

Condições Gerais e Especiais 70

Seguro Saúde

ok.pt

ok!
seguros

ÍNDICE

Condições Gerais	3
Condições Especiais	30
701 internamento Hospitalar	30
702 Capital Diário por Internamento Hospitalar	32
703 Apoio Familiar no Internamento Hospitalar	34
704 Transporte de Urgência	34
705 Assistência Telefónica em Caso de Urgência	35
706 Cirurgia de Ambulatório em Ambiente Hospitalar	36
707 Parto Normal, Cesariana e Interrupção Involuntária da Gravidez	37
708 Acesso à Rede para Parto Normal, Cesariana e Interrupção Involuntária da Gravidez	38
709 Consultas, Exames e Tratamentos (Ambulatório)	39
710 Consultas	41
711 Acesso à Rede de Consultas, Exames e Tratamentos (Ambulatório)	42
712 Assistência Domiciliária	44
713 Assistência Médica Domiciliária	52
714 Assistência Clínica em Viagem	52
715 Estomatologia e Medicina Dentária	54
716 Acesso à Rede de Estomatologia e Medicina Dentária	56
717 Terapêuticas Não Convencionais	56
718 Acesso à Rede de Terapêuticas Não Convencionais	57
719 Próteses e Ortóteses	58
720 Acesso à Rede de Óticas	60
721 Medicamentos	60
722 Extensão de Coberturas ao Estrangeiro	61
723 Doenças Graves	61
724 Confirmação de Diagnóstico	66
725 Medicina Preventiva	68
726 Proteção ao Pagamento de Prémios de seguro	69

CLÁUSULA PRELIMINAR

Entre a Via Directa - Companhia de Seguros, S.A., adiante designada por Segurador e o Tomador do Seguro identificado nas Condições Particulares, estabelece-se o presente contrato de seguro que se regula pelas Condições Gerais, Especiais e Particulares desta Apólice, contratada de harmonia com as declarações constantes da Proposta que lhe serviu de base e que dele faz parte integrante.

CAPÍTULO I - CONTRATO

CLÁUSULA 1ª- DEFINIÇÕES

Para efeitos do presente contrato entende-se por:

Acesso à Rede de Óticas: Direito de acesso à Rede de Óticas, suportando a Pessoa Segura a totalidade dos respetivos custos, nos termos do disposto nas Condições Particulares.

Acesso à Rede de Terapêuticas Não Convencionais: Disponibilização de serviços de cuidados de saúde por recurso a terapêuticas não convencionais, garantidos pelo presente contrato de seguro, executados por prestadores da Rede Terapêuticas Não Convencionais, aos quais a Pessoa Segura tem acesso, suportando na totalidade os respetivos custos, nos termos do disposto nas Condições Particulares.

Acesso à Rede Médica: Disponibilização de serviços de cuidados de saúde, garantidos pelo presente contrato de seguro, executados por prestadores da Rede Médica, aos quais a Pessoa Segura tem acesso, suportando na totalidade os respetivos custos, nos termos do disposto nas Condições Particulares.

Acidente: Acontecimento fortuito, súbito e anormal, provocado por causa externa e alheia à vontade da Pessoa Segura e que nesta origine lesões corporais, clínica e objetivamente comprovadas.

Ata Adicional: Documento que formaliza uma alteração à Apólice.

Aderente: Aquele que subscreve a adesão a um Seguro de Grupo.

Agregado Familiar: O Tomador do Seguro ou, no caso de um seguro de grupo, o Aderente e as seguintes pessoas que com ele coabitem em economia comum:

- o cônjuge ou a pessoa com quem aquele viva em condições análogas às dos cônjuges;
- os ascendentes, os filhos, enteados e adotados do casal ou de qualquer deles, desde que economicamente dependentes (ainda que apenas de um dos membros do casal).

Ambiente Hospitalar: Conjunto de meios infraestruturais, recursos técnicos, tecnológicos e humanos diferenciados, que permitem executar cada ato com qualidade e segurança, incluindo a capacidade de resposta eficaz para eventos súbitos que ponham em risco a vida da Pessoa Segura, e que existem nas estruturas convencionalmente designadas por "Hospitais" ou outras que lhes equivalham.

Apólice: Documento que titula o contrato de seguro, constituído pelas respetivas Condições Gerais, Especiais e Particulares, a Proposta de Seguro ou Boletim de Adesão, no caso de Seguro de Grupo, e o Questionário Individual de Saúde, bem como as posteriores Atas Adicionais.

Apólice Aberta: Apólice de Seguro de Grupo em que o número de pessoas a segurar é variável, inicia-se com o mínimo de adesões definido, ocorrendo durante a vigência do contrato as inclusões e exclusões solicitadas pelo Tomador do Seguro.

Autorização: Aprovação do financiamento para prestação de cuidados de saúde, solicitado pela Pessoa Segura aos serviços clínicos do Segurador.

Beneficiário: Titular do direito às prestações seguras no contrato de seguro.

Boletim de Adesão: Documento preenchido pela Pessoa Segura, no Seguro de Grupo, em que esta se identifica e expressa a vontade de aderir ao contrato de seguro.

Capital Seguro: Montante máximo de participação de despesas de saúde por Pessoa Segura ou por Agregado Familiar, definido para cada uma das coberturas contratadas nas Condições Particulares.

Cartão ok! saúde: Cartão pessoal e intransmissível, que identifica a Pessoa Segura e permite o acesso aos cuidados de saúde prestados na Rede.

Certificado Individual de Seguro: Documento emitido pelo Segurador para cada uma das Pessoas Seguras, comprovativo da sua inclusão no Seguro.

Cirurgia de Ambulatório: Intervenção cirúrgica programada, realizada sob anestesia geral, loco-regional ou local, em ambiente hospitalar, com segurança e de acordo com a boa prática médica, em regime de admissão e alta no mesmo dia.

Coeficiente K: Coeficiente de ponderação para a valorização de atos médicos, utilizado no Código de Nomenclatura e Valor Relativo de Atos 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(s) franquia(s), nos termos definidos nas Condições Particulares.

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

Condições Gerais: Disposições que definem os princípios gerais do contrato e seu enquadramento.

Condições Particulares: Cláusulas que complementam as Condições Gerais e Especiais de um contrato 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) copagamento(s), o prêmio, o Tomador do Seguro, a(s) Pessoa(s) Segura(s) e o(s) Beneficiário(s).

Copagamento: Valor que fica a cargo da Pessoa Segura por cada utilização na Rede.

Doença: Alteração involuntária do estado de saúde, não causada por acidente, clínica e objetivamente comprovada.

Doença ou Lesão Preexistente: Doença ou lesão da qual a Pessoa Segura deveria ter conhecimento ou que não poderia ignorar, pela evidência dos sinais e sintomas ou por ter recebido em relação à mesma aviso médico ou tratamento, antes da data de início das garantias do contrato de seguro.

Doença ou Malformação Congénita: Doença e/ou malformação que se diagnostica ou identifica durante a gravidez e até 30 dias após o nascimento.

Doença Súbita: Alteração involuntária do estado de saúde, inesperada e aguda, que implica risco de morte ou perda funcional para a Pessoa Segura, necessitando de assistência médica urgente em ambiente hospitalar.

Estorno: Devolução ao Tomador do Seguro da totalidade ou parte do prêmio de seguro já pago.

Franquia: Valor, percentagem ou número de dias a cargo do Tomador do Seguro e/ou da Pessoa Segura, cujo montante, período ou forma de cálculo se encontra estipulado nas Condições Particulares e/ou no Certificado Individual de Seguro.

Franquia Anual: Franquia prioritariamente suportada por cada Pessoa Segura ou Agregado Familiar, por anuidade do seguro e até que se encontre esgotado o respetivo valor.

Implante: Material (prótese, ortótese, aparelho) e/ou substância com finalidade terapêutica ou de correção de alteração morfológica e/ou funcional, para colocação no organismo de um indivíduo.

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

Médico/Médico Dentista: Licenciado por uma Faculdade de Medicina ou Medicina Dentária, legalmente autorizado a exercer a profissão e cuja especialidade e inscrição sejam reconhecidas pela Ordem dos Médicos ou pela Ordem dos Médicos Dentistas em Portugal, bem como pelas entidades congéneres nos países onde exerçam a atividade, relativamente aos cuidados de saúde prestados fora do território nacional.

