se aplicável.

ARTIGO 27.º

DOMICÍLIO

Para efeitos deste contrato, serão considerados domicílio

e contactos do Tomador do Seguro/Pessoa Segura/Beneficiário, os indicados na Proposta, nas Condições Particulares ou, em caso de alteração, qualquer outro que tenha sido, por aqueles, formalmente comunicado ao Segurador.

ARTIGO 28.º

COMUNICAÇÕES E NOTIFICAÇÕES ENTRE AS PARTES

1. As comunicações ou notificações do Tomador do Seguro/Pessoa Segura previstas nesta apólice consideram-se válidas e plenamente eficazes caso sejam efectuadas para os contactos do Segurador indicados nas Condições Particulares.
2. As comunicações previstas no presente contrato devem revestir forma escrita em suporte de papel ou ser prestadas por outro meio do qual fique registo em suporte duradouro.
3. **O Segurador só está obrigado a enviar as comunicações previstas no presente contrato se o destinatário das mesmas estiver devidamente identificado no contrato, considerando-se validamente efectuadas se remetidas para os respectivos endereços constantes da apólice.**

ARTIGO 29.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 30.º

COMPENSAÇÃO DE CRÉDITOS

No acto de pagamento de qualquer importância ao abrigo deste contrato, o Segurador, sempre que a Lei o permita, poderá proceder ao desconto de quaisquer quantias que lhe sejam devidas pelo Tomador do Seguro ou pela Pessoa Segura.

ARTIGO 31.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 32.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 33.º

EXTRAVIO DA APÓLICE

Verificando-se, em qualquer circunstância, a destruição, roubo ou outra situação que consubstancie o extravio da apólice que esteja na posse do Tomador do Seguro, este deverá comunicar esse facto ao Segurador, por escrito em suporte de papel ou outro meio do qual fique registo em suporte duradouro, o qual emitirá uma segunda via nos termos legais aplicáveis e, se aplicável, cobrará o respectivo custo.

ARTIGO 34.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 HOSPITALIZAÇÃO

1. Esta cobertura garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, o pagamento de despesas efectuadas pela Pessoa Segura em regime de prestações na rede em consequência de Hospitalização numa unidade hospitalar, motivada por doença ou acidente.
2. O pagamento de despesas médicas, no que se refere a hospitalização da Pessoa Segura necessita sempre de pré-autorização por parte dos serviços clínicos.
3. Para os devidos efeitos, são considerados todos os actos de diagnóstico ou terapêutica, cuja realização requeira os meios e serviços específicos de ambiente hospitalar com internamento por período igual ou superior a 24 horas e que não se prolongue no tempo por período superior a 365 dias.
4. Ainda que o internamento tenha duração inferior a 24 horas, está também garantido o pagamento das despesas acima referidas, quando decorrentes de actos cirúrgicos cuja valorização seja igual ou superior a 100 K.

Esta cobertura abrange:

- a) Honorários médicos, nomeadamente os relativos ao médico-cirurgião, anestesista, ajudantes e instrumentistas;
- b) Internamento em unidades de cuidados intensivos;
- c) Quimioterapia ainda que realizada em regime ambulatorio ou adquirida em hospital e efectuada no domicilio e Radioterapia ainda que realizada em regime ambulatorio, em hospital ou clinica;
- d) Cirurgia realizada no hospital em regime ambulatorio;
- e) Cirurgia do foro estomatológico ou maxilo-facial quando seja consequência de doença oncológica ou de acidente que requeira tratamento de urgência em hospital;
- f) Internamento motivado por doenças do foro psíquico, no máximo de 15 (quinze) dias por anuidade;
- g) Diárias da Pessoa Segura;
- h) Enfermagem (não privativa);
- i) Exames auxiliares de diagnóstico, quando prescritos e realizados durante o internamento;
- j) Medicamentos administrados durante o internamento;
- k) Piso de sala de operação e instalações necessárias à realização dos actos médicos (bloco operativo, sala de recobro) e material usado (gases de anestesia, oxigénio);
- l) Transporte terrestre de ambulância para ou do hospital em Portugal;
- m) Realização de exame auxiliar de diagnóstico PET SCAN no âmbito de doença oncológica.

Esta cobertura não abrange:

- a) Pagamento das despesas de internamento relacionadas com cirurgias e tratamentos do foro estomatológico ou maxilo-facial, excepto se resultante de acidente garantido por este

Contrato;

- b) Cirurgias ou tratamentos refrativos à miopia, astigmatismo e hipermetropia (cirúrgico ou a laser), excepto para situações com mais de 4 dioptrias;
- c) Despesas de natureza particular, tais como: telefone ou aluguer de tv ou outras de natureza similar e com estas relacionadas;
- d) Enfermagem privativa;
- e) Honorários de parteiras;
- f) Despesas com acompanhantes, excepto nos casos de internamento de crianças de idade inferior a 12 anos;
- g) Despesas de saúde e internamento, quando, de acordo com o estado de saúde da Pessoa Segura, os tratamentos realizados constituam cuidados continuados ou tenham uma finalidade meramente paliativa, para convalescença, reabilitação psicomotora, recuperação ou motivos sociais;
- h) Interrupção Voluntária da Gravidez;
- i) Honorários médicos relativos ao médico obstetra, pediatra, bem como do anestesista, ajudantes e instrumentista quando se tratar de um parto.