Pequena Cirurgia: Toda a intervenção cirúrgica que corresponda aos seguintes critérios cumulativos:

- não necessitar de bloco operatório para a sua realização;
- não exigir mudança completa de roupa pelo cirurgião;
- ser realizada sob anestesia local;
- não necessitar de cuidados especiais de recobro.

Período de Carência: Período que decorre entre a data de adesão da Pessoa Segura e a data em que podem ser acionadas determinadas coberturas do seguro, estipulado nas Condições Particulares ou no Certificado Individual de Seguro, no caso dos Seguros de Grupo.

Pessoa Segura: Pessoa cuja saúde se segura, identificada nas Condições Particulares da Apólice ou no Certificado Individual de Seguro.

Prémio: Valor pago ao Segurador pelo Tomador do Seguro ou pelas Pessoas Seguras, tratando-se de Seguro de Grupo Contributivo, como contrapartida da cobertura acordada.

Prestação Convencionada: Valor de Capital garantido pelo presente contrato de seguro, nas coberturas em que seja aplicável, de acordo com as condições da Apólice.

Prestações na Rede: Serviços garantidos pelo presente contrato de seguro, realizados em prestadores da Rede, nos quais a comparticipação das despesas é suportada

diretamente pelo Segurador e o respetivo acesso está sujeito aos critérios de utilização definidos pelo Segurador, incluindo a autorização para atos e procedimentos nos termos do disposto nas Condições Particulares.

Prestações por Reembolso: Serviços de cuidados de saúde garantidos pelo presente contrato de seguro, nos quais as despesas de saúde são pagas pela Pessoa Segura, sendo posteriormente objeto de comparticipação pelo Segurador, nos termos do disposto nas Condições Particulares.

Proposta de Seguro: Documento pelo qual um proponente declara que pretende subscrever um contrato de seguro.

Próteses e Ortóteses: Dispositivos que substituem total ou parcialmente um membro ou órgão (próteses) ou ajudam a cumprir no todo ou em parte a sua função (ortóteses).

Questionário Individual de Saúde: Documento anexo à Proposta de Seguro, através do qual cada proponente declara os elementos necessários à avaliação do risco pelo Segurador.

Rede de Óticas: Conjunto de fornecedores de ortóteses oftalmológicas, com os quais o Segurador celebrou acordo.

Rede de Terapêuticas Não Convencionais: Conjunto de prestadores de cuidados de saúde por recurso a Terapêuticas não convencionais, cuja atividade está subordinada ao respetivo enquadramento legal em vigor, com os quais existe um acordo para a prestação de serviços às Pessoas Seguras.

Rede Médica: Conjunto de prestadores de cuidados de saúde, nomeadamente Médicos/Médicos Dentistas, centros de diagnóstico, clínicas, unidades hospitalares e outras unidades de saúde, com os quais existe um acordo para a prestação de serviços às Pessoas Seguras, comparticipados diretamente pelo Segurador por conta da Pessoa Segura.

Segurador: A Via Directa – Companhia de Seguros, S.A., entidade legalmente autorizada para a exploração do Seguro de Saúde e que subscreve o presente contrato.

Seguro de Grupo: Contrato celebrado para um conjunto de pessoas ligadas ao Tomador do Seguro por um vínculo que não seja o de segurar.

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

Seguro de Grupo Não Contributivo: Seguro de Grupo em que o Tomador do Seguro suporta a totalidade do prémio.

Seguro Individual: Contrato celebrado para uma pessoa singular ou para um agregado familiar.

Serviço de Apoio ao Cliente: Serviço de apoio ao cliente, através do qual o Tomador do Seguro e as Pessoas Seguras podem obter esclarecimentos.

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

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 básicos.

Serviços Clinicamente Necessários: Serviços de cuidados de saúde, adequados ao tratamento de doença ou acidente enquadrável nas garantias do contrato, cuja necessidade e validade seja clínica e objetivamente constatada.

Sinistro/Ocorrência: O evento ou série de eventos resultantes de uma mesma causa, suscetível de acionar as garantias do contrato.

Terapeutas da Rede de Terapêuticas Não Convencionais: Prestadores de cuidados de saúde por recurso a Terapêuticas não convencionais, cuja atividade está subordinada ao respetivo enquadramento legal em vigor.

Tomador do Seguro: A pessoa singular ou coletiva que contrata com o Segurador, sendo responsável pelo pagamento do prémio.

Transplante: Colocação, no organismo de um indivíduo, de órgão, tecido ou células, provenientes quer do próprio indivíduo, quer de outro indivíduo, com finalidade terapêutica ou para correção de alteração morfológica.

Unidade de Saúde: Estabelecimento legalmente autorizado que tenha por objeto 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, bloco operatório e sala de recobro.

CLÁUSULA 2ª – OBJETO DO CONTRATO

1. O presente contrato garante à Pessoa Segura, em caso de doença manifestada ou acidente ocorrido durante a sua vigência, um conjunto de coberturas no domínio dos cuidados de saúde que pode integrar, conjunta ou isoladamente, prestações na rede, prestações por reembolso, acesso à rede, serviços de assistência e o pagamento de um capital diário por internamento hospitalar, conforme definido nestas Condições Gerais, nas Condições Especiais e nas Condições Particulares aplicáveis.

2. O presente contrato pode ainda garantir, quando tal se encontre expressamente indicado nas Condições Particulares ou no Certificado Individual de Seguro, o pagamento do prémio de seguro nos termos previstos na respetiva Condição Especial.

3. O presente contrato de seguro não garante quaisquer despesas médicas ou medicamentosas reclamadas pelo Serviço Nacional de Saúde ou por outro qualquer seguro ou subsistema de saúde de que a Pessoa Segura seja beneficiária.

4. Sem prejuízo do disposto no número anterior, e desde que a respetiva cobertura seja contratada, poderá ser garantido o reembolso das seguintes despesas médicas ou medicamentosas:

a) Taxas moderadoras;

b) Parte remanescente e não comparticipada pelas entidades referidas no número 3 desta cláusula, não podendo, em caso algum, este valor ser superior ao montante global da despesa incorrida, ou a incorrer, pela Pessoa Segura.

CLÁUSULA 3ª– BASE DO CONTRATO

A Proposta de Seguro, assinada pelo respetivo Tomador, o Questionário Individual de Saúde de cada Pessoa Segura e, tratando-se de Seguro de Grupo, o Boletim de Adesão de cada Pessoa Segura, bem como toda a documentação de carácter clínico necessária

à aceitação por parte do Segurador, constituem a base deste contrato e dele fazem parte integrante, determinando, em particular, o risco coberto.

CLÁUSULA 4ª -DECLARAÇÃO INICIAL DO RISCO

1. O Tomador do Seguro e a Pessoa Segura estão obrigados, antes da celebração do contrato, a declarar com exatidão todas as circunstâncias que conheçam e razoavelmente devam ter por significativas para a apreciação do risco pelo Segurador.

2. O disposto no nº 1 é igualmente aplicável a circunstâncias cuja menção não seja solicitada em questionário fornecido pelo Segurador.

3. Em caso de incumprimento doloso do disposto no nº 1, o contrato é anulável, nos termos e com as consequências previstas na Lei.

4. Em caso de incumprimento com negligência do disposto no nº 1, o Segurador pode optar pela cessação ou alteração do contrato, nos termos e com as consequências previstas na Lei.

CLÁUSULA 5ª- INÍCIO E DURAÇÃO DO CONTRATO

1. Desde que o prémio ou fração inicial seja pago, o presente contrato produz os seus efeitos a partir das zero horas do dia imediato ao da aceitação da Proposta pelo Segurador, salvo se, por acordo das partes, for estabelecida outra data para a produção de efeitos, a qual não pode, todavia, ser anterior à da receção da Proposta pelo Segurador. Tratando-se de Seguro de Grupo, as garantias do contrato entram em vigor, para cada Pessoa Segura, às zero horas do dia indicado no respetivo Certificado Individual de Seguro.

2. O contrato, tratando-se de Seguro Individual em que o Tomador do Seguro seja uma pessoa singular, considera-se aceite no 14º dia a contar da data de receção da Proposta pelo Segurador, a menos que entretanto o candidato a Tomador do Seguro seja notificado da recusa ou da sua antecipada aprovação, ou ainda da necessidade de recolher esclarecimentos essenciais para a avaliação do risco, ficando a aprovação, neste caso, dependente do envio e análise dos elementos solicitados. A aceitação será confirmada pelo Segurador através da emissão do cartão ok! saúde e respetivas Condições Particulares ou Certificado Individual de Seguro.

3. As Condições Particulares e os Certificados Individuais de Seguro, identificam as coberturas sujeitas a período de carência, bem como as franquias, os copagamentos e os valores máximos indenizáveis, de acordo com o previsto nas presentes Condições Gerais e nas Condições Especiais da Apólice.

4. O contrato pode ser celebrado por um ano a continuar pelos seguintes ou por um período certo e determinado, estando a sua duração definida nas Condições Particulares.

5. Quando o contrato for celebrado por um período de tempo determinado, os seus efeitos cessam às 24 horas do último dia do referido período.

6. Quando o contrato for celebrado por um ano a continuar pelos seguintes, considera-se sucessivamente renovado, salvo se qualquer 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 prêmio da anuidade subsequente ou da primeira fração deste.

7. Sem prejuízo do disposto nas cláusulas 8ª e 19ª, as prestações garantidas pelo Segurador respeitam exclusivamente a cada período de vigência do contrato, não havendo lugar a qualquer prorrogação ou extensão das garantias para além da data do seu vencimento e encontrando-se apenas garantidas as prestações convencionadas ou as despesas efetuadas em cada ano de vigência do contrato.

CLÁUSULA 6ª – ALTERAÇÕES AO CONTRATO

1. Pelo Segurador

Qualquer alteração de coberturas, capitais, franquias, copagamentos e prêmios, para vigorar na anuidade seguinte, deverá ser comunicada pelo Segurador ao Tomador do Seguro com uma antecedência mínima de 30 dias em relação à data de vencimento do contrato. **O Tomador do Seguro dispõe de um prazo de 30 dias, a contar da receção, para aceitar ou recusar a proposta, prazo este findo o qual se entende aprovada a modificação proposta, caso venha a ser pago o prêmio correspondente à anuidade subsequente ou à primeira fração desta.** Não sendo

aceite a proposta pelo Tomador do Seguro, o contrato deverá ter-se por denunciado pelo Segurador, para o termo da anuidade em curso.

2. Pelo Tomador do Seguro

As alterações ao contrato por iniciativa do Tomador do Seguro obedecem ao seguinte:

- a) A inclusão de Pessoas Seguras é solicitada ao Segurador, com preenchimento dos documentos indicados para o efeito. A inclusão de recém-nascidos num contrato que tenha como Pessoa Segura pelo menos um dos Pais, é aceite sem períodos de carência, sem doenças preexistentes e sem exclusão de doenças e malformações congénitas, desde que seja feita nos primeiros 30 dias de vida do bebé, retroagindo à data do seu nascimento.**
- b) A exclusão de Pessoas Seguras é solicitada mediante comunicação ao Segurador, com uma antecedência mínima de 30 dias em relação à data de produção de efeitos. O Segurador procederá ao estorno do prémio pago relativo ao período não decorrido.**
- c) A transferência da titularidade do seguro contratado é solicitada pelo Tomador do Seguro mediante comunicação ao Segurador, com uma antecedência mínima de 30 dias em relação à data de produção de efeitos, incluindo a aceitação da Pessoa Segura que será titular do novo contrato, iniciando-se o mesmo no dia seguinte, com preenchimento de Proposta, mas sem necessidade de novo Questionário Individual de Saúde.**
- d) A alteração para outro seguro ou opção em comercialização é solicitada com uma antecedência mínima de 90 dias em relação à data de renovação.**

A partir da data de início do novo seguro ou opção, são considerados períodos de carência relativos a novas coberturas ou a aumentos de capital nas coberturas do seguro ou opção anterior.

CLÁUSULA 7ª- DIREITO DE LIVRE RESOLUÇÃO

1. O Tomador do Seguro que seja pessoa singular, dispõe de um prazo de 30 dias, a contar da receção da Apólice, para resolver o contrato, mediante

comunicação por escrito, em suporte de papel ou outro meio duradouro disponível e acessível ao Segurador.

2. O prazo referido no nº 1 conta-se a partir da data da celebração do contrato, desde que o Tomador do Seguro nessa data disponha, em papel ou noutro suporte duradouro, de todas as informações relevantes sobre o seguro que tenham de constar da Apólice.

3. O exercício do direito de livre resolução determina a cessação do contrato, extinguindo todas as obrigações dele decorrentes, com efeitos a partir da celebração do mesmo, tendo o Segurador direito:

- a) Ao valor do prémio calculado pro rata temporis, na medida em que tenha suportado o risco até à resolução do contrato;**
- b) Ao montante das despesas razoáveis que tenha efetuado com exames médicos, sempre que esse valor seja imputado contratualmente ao Tomador do Seguro.**

CLÁUSULA 8ª- RESOLUÇÃO DO CONTRATO E EXCLUSÃO DA PESSOA SEGURA

1. O contrato de seguro pode ser resolvido por qualquer das partes, a todo o tempo, havendo justa causa, nos termos gerais.

2. A resolução do contrato por falta de pagamento do prémio fica sujeita ao disposto nas disposições legais e contratuais aplicáveis.

3. A resolução do contrato produz os seus efeitos às 24 horas do próprio dia em que se verifique.

4. A Pessoa Segura poderá, no Seguro de Grupo contributivo, ser excluída do seguro quando não entregue ao Tomador do Seguro ou ao Segurador, consoante o que estiver convencionado, a quantia destinada ao pagamento do prémio, aplicando-se, com as devidas adaptações, as regras sobre a falta de pagamento de prémios no que respeita à adesão.

5. A Pessoa Segura poderá ainda ser excluída quando ela ou o beneficiário, com conhecimento daquela, pratique atos fraudulentos em prejuízo do Segurador ou do Tomador do Seguro.

6. A exclusão da Pessoa Segura prevista no número 5 não tem eficácia retroativa e deve ser exercida, por declaração escrita, com aviso prévio de 8 dias, pelo Segurador.

CLÁUSULA 9ª CADUCIDADE DO CONTRATO

1. O contrato de seguro caduca automaticamente na data do seu termo, tratando-se de seguro celebrado por um período de tempo certo e determinado.

2. Tratando-se de seguro celebrado por um ano a continuar pelos anos seguintes, cada uma das adesões caduca automaticamente:

- a) No termo da anuidade em que a Pessoa Segura deixe de reunir as condições que lhe permitiram integrar o grupo seguro;**
- b) No termo da anuidade em que a Pessoa Segura completar a idade limite estabelecida pelo Segurador nas Condições Particulares;**
- c) No termo da anuidade em que a Pessoa Segura deixe de fazer parte do Agregado Familiar, ou no caso de descendente ou adotado, deixe de ser considerado economicamente dependente.**

CLÁUSULA 10ª- COEXISTÊNCIA DE CONTRATOS

Existindo à data do sinistro mais do que um contrato de seguro, garantindo os mesmos riscos, assiste ao Segurado, nos termos previstos na Lei, o direito de escolher o Segurador que pretenda que satisfaça a prestação devida, nos limites da respetiva autorização, sem prejuízo do disposto na alínea b), do n.º 4, da Cláusula 2.ª.

CLÁUSULA 11ª- COMUNICAÇÕES E NOTIFICAÇÕES

1. As comunicações e notificações do Tomador do Seguro e da Pessoa Segura previstas nesta Apólice, consideram-se válidas e plenamente eficazes caso sejam efetuadas por

escrito ou por outro meio do qual fique registo duradouro para a sede social do Segurador.

2. A alteração de morada ou de sede do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura, deve ser comunicada ao Segurador nos 30 dias subsequentes à data em que se verifiquem, sob pena das comunicações ou notificações que o Segurador venha a efetuar para a morada desatualizada se terem por válidas e eficazes.

3. As comunicações e notificações do Segurador previstas nesta Apólice, consideram-se válidas e plenamente eficazes caso sejam efetuadas por escrito ou por outro meio do qual fique registo duradouro, para a última morada do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura constante do contrato, ou entretanto comunicada nos termos previstos no número anterior.

CAPÍTULO II – GARANTIAS

CLÁUSULA 12ª- ÂMBITO DAS GARANTIAS

1. Quanto às Pessoas Seguras

São beneficiários das garantias conferidas pelo presente contrato as Pessoas Seguras identificadas nas Condições Particulares, após aceitação expressa do Segurador.

A aceitação do seguro, relativamente a cada Pessoa Segura, efetiva-se através da emissão pelo Segurador das condições contratuais, do cartão ok! saúde e, nos Seguros de Grupo, do Certificado Individual de Seguro, podendo algumas coberturas estar sujeitas a períodos de carência, a franquias, a copagamentos e a valores máximos indemnizáveis, de acordo com o previsto nas presentes Condições Gerais, nas Condições Especiais e Particulares da Apólice.

2. Quanto ao Âmbito das Coberturas

O contrato de seguro pode garantir, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Especiais e Particulares, as seguintes coberturas:

701 Internamento Hospitalar;

- 702 Capital Diário por Internamento Hospitalar;**
- 703 Apoio Familiar no Internamento Hospitalar;**
- 704 Transporte de Urgência;**
- 705 Assistência Telefónica em Caso de Urgência;**
- 706 Cirurgia de Ambulatório em Ambiente Hospitalar;**
- 707 Parto Normal, Cesariana e Interrupção Involuntária da Gravidez;**
- 708 Acesso à Rede para Parto Normal, Cesariana e Interrupção Involuntária da Gravidez;**
- 709 Consultas, Exames e Tratamentos (Ambulatório);**
- 710 Consultas;**
- 711 Acesso à Rede de Consultas, Exames e Tratamentos (Ambulatório);**
- 712 Assistência Domiciliária**
- 713 Assistência Médica Domiciliária;**
- 714 Assistência Clínica em Viagem;**
- 715 Estomatologia e Medicina Dentária;**
- 716 Acesso à Rede de Estomatologia e Medicina Dentária;**
- 717 Terapêuticas Não Convencionais;**
- 718 Acesso à Rede de Terapêuticas Não Convencionais;**
- 719 Próteses e Ortóteses;**
- 720 Acesso à Rede de Óticas;**
- 721 Medicamentos;**
- 722 Extensão de Coberturas ao Estrangeiro;**
- 723 Doenças Graves**
- 724 Confirmação de Diagnóstico**
- 725 Medicina Preventiva;**
- 726 Proteção ao Pagamento de Prémios de Seguro.**

As coberturas efetivamente contratadas constam das Condições Particulares e/ou do Certificado Individual de Seguro.

O contrato de seguro pode ainda ser extensivo a outras coberturas, desde que devidamente identificadas nas Condições Particulares e definidas por Condição Especial própria.

3. Quanto ao Regime das Prestações

As garantias consignadas pelo presente contrato, podem revestir a modalidade de prestações na rede, prestações por reembolso ou a modalidade mista de prestações na rede e de prestações por reembolso. Quando contratadas as Condições Especiais 708, 711, 716, 718, 720 e, será aplicável ainda a modalidade de acesso à rede.

A modalidade contratada, constará das respetivas Condições Especiais ou Particulares e/ou do Certificado Individual de Seguro.

3.1. Regime de Prestações na(s) Rede(s)

Nesta modalidade, o Segurador garante à Pessoa Segura o acesso a um conjunto de serviços de cuidados de saúde integrados na(s) Rede(s), cujas condições de utilização se encontram previstas nestas Condições Gerais e nas Condições Especiais aplicáveis, nos termos e limites fixados nas Condições Particulares ou no Certificado Individual de Seguro.

O acesso a determinados serviços de Rede pode necessitar de autorização.

Quando a Pessoa Segura recorra aos referidos serviços, sem que tenha sido concedida a autorização necessária, ou quando recorra a qualquer outro serviço sem se identificar com o seu cartão ok! saúde, aplicar-se-á às despesas o regime de prestações por reembolso.

No regime de prestações na rede, a Pessoa Segura suporta o pagamento da(s) franquia(s) e/ou copagamento(s) indicado(s) nas Condições Particulares. Quando por indisponibilidade do sistema informático ou outro motivo devidamente fundamentado e não imputável à Pessoa Segura, não for possível o processamento do valor da(s) franquia(s) e/ou copagamento(s), a Pessoa Segura suporta a despesa de saúde na totalidade e envia-a, posteriormente, ao Segurador, por forma a ser efetuado o respetivo pagamento, nos termos do regime de prestações na rede.

A informação sobre os prestadores que integram a Rede está disponível e permanentemente atualizada em ok.pt.

3.2. Regime de Prestações por Reembolso

Nesta modalidade, o Segurador garante o reembolso de despesas efetuadas pela Pessoa Segura com cuidados de saúde, junto de prestadores ou serviços não integrados nas Redes, nos termos e limites fixados nestas Condições Gerais, nas Condições Especiais e nas Condições Particulares aplicáveis.

O reembolso efetuar-se-á de acordo com os seguintes critérios:

- a) O reembolso de Honorários Médicos estará sujeito aos parâmetros de valorização dos atos médico-cirúrgicos de acordo com a tabela de valores relativos estabelecidos pela Ordem dos Médicos no Código de Nomenclatura de Valores Relativos de Atos Médicos, até ao montante máximo indicado nas Condições Particulares ou no Certificado Individual de Seguro.
- b) Relativamente a todas as despesas garantidas pelo contrato e não incluídas na alínea anterior, o Segurador reembolsará a Pessoa Segura nos termos e limites fixados nas Condições Particulares ou no Certificado Individual de Seguro.

3.3. Regime de Acesso à(s) Rede(s)

Nesta modalidade, o Segurador garante o acesso da Pessoa Segura a serviços de cuidados de saúde, realizados em prestadores de Rede, suportando a Pessoa Segura os respetivos custos na totalidade, nos termos do disposto na respetiva Condição Especial e nas Condições Particulares ou no Certificado Individual de Seguro.

A informação sobre os prestadores que integram as Redes está disponível e permanentemente atualizada em ok.pt.

3.4. Prestação Convencionada

Garantia de pagamento de um Capital, nos termos e limites fixados na Apólice.

CLÁUSULA 13ª- INÍCIO E DURAÇÃO DAS GARANTIAS

1. Só poderão ser admitidos os candidatos a Pessoas Seguras cuja idade respeite o limite definido para a subscrição e hajam respondido ao respetivo Questionário Individual de Saúde, quando necessário.

2. As garantias do contrato entram em vigor após o decurso dos períodos de carência, indicados para cada cobertura nas Condições Especiais, nas Condições Particulares ou no Certificado Individual de Seguro, sendo os mesmos contados a partir da data de adesão de cada Pessoa Segura.

3. Para além do período de carência estabelecido para o Internamento Hospitalar e para a Cirurgia de Ambulatório em Ambiente Hospitalar, são ainda aplicáveis os seguintes períodos de carência por terapêutica de patologia:

- 180 dias: Tratamento cirúrgico das hérnias abdominais, colecistectomia, miomectomia, hemorroidectomia e outros tratamentos afins, tratamento cirúrgico da apneia do sono e excisão cirúrgica de lesões benignas na pele;

- 360 dias: Faciemulsificação, cirurgia de varizes, adenoidectomia com ou sem amigdalectomia e/ou miringotomia, artrotomia e/ou artroscopia, septoplastia e/ou microcirurgia endonasal, meniscectomia, extirpação de hérnia discal e laserterapia de lesões benignas da pele.

4. Não são aplicáveis Períodos de Carência em caso de Acidente ou Doença Súbita que inclua tratamento hospitalar urgente (em regime de internamento ou ambulatório), por implicar risco de vida ou perda funcional para a Pessoa Segura.

CLÁUSULA 14ª- CARTÃO OK! SAÚDE

1. Para recorrer aos serviços garantidos pelo contrato nas Redes, a Pessoa Segura deve apresentar o seu Cartão ok! saúde e um documento de identificação com fotografia. Em caso de extravio do cartão ok! 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.

2. O Cartão ok! saúde é propriedade do Segurador e só pode ser utilizado pelo seu titular, nos termos e para os efeitos previstos no presente contrato.

CLÁUSULA 15ª- 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, bem como para os cuidados de saúde prestados no estrangeiro no âmbito da Rede Médica.

Ficam, no entanto, garantidas as despesas com cuidados de saúde prestados no território europeu se a deslocação não exceder o período de tempo definido nas Condições Particulares e desde que sejam consequência de acidente ou urgência, devidamente comprovados por relatório médico circunstanciado.

CLÁUSULA 16ª- EXCLUSÕES

Salvo convenção expressa em contrário, constante das Condições Particulares ou das Condições Especiais efetivamente contratadas, ficam excluídas do âmbito da cobertura do seguro as despesas decorrentes de:

- 1. Serviços prestados por Médicos e outros profissionais de saúde que sejam cônjuge, pais, filhos ou irmãos da Pessoa Segura, bem como pela Pessoa Segura a si própria e, ainda, em estabelecimentos de que a Pessoa Segura seja proprietária;**
- 2. Consequências de atraso injustificado ou negligência imputáveis ao prestador de cuidados de saúde ou à Pessoa Segura no recurso a assistência médica, ou da recusa ou inobservância de tratamentos que lhe tenham sido prescritos;**
- 3. Consultas ou exames médicos que sejam necessários para a emissão de atestados, declarações, certificados ou informação de qualquer tipo de documento que não tenha fins assistenciais ou terapêuticos;**
- 4. Assistência hospitalar por razões de caráter meramente social;**
- 5. Correção de Doenças ou Malformações Congénitas, exceto para recém-nascidos cuja inclusão for efetuada nos termos da alínea a) do n. °2 da cláusula 6ª;**

- 6. Doenças, Lesões ou Deformações Preexistentes à data da celebração deste contrato, não sendo aplicáveis caso estejam estabelecidos Períodos de Carência específicos para determinadas patologias ou tratamentos;**
- 7. Utilização abusiva de medicamentos;**
- 8. Alcoolismo e doenças resultantes do consumo de bebidas alcoólicas;**
- 9. Utilização de estupefacientes e narcóticos quando não prescritos por médico;**
- 10. Tratamentos relacionados com a toxicodependência;**
- 11. Patologias ou tratamentos relacionados, direta ou indiretamente, com infecção por vírus de imunodeficiência humana (HIV);**
- 12. Tratamentos relacionados, direta ou indiretamente, com infecção por vírus da hepatite, excetuando os resultantes da hepatite A;**
- 13. Acidentes ou Doenças provenientes de tentativa de suicídio ou automutilação, de participação em apostas ou desafios, intervenção em duelos e rixas ou da prática de atos dolosos ou gravemente culposos ou ilícitos por parte da Pessoa Segura;**
- 14. Perturbações do foro da saúde mental, consequentes ou não de outra doença que careça de internamento, sessões de psicologia, psicanálise, psicoterapia, hipnose e terapia do sono.**
- 15. Disfunções sexuais, exceto em consequência de doença garantida pela Apólice;**
- 16. Tratamentos e/ou cirurgia para mudança de sexo;**
- 17. Infertilidade e atos médicos praticados no âmbito da reprodução medicamente assistida nomeada, mas não exclusivamente, consultas, testes, tratamentos de infertilidade, métodos de fecundação artificial, fertilização in vitro ou procedimentos de transferência embrionária, bem como as consequências da aplicação dos mesmos;**
- 18. Métodos anticoncepcionais e de planeamento familiar bem como despesas efetuadas para reverter os efeitos de uma cirurgia de esterilização voluntariamente realizada;**

- 19. Interrupção voluntária da gravidez, incluindo situações clínicas dela decorrentes;**
- 20. Tratamentos e/ou cirurgia de regularização do peso;**
- 21. Tratamentos ou cirurgias do foro estético, plástico ou reconstrutivo, desde que não tenham origem em Acidente coberto pelo seguro ou não decorram de Doença manifestada durante a vigência do contrato que os justifiquem;**
- 22. Tratamentos de hemodiálise crônica;**
- 23. Tratamentos cirúrgicos ou laser para correção de erros de refração da visão, nomeadamente em caso de miopia, astigmatismo e hipermetropia;**
- 24. Intervenções cirúrgicas para correção da roncopatia, exceto em caso de apneia;**
- 25. Transplantes e Implantes incluindo todos os atos clínicos, atos laboratoriais e materiais necessários;**
- 26. Consultas e tratamentos em áreas não reconhecidas pela Ordem dos Médicos, assim como em áreas não enquadradas na Legislação sobre Terapêuticas Não Convencionais;**
- 27. Tratamentos experimentais ou que necessitem de comprovação médica;**
- 28. Acidentes e Doenças com cobertura em seguros obrigatórios, até aos limites garantidos pelos mesmos;**
- 29. Acidentes de trabalho, acidentes em serviço e doenças profissionais;**
- 30. Doenças infetocontagiosas, quando em situação de epidemia declarada pelas autoridades competentes;**
- 31. Doenças ou sequelas resultantes de radioatividade, incluindo consequências de utilização de armas bacteriológicas e/ou de agentes químicos;**
- 32. Acidentes decorrentes de:**
 - a) Participação em competições desportivas e respetivos treinos, quer como profissional quer como amador;**

- b) Prática de desportos terrestres motorizados; BTT; Artes marciais, luta e boxe; Paraquedismo, incluindo a prática de queda livre, parapente e asa delta; Saltos ou saltos invertidos com mecanismo de suspensão corporal (bungee jumping); Tauromaquia e largadas de touros ou rezes; Caça de animais ferozes ou que reconhecidamente sejam considerados perigosos; Hipismo; Moto náutica e esqui aquático; Desportos náuticos praticados sobre prancha; Descida de torrentes ou correntes originadas por desníveis nos cursos de água; Mergulho; Caça submarina; Desportos praticados sobre a neve e o gelo; Alpinismo e escalada; "slide" e "rappel"; espeleologia;**
 - c) Cataclismos da natureza, atos de guerra, declarada ou não, de terrorismo, de sabotagem e de perturbações da ordem pública;**
- 33. Tratamentos de enfermagem privados e/ou prestados no domicílio, bem como a realização domiciliária de quaisquer exames ou tratamentos (incluindo a fisioterapia);**
- 34. Tratamentos termais e estadias em termas, sanatórios, lares, residências assistidas, casas de repouso, convalescença e cuidados continuados, centros de tratamento de toxicodependência e/ou alcoolismo e outros estabelecimentos similares;**
- 35. Ginástica, natação, massagens e outros similares, ainda que prescritos pelo Médico, exceto os que resultem de doença ou acidente enquadráveis nas garantias do contrato;**
- 36. Despesas efetuadas por acompanhantes da Pessoa Segura, exceto em caso de internamento hospitalar de menores até aos catorze anos de idade ou de cidadãos portadores de deficiência congénita ou adquirida;**
- 37. Consultas, meios complementares de diagnóstico e terapêutica, tratamentos e outras despesas realizadas em estabelecimentos que prestam cuidados de saúde sem a necessária autorização legal, assim como em entidades não autorizadas a prestar cuidados de saúde, tais como ginásios, centros de beleza e bem-estar e outras entidades semelhantes;**
- 38. Deslocações e estadias, incluindo as de acompanhantes da Pessoa Segura;**
- 39. Despesas com Serviços que não sejam clinicamente necessários.**

CLÁUSULA 17ª- VALORES SEGUROS, FRANQUIAS E COPAGAMENTOS

- 1. Os valores máximos garantidos por esta Apólice, assim como as franquias e copagamentos contratados, constam das Condições Particulares e/ou do Certificado Individual de Seguro e vigoram em cada anuidade do contrato.**
- 2. Para cálculo dos limites dos capitais garantidos concorrem os valores de despesas suportadas pelo Segurador, quer na modalidade de Prestações na Rede, quer na modalidade de Prestações por Reembolso.**
- 3. O Segurador garante o financiamento, em moeda Euro, das despesas efetuadas, até ao limite contratado, em cada período de vigência do contrato.**
- 4. Salvo convenção em contrário, expressa nas Condições Particulares ou no Certificado Individual de Seguro, nas situações de acerto de vencimento, os valores garantidos são proporcionais ao tempo em risco.**

CLÁUSULA 18ª- ÔNUS DA PROVA

Impende sobre a Pessoa Segura o ônus da prova da veracidade das declarações, podendo o Segurador exigir-lhe os meios de prova adequados e que estejam ao seu alcance.

CLÁUSULA 19ª 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 por um contrato de seguro posterior, ou tratando-se de Seguro de Grupo, em caso de não renovação da adesão da Pessoa Segura, o Segurador fica, pelo período de 2 anos e até que se mostre esgotado o capital seguro disponível na anuidade em que o contrato ou a adesão, tratando-se de Seguro de Grupo, cessar a sua vigência, com a obrigação de efetuar 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 doença nos trinta dias imediatos ao termo do contrato, salvo justo impedimento.

3. Em caso de não renovação do contrato ou da cobertura, as autorizações emitidas e ainda não utilizadas caducam automaticamente na data do termo do mesmo, sem prejuízo do estabelecido nos números anteriores da presente Cláusula.

CAPÍTULO III - OBRIGAÇÕES E DIREITOS

CLÁUSULA 20ª- OBRIGAÇÕES DO SEGURADOR

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

- a) Fornecer o cartão ok! saúde referido na cláusula 14ª, bem como disponibilizar informações sobre os serviços da Rede Médica e da Rede de Terapêuticas Não Convencionais;
- b) Analisar com prontidão e diligência os pedidos de autorização, decidindo sobre os mesmos em prazo não superior a 5 dias úteis, contados desde a data em que forem recebidos todos os elementos necessários à sua apreciação;
- c) Proceder ao reembolso das despesas garantidas, no prazo máximo de 30 dias úteis a contar da data em que foi firmada a sua responsabilidade e efetuado o apuramento das participações a pagar, de acordo com o estipulado nas Condições Particulares. Se decorrido este prazo, o Segurador, na posse de todos os elementos indispensáveis ao reembolso das prestações, não tiver realizado essa

obrigação, por causa não justificada ou que lhe seja imputável, incorrerá em mora, vencendo a indemnização juros à taxa legal em vigor.

CLÁUSULA 21ª- OBRIGAÇÕES DO TOMADOR DO SEGURO E DA PESSOA SEGURA

1. Em caso de sinistro coberto pelo presente contrato, o Tomador do Seguro e a Pessoa Segura, sob pena de responderem por perdas e danos, obrigam-se a:

- a) Tomar as medidas ao seu alcance para evitar o agravamento do sinistro;
- b) Participar o Sinistro ao Segurador, por escrito, nos 8 dias imediatos à sua ocorrência;**
- c) Realizar, sempre que solicitados, exames que serão suportados pelo Segurador em Médicos por ele designados, cessando a responsabilidade do mesmo se o não fizer;
- d) Autorizar, no âmbito de sinistro que motive um pedido de prestação ou de reembolso por cuidados de saúde ao abrigo do contrato de seguro, os Médicos e outros profissionais ou instituições de saúde a que tenha recorrido, a prestar ao Médico que o Segurador designar, as informações por este solicitadas relativas ao seu estado de saúde e aos serviços clínicos prestados.

2. No regime de Prestações por Reembolso, o Tomador do Seguro e a Pessoa Segura obrigam-se ainda a apresentar ao Segurador os recibos originais das despesas, no prazo máximo de 120 dias a contar da data da sua realização.

Sempre que os originais tenham sido utilizados pela Pessoa Segura para pedido de reembolso de despesas a outra entidade, podem ser apresentadas fotocópias dos mesmos, desde que acompanhados de declaração emitida pela mesma entidade que faça prova do valor total da despesa e do valor do reembolso; de igual modo, sempre que a Pessoa Segura necessite de apresentar os originais para efeitos de pedido de reembolso posterior a outra entidade, apresentará para o efeito fotocópias dos mesmos, acompanhadas de declaração emitida pelo Segurador, por forma a fazer prova do valor total da despesa e do valor do reembolso.

3. O Segurador não assume a responsabilidade pelas consequências de atraso ou negligência imputáveis à Pessoa Segura no recurso à assistência, o mesmo acontecendo se ela se recusar a seguir os tratamentos prescritos.

4. O Tomador do Seguro e a Pessoa Segura, respondem nos termos legais por perdas e danos, nos casos de fraude, simulação e falsidade para justificar despesas de saúde ou

em qualquer outro uso de meios dolosos, que visem uma utilização abusiva do contrato para obter um benefício ilegítimo.

CLÁUSULA 22ª- SUB-ROGAÇÃO

1. O Segurador, uma vez paga a prestação, fica, nos termos da Lei, sub-rogado, até à concorrência do valor da mesma, em todos os direitos da Pessoa Segura contra terceiro responsável pelos prejuízos, obrigando-se aquela a praticar o que necessário for para efetivar esses direitos.
2. A Pessoa Segura responderá por perdas e danos por qualquer ato ou omissão voluntária que possa impedir ou prejudicar o exercício desses direitos.

CLÁUSULA 23ª- EFICÁCIA EM RELAÇÃO A TERCEIROS

As exceções, invalidades e demais disposições que, de acordo com o presente contrato ou com a Lei, sejam invocáveis face ao Tomador do Seguro ou à Pessoa Segura, sê-lo-ão igualmente em relação a Terceiros que dele beneficiem.

CLÁUSULA 24ª- COMPENSAÇÃO DE CRÉDITOS

No ato 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.

CAPÍTULO IV – PRÉMIO

CLÁUSULA 25ª- PAGAMENTO DO PRÉMIO

1. A cobertura dos riscos depende do prévio pagamento do prémio.
2. O Prémio ou fração inicial é devido na data da celebração do contrato. A falta de pagamento do prémio inicial ou da primeira fração deste, na data de vencimento, determina a resolução automática do contrato a partir da data da sua celebração.
3. Os Prémios ou frações seguintes são devidos nas datas estabelecidas na Apólice.

4. Nos termos da Lei, o Segurador avisará o Tomador do Seguro, por escrito, até 30 dias antes da data em que os Prêmios ou frações seguintes são devidos. Se, porém, tiver sido acordado o pagamento do prêmio em frações 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 frações, os seus montantes e as consequências da falta de pagamento.

5. A falta de pagamento do Prêmio de uma anuidade subsequente ou da 1ª fração deste na data em que é devido, impede a prorrogação do contrato, pelo que este não se renovará. A falta de pagamento de qualquer outra fração do Prêmio na data em que é devida, determina a resolução automática e imediata do contrato nessa mesma data.

6. A falta de pagamento, na data indicada no aviso, de um Prêmio adicional, desde que este decorra de um pedido do Tomador do Seguro para alteração da garantia que não implique agravamento do risco, determinará que a alteração fique sem efeito, mantendo-se as condições contratuais em vigor anteriormente àquele pedido, a menos que a subsistência do contrato se revele impossível, caso em que se considera resolvido na data do vencimento do Prêmio não pago.

7. As disposições dos números anteriores são aplicáveis ao pagamento dos Prêmios ou frações devidos por cada um dos aderentes ao Seguro de Grupo, quando este seguro seja contributivo e o Tomador do Seguro e o Segurador hajam estabelecido que o respetivo pagamento seja efetuado ao Segurador pelo aderente.

CLÁUSULA 26ª- FRACIONAMENTO DO PRÉMIO

O pagamento do Prêmio anual de seguro, por acordo entre o Segurador e o Tomador do Seguro, pode ser repartido em frações mensais, trimestrais ou semestrais.

CLÁUSULA 27ª- ALTERAÇÃO DO PRÉMIO

1. Não havendo alteração no risco, qualquer alteração do prêmio aplicável ao contrato apenas poderá efetivar-se no vencimento anual seguinte, mediante aviso do Segurador

ao Tomador do Seguro, com uma antecedência mínima de 30 dias sobre a data da renovação do contrato.

2. No entanto, haverá lugar a alteração automática do prémio do contrato, sem necessidade de qualquer comunicação prévia, sempre que se verifique mudança de escalão etário da Pessoa Segura, sendo para este efeito considerada a idade da mesma no primeiro dia de cada anuidade.

CLÁUSULA 28ª- ESTORNO DO PRÉMIO

Quando, por força de alteração ou resolução do contrato, houver lugar, nos termos da Lei, a estorno ou reembolso do prémio, este será calculado nos seguintes termos:

- a) Se a iniciativa for do Segurador, este devolverá ao Tomador do Seguro uma parte do prémio, calculado proporcionalmente ao período de tempo não decorrido até à data do vencimento;
- b) Se a iniciativa for do Tomador do Seguro, o Segurador devolverá ao Tomador do Seguro uma parte do prémio, calculado proporcionalmente ao período de tempo não decorrido até à data do vencimento, deduzida do custo de emissão da Apólice;
- c) Quando, no decurso de uma mesma anuidade, ocorrer um ou mais sinistros, para efeito de cálculo do prémio a devolver, atender-se-á apenas à parte do capital seguro que exceda o valor global das despesas a cargo do Segurador.