CONDIÇÃO ESPECIAL

ACESSO A REDE MÉDICA (RNA Medical)

1. Esta cobertura assegurada, através da Rede de Assistência Médica (designada por RNA Medical), tem cobertura nacional e um vasto conjunto de prestadores de cuidados de saúde: especialidades médicas, hospitais, clínicas, centros de meios auxiliares de diagnóstico, centros de medicina física e reabilitação e prestadores de prevenção e bem-estar.
2. Através dos serviços de assistência, esta cobertura garante às Pessoas Seguras, portadores do respectivo cartão de saúde, o acesso a um conjunto de serviços na área da saúde, através do qual poderá usufruir de um conjunto de benefícios traduzidos em descontos de internamento, exames complementares de diagnóstico e outros, assim como o acesso a consultas de clínica geral e de especialidade a preços previamente convencionados, constantes das Condições Particulares.
3. Os valores convencionados para exames médicos e outros meios complementares de diagnóstico e terapêutica podem variar entre um valor mínimo e um valor máximo convencionado, cuja aplicação varia de acordo com o prestador da Rede. Sendo garantida a aplicação de um desconto mínimo de 15% face aos preços de venda ao público praticado pelo prestador da Rede.
4. As Pessoas Seguras deverão apresentar em cada utilização o cartão de saúde identificado com o logotipo da Rede de Assistência Médica (RNA Medical), acompanhado de um documento de identificação pessoal.
5. Fica a cargo da Pessoa Segura a totalidade do valor convencionado, que deve ser liquidado directamente ao Prestador aquando da realização da intervenção;
 - a) Existirá um co-pagamento por consulta de clínica geral e de especialidade, nos termos indicados nas Condições

Particulares.

b) Existirá um co-pagamento para consultas de Urgência, nos termos indicados nas Condições Particulares. Este valor corresponde ao valor de referência para a consulta de triagem em urgência, sendo os restantes actos médicos facturados individualmente.

c) O Segurador garante ainda às Pessoas Seguras, o acesso a Rede de Cirurgia, com pacotes cirúrgicos fechados que podem contemplar as seguintes rubricas:

- i) Diária de internamento;
- ii) Bloco operatório;
- iii) Honorários médicos.

d) Exames Auxiliares de Diagnóstico: valores convencionados, podendo ser consultados junto do respectivo prestador em www.universo.pt ou através do Serviço de Atendimento Permanente 24H/7.

CONDIÇÃO ESPECIAL **ACESSO A REDE BEM-ESTAR**

1. O Segurador, através dos serviços de assistência, garante à Pessoa Segura o acesso a cuidados de lazer e bem-estar a preços preferenciais através da Rede de Bem-Estar, uma rede diversificada e devidamente certificada, com condições de acesso adequadas e vantajosas.

2. Os descontos convencionados serão aplicados sobre o valor de venda a cargo do cliente, até ao máximo de 40%.

3. O Segurador não procede a reembolsos de despesas efectuadas na Rede Bem-Estar convencionada ou de quaisquer outras despesas relacionadas com cuidados de saúde, havidas sem o seu prévio consentimento ou não cobertas contratualmente.

4. A Rede de Bem-Estar é mutável pelo que o Segurador não assume qualquer responsabilidade pelas alterações que possam vir a ocorrer quer na Rede quer nos descontos acordados com cada Entidade, que podem ser mutáveis em função das condições de mercado ou mesmo alterados por decisão unilateral com o respectivo prestador.

CONDIÇÃO ESPECIAL **CONSULTA MÉDICA ONLINE**

1. O Segurador, através dos serviços de assistência, em caso de urgência, assegura a marcação de consulta de clínica geral através de vídeo chamada.

2. Esta garantia tem o limite de marcações de 4 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.

CONDIÇÃO ESPECIAL **ENVIO DE MÉDICO AO DOMICÍLIO**

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 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.

CONDIÇÃO ESPECIAL **ACESSO A REDE DE PARTOS**

1. O Segurador, através dos serviços de assistência, garante à Pessoa Segura o acesso a Rede de Partos convencionada com condições especiais, podendo ser consultada a lista actualizada em www.universo.pt.

2. A Rede de Partos tem cobertura nacional e é constituída por um vasto conjunto de prestadores de cuidados de saúde: especialidades médicas, hospitais, clínicas e centros de meios auxiliares de diagnóstico.

3. O Segurador, através dos serviços de assistência, garante às Pessoas Seguras, portadores do cartão de saúde o acesso a Rede de Partos, com descontos até 20% face ao preço de venda ao público praticado pelo prestador da Rede.