CAPÍTULO V - LEGISLAÇÃO E RESOLUÇÃO DE LITÍGIOS

CLÁUSULA 29ª- LEI APLICÁVEL

A Lei aplicável ao presente contrato é a Portuguesa.

CLÁUSULA 30ª- RECLAMAÇÕES

A apresentação de qualquer reclamação relacionada com o presente contrato ou com as obrigações e direitos dele decorrentes, pode ser efetuada diretamente ao Segurador ou através da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões, autoridade de supervisão da atividade Seguradora.

CLÁUSULA 31ª- ARBITRAGEM E FORO COMPETENTE

1. Todas as divergências que possam surgir em relação à validade, interpretação, execução e incumprimento deste contrato de seguro, podem ser resolvidas por meio de arbitragem, nos termos da respectiva Lei em vigor.
2. O foro competente para dirimir qualquer litígio emergente deste contrato é o fixado na lei civil.

CLÁUSULA PRELIMINAR

Na parte aqui não especificamente regulamentada, aplicam-se às Condições Especiais a seguir indicadas as disposições constantes das Condições Gerais do Seguro de Saúde.

701. INTERNAMENTO HOSPITALAR

1. COBERTURA

A presente Condição Especial garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, o pagamento de despesas efetuadas, adiante indicadas, com os atos 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. Ainda que o internamento tenha duração inferior a 24 horas, está também garantido o pagamento das despesas acima referidas, quando decorrentes de cirurgia de ambulatório cuja valorização relativa seja igual ou superior a 100 K, de acordo com as valorizações estabelecidas pelo Código de Nomenclatura e Valor Relativo de Atos Médicos, publicado pela Ordem dos Médicos.

Ficam abrangidas por esta Condição Especial as despesas efetuadas com:

- a) Acomodação e utilização das infraestruturas necessárias para a realização dos atos médicos (diárias, bloco operatório, recobro, unidade de cuidados intensivos e equipamentos);**
- b) Honorários médicos e de enfermagem, relacionados com a assistência prestada;**
- c) Medicamentos, materiais e todos os produtos associados aos cuidados prestados;**
- d) Exames auxiliares de diagnóstico, associados aos atos médicos realizados;**
- e) Material de osteossíntese e próteses intracirúrgicas;**
- f) Cirurgias de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial, exceto Cirurgias em Ambiente Hospitalar Sem Internamento;**

- g) Tratamentos de Quimioterapia Citostática e Radioterapia, ainda que realizadas em Ambulatório.**

2. EXCLUSÕES

Para além das exclusões previstas nas Condições Gerais, a presente Condição Especial não garante despesas:

- a) Decorrentes da realização de pequena cirurgia, qualquer que seja o período de permanência na Unidade Hospitalar;**
- b) Decorrentes de Parto Normal, Cesariana e Interrupção Involuntária da Gravidez;**
- c) Efetuadas por acompanhantes da Pessoa Segura, exceto em caso de internamento hospitalar de menores até aos catorze anos de idade ou de cidadãos portadores de deficiência congénita ou adquirida;**
- d) Despesas de natureza particular.**

3. REGIME DE PRESTAÇÕES

As coberturas desta Condição Especial são garantidas no regime de prestações na rede e/ou no regime de prestações por reembolso, conforme definido nas Condições Particulares ou no Certificado Individual de Seguro. Para a prestação em rede carecem sempre de autorização, que deve ser solicitada através do Serviço de Apoio ao Cliente.

Se o médico não pertencer à Rede Multicare, todas as despesas garantidas por esta condição especial, serão consideradas no regime de prestações por reembolso, ainda que ocorram em Unidade de Saúde da Rede Multicare.

As despesas relativas a honorários médicos, são limitadas ao valor de K indicado nas Condições Particulares ou no Certificado Individual de Seguro.

702. CAPITAL DIÁRIO POR INTERNAMENTO HOSPITALAR

1. COBERTURA

A presente Condição Especial garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, o pagamento de um capital em caso de internamento da Pessoa Segura em unidade hospitalar em Portugal, resultante de doença ou acidente que ocorram durante a vigência do contrato.

2. EXCLUSÕES

Para efeitos desta Condição Especial, não estão contempladas as hospitalizações em consequência de:

- a) Assistência hospitalar por razões de caráter meramente social;**
- b) Utilização abusiva de medicamentos;**
- c) Alcoolismo e doenças resultantes do consumo de bebidas alcoólicas;**
- d) Utilização de estupefacientes e narcóticos quando não prescritos por médico;**
- e) Tratamentos relacionados com a toxicodependência;**
- f) Acidentes ou doenças provenientes de tentativa de suicídio ou automutilação, de participação em apostas ou desafios, intervenção em duelos e rixas ou da prática de atos dolosos ou gravemente culposos ou ilícitos por parte da Pessoa Segura;**
- g) Perturbações do foro da saúde mental, consequentes ou não de outra doença que careça de internamento, sessões de psicologia, psicanálise, psicoterapia, hipnose e terapia do sono;**
- h) Tratamentos e/ou cirurgia para mudança de sexo;**
- i) Tratamentos e/ou cirurgia de regularização do peso;**
- j) Tratamentos ou cirurgias do foro estético, plástico ou reconstrutivo, desde que não tenham origem em acidente ou não decorram de doença manifestada durante a vigência do contrato que os justifiquem;**
- k) Tratamentos não reconhecidos oficialmente pela medicina convencional;**

- l) Tratamentos experimentais ou que necessitem de comprovação médica;**
- m) Acidentes e doenças com cobertura em seguros obrigatórios;**
- n) Tratamentos termais e estadias em termas, sanatórios, lares, residências assistidas, casas de repouso, convalescença e cuidados continuados, centros de tratamento de toxicod dependência e/ou alcoolismo e outros estabelecimentos similares.**

3. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

Para efeitos desta Condição Especial e em caso de hospitalização da Pessoa Segura, o Tomador do Seguro ou a Pessoa Segura devem, nos 30 dias imediatos à data do início da hospitalização, remeter ao Segurador os seguintes documentos:

- a) Documento emitido pela unidade hospitalar, onde se indiquem as causas e as datas de início e termo da hospitalização da Pessoa Segura no mesmo estabelecimento;**
- b) Participação de sinistro, descrevendo as circunstâncias em que a Pessoa Segura sofreu o sinistro;**
- c) Atestado subscrito pelo Médico responsável pela hospitalização, indicando a causa e natureza da doença ou acidente, e no primeiro caso com o detalhe da seguinte informação:**
 - a doença que causou a hospitalização;**
 - a data em que se manifestaram os respectivos sintomas;**
 - a data do diagnóstico;**
 - a data em que foi recomendada a hospitalização e a duração prevista;**
 - outros elementos de interesse para a apreciação do sinistro/ocorrência.**

Em caso do não cumprimento do prazo estabelecido no número anterior, será considerada como data do início da hospitalização a data de receção dos referidos documentos.

Esta cobertura funciona, apenas, na modalidade de Prestação Convencionada.

703. APOIO FAMILIAR NO INTERNAMENTO HOSPITALAR

1. COBERTURA

A presente Condição Especial garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, o pagamento das despesas relativas a dormida, efetuadas por um acompanhante da Pessoa Segura em Internamento Hospitalar de menores até aos catorze anos de idade ou de cidadãos portadores de deficiência congénita ou adquirida, garantido pela Condição Especial “701. Internamento Hospitalar”. Esta Garantia tem como limite máximo três dormidas, por sinistro e por anuidade.

2. REGIME DE PRESTAÇÕES

A cobertura desta Condição Especial é garantida no regime de prestações na rede, devendo ser solicitada através do Serviço de Apoio ao Cliente.

704. TRANSPORTE DE URGÊNCIA

1. COBERTURA

A presente Condição Especial confere à Pessoa Segura, sempre que o seu estado de saúde o justifique, o direito a:

- a) Transporte de urgência em ambulância até à unidade hospitalar mais próxima;**
- b) Vigilância por parte de equipa médica do Segurador, em colaboração com o Médico Assistente da Pessoa Segura, para determinação das medidas convenientes ao melhor tratamento a seguir e do meio mais adequado a utilizar, numa eventual transferência para outra unidade hospitalar mais apropriada ou até ao seu domicílio;**

- c) Transporte desde a unidade hospitalar em que se encontre internada para outra unidade hospitalar que lhe seja indicada, nos termos da alínea anterior;**
- d) Transporte de regresso ao seu domicílio habitual, após alta médica.**

2. REGIME DE PRESTAÇÕES

As coberturas desta Condição Especial são garantidas no regime de prestações na rede e carecem sempre de prévia autorização, que deverá ser solicitada através do Serviço de Apoio ao Cliente.

705. ASSISTÊNCIA TELEFÓNICA EM CASO DE URGÊNCIA

1. COBERTURA

A presente Condição Especial garante à Pessoa Segura a possibilidade de, em caso de urgência, contactar o serviço de apoio médico telefónico, através do Serviço de Apoio ao Cliente, que prestará apoio e aconselhamento tendo em vista a adoção de medidas que visem a melhoria da sua saúde, podendo acionar os meios de socorro disponíveis e indicados para tais situações.

O aconselhamento e apoio médico concedido ao abrigo desta Condição Especial, visa a identificação dos sintomas que a Pessoa Segura comunicar telefonicamente ao Serviço de Apoio ao Cliente, cabendo ao serviço de apoio médico sugerir a utilização dos meios mais adequados ao tipo de situação comunicada, com indicação da eventualidade de a mesma carecer de cuidados médicos presenciais ou de outro tipo de ações. A responsabilidade desta cobertura fica, pois, limitada à responsabilidade decorrente deste tipo de ato médico nas circunstâncias não presenciais em que é praticado.

2. EXCLUSÕES

Para além das exclusões previstas nas Condições Gerais, a presente Condição Especial não garante:

- a) Eventuais danos por atrasos ou dificuldades no acesso ao Serviço de Apoio ao Cliente, em consequência de anomalias nas redes de telecomunicações;**
- b) Eventuais consequências de atraso ou negligência imputáveis à Pessoa Segura no recurso à assistência médica, bem como as consequências de informação deficiente, incorreta ou inexata por ela prestada ou por terceiros sob as suas instruções;**
- c) Eventuais consequências do não cumprimento, por parte da Pessoa Segura, das indicações fornecidas através do Serviço de Apoio ao Cliente.**

3. REGIME DE PRESTAÇÕES

A cobertura desta Condição Especial é garantida no regime de prestações na rede, devendo ser solicitada através do Serviço de Apoio ao Cliente.

706. CIRURGIA DE AMBULATÓRIO EM AMBIENTE HOSPITALAR

1. COBERTURA

A presente Condição Especial garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, o pagamento de despesas, adiante indicadas, efetuadas com os atos de diagnóstico ou terapêutica, cuja realização requeira os meios e serviços específicos de ambiente hospitalar, quando decorrentes de atos médicos cuja valorização relativa seja inferior a 100 K, de acordo com as valorizações estabelecidas pelo Código de Nomenclatura e Valor Relativo de Atos Médicos, publicado pela Ordem dos Médicos.

Ficam abrangidas por esta Condição Especial as despesas efetuadas com:

- a) Acomodação e utilização das infraestruturas necessárias para a realização dos atos médicos (diárias, bloco operatório, recobro e equipamentos);**
- b) Honorários médicos e de enfermagem, relacionados com a assistência prestada;**

- c) Medicamentos, materiais e todos os produtos associados aos cuidados prestados;**
- d) Exames auxiliares de diagnóstico, associados aos referidos atos médicos;**
- e) Material de osteossíntese e próteses intracirúrgicas.**

2. EXCLUSÕES

Para além das exclusões previstas nas Condições Gerais, a presente Condição Especial não garante despesas de natureza particular.

3. REGIME DE PRESTAÇÕES

As coberturas desta Condição Especial são garantidas no regime de prestações na rede e/ou no regime de prestações por reembolso, conforme definido nas Condições Particulares. Para a prestação em rede carecem sempre de autorização, que deve ser solicitada através do Serviço de Apoio ao Cliente. No entanto, as despesas relativas a honorários médicos, são limitadas ao valor de K indicado nas Condições Particulares.

707. PARTO NORMAL, CESARIANA E INTERRUPÇÃO INVOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ

1. COBERTURA

A presente Condição Especial garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, o pagamento das despesas efetuadas com os atos de diagnóstico ou terapêutica, inerentes a Parto Normal, Cesariana e Interrupção Involuntária da Gravidez, que requeiram os meios e serviços específicos de ambiente hospitalar.

Ficam abrangidas por esta Condição Especial as despesas efetuadas com:

- a) Acomodação e utilização das infraestruturas necessárias para a realização dos atos médicos (diárias, bloco operatório, recobro e equipamentos);**

- b) Honorários médicos e de enfermagem relacionados com a assistência prestada;**
- c) Materiais e todos os produtos associados aos cuidados prestados;**
- d) Exames auxiliares de diagnóstico da Pessoa Segura efetuados durante o período de internamento;**
- e) Medicamentos ministrados à Pessoa Segura durante o internamento hospitalar.**

As despesas necessárias para com o recém-nascido, após alta da mãe, só ficam garantidas se o Tomador do Seguro solicitar ao Segurador a sua inclusão até 30 dias após o respetivo nascimento. Neste caso, aceite a inclusão do recém-nascido como Pessoa Segura, será devido o correspondente prémio a partir do seu nascimento.

2. EXCLUSÕES

Para além das exclusões previstas nas Condições Gerais, a presente Condição Especial não garante:

- a) Despesas de natureza particular;**
- b) Despesas com acompanhantes.**

3. REGIME DE PRESTAÇÕES

As coberturas desta Condição Especial são garantidas no regime de prestações na rede e/ou no regime de prestações por reembolso conforme definido nas Condições Particulares. As prestações em rede carecem sempre de autorização, que deve ser solicitada através do Serviço de Apoio ao Cliente.

Se o médico não pertencer à Rede Multicare, todas as despesas garantidas por esta condição especial, serão consideradas no regime de prestações por reembolso, ainda que ocorram em Unidade de Saúde da Rede Multicare.

As despesas relativas a honorários médicos, são limitadas ao valor de K indicado nas Condições Particulares.

708. ACESSO À REDE PARA PARTO NORMAL, CESARIANA E INTERRUPTÃO INVOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ

1. COBERTURA

A presente Condição Especial garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, o direito de acesso a atos de diagnóstico ou terapêutica inerentes a Parto Normal, Cesariana e Interrupção Involuntária da Gravidez, que requeiram os meios e serviços específicos de ambiente hospitalar, suportando a Pessoa Segura a totalidade do respetivo custo.

Fica abrangido por esta Condição Especial o direito de acesso aos atos suprarreferidos que originem despesas efetuadas com:

- a) Acomodação e utilização das infraestruturas necessárias para a realização dos atos médicos (diárias, bloco operatório e equipamentos);**
- b) Honorários médicos e de enfermagem relacionados com a assistência prestada;**
- c) Materiais e todos os produtos associados aos cuidados prestados;**
- d) Exames auxiliares de diagnóstico da Pessoa Segura efetuados durante o período de internamento;**
- e) Medicamentos ministrados à Pessoa Segura durante o internamento hospitalar.**

2. EXCLUSÕES

Para efeitos da presente Condição Especial, não são aplicáveis as exclusões constantes da Cláusula 16ª das Condições Gerais.

3. REGIME DE PRESTAÇÕES

Os serviços de cuidados de saúde abrangidos por esta Condição Especial, são garantidos exclusivamente no regime de Acesso à Rede de prestadores com os quais o Segurador tem acordo e carecem sempre de prévia notificação ao Segurador, que deve ser efetuada pela Pessoa Segura junto do Serviço de Apoio ao Cliente.

709. CONSULTAS, EXAMES E TRATAMENTOS (AMBULATÓRIO)

1. COBERTURA

A presente Condição Especial garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, o pagamento de despesas efetuadas com os atos de diagnóstico ou terapêutica que não requeiram os meios e serviços específicos de ambiente hospitalar, mesmo que nele sejam realizados.

Ficam abrangidas por esta Condição Especial as despesas efetuadas com:

- a) Honorários de consultas médicas