4. Em cada utilização, as Pessoas Seguras, deverão apresentar o cartão de Saúde acompanhado de documento de identificação pessoal.

CONDIÇÃO ESPECIAL **ACONSELHAMENTO MÉDICO**

1. Através da linha telefónica de atendimento 24 horas por dia, a Pessoa Segura poderá solicitar, à Equipa Médica do Segurador:

- a) Informação médica referente a doenças;
- b) Informação médica referente à prevenção de problemas de saúde;
- c) Informação sobre a correta administração de medicamentos;
- d) Apoio na compreensão de relatórios de laboratório, terminologia médica, interpretação de relatórios e diagnósticos;
- e) Explicação do funcionamento e preparação prévia necessária à realização de exames médicos complementares;
- f) Outras informações de interesse (informação relacionada

com saúde infantil, farmácias, etc.).

2. Caso não seja possível fornecer uma resposta imediata, o Segurador diligenciará no sentido de efectuar a procura de informações solicitadas e voltará a contactar com o cliente para transmitir as respectivas informações.

3. O Segurador não será responsável pelas interpretações do cliente nem pelas eventuais consequências das mesmas.

4. As eventuais informações médicas prestadas não poderão ser entendidas como uma consulta médica, mas tão somente como uma orientação geral prestada por um dos médicos do Segurador.

CONDIÇÃO ESPECIAL

ENVIO DE PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM AO DOMICÍLIO

1. Em caso de doença de que resulte acamamento ou incapacidade do cliente comprovada por relatório médico, o Segurador promoverá a procura e o envio de profissionais de enfermagem durante o tempo necessário à sua recuperação.

2. A utilização desta cobertura 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.

3. Esta garantia tem um co-pagamento a cargo da Pessoa Segura, nos termos indicados nas Condições Particulares, a ser liquidado directamente ao Prestador aquando da realização da intervenção.

CONDIÇÃO ESPECIAL

SEGUNDA OPINIÃO MÉDICA NACIONAL

1. O Segurador disponibiliza aos portadores do cartão de saúde, o acesso a 2.ª Opinião Médica através dos seus médicos consultores que efectuarão toda a gestão do processo clínico (recolha de provas diagnósticas, realização de consultas, análise e elaboração do respectivo diagnóstico com as respectivas recomendações diagnósticas e/ou terapêuticas e as devidas explicações à Pessoa Segura).

2. Ampla rede de médicos especialistas com elevado prestígio, especializados em cada uma das valências associadas a esta prestação de serviço.

3. Este serviço cobre as seguintes doenças graves:

- a) SIDA;
- b) Afasia;
- c) Doença de Alzheimer;
- d) Esclerose Múltipla;
- e) Cegueira;
- f) Transplantes de Órgãos;
- g) Tumor Cerebral Benigno;
- h) Cancro;
- i) Doenças Cardiovasculares;
- j) Doenças Neurológicas;
- k) Parkinson;

l) Surdez;

m) Coma;

n) Insuficiência Renal;

o) Doenças Terminais;

p) Trauma;

q) Paralisia;

r) AVC;

s) Queimaduras Graves.

4. Doenças e situações clínicas não abrangidas:

- Fica excluído o funcionamento de quaisquer actos médicos adicionais, ainda que resultantes de recomendação obtida no âmbito deste serviço.

CONDIÇÃO ESPECIAL

ACESSO A REDE DE FARMÁCIAS

O Segurador garante às Pessoas Seguras, portadoras do cartão de saúde o acesso a uma Rede convencionada de farmácias com condições especiais de desconto na aquisição de medicamentos comparticipados, medicamentos não comparticipados, cosmética, puericultura e higiene oral. Os descontos serão aplicados sobre o valor de venda a cargo do cliente, até ao máximo de 10% em medicamentos sujeitos a receita médica e até ao máximo de 15% de desconto noutros artigos.

CONDIÇÃO ESPECIAL

ACESSO A REDE DE ÓPTICAS

1. O Segurador garante às Pessoas Seguras, portadoras do cartão de saúde o acesso a uma Rede convencionada de ópticas com condições especiais de desconto na aquisição de óculos graduados, óculos de sol e lentes de contacto.

2. Os descontos serão aplicados sobre o valor de venda a cargo do cliente, até ao máximo de 40%.

CONDIÇÃO ESPECIAL

CHECK-UP ANUAL

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 de check-up anual a realizar 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.

CONDIÇÃO ESPECIAL

SERVIÇO DE ATENDIMENTO PERMANENTE 24H/7

1. O Segurador, através dos serviços de assistência, garante à Pessoa Segura uma linha de apoio disponível 24 horas por dia, 7 dias por semana.

2. A linha telefónica de atendimento está disponível através do número 210 419 219 (custo de chamada para rede fixa nacional).

CONDIÇÃO ESPECIAL

CENTRAL DE MARCAÇÃO DE CONSULTAS

O Segurador, através dos serviços de assistência, garante à Pessoa Segura o acesso a uma central de marcação de consultas disponível 24H/7 e disponível através da linha telefónica de apoio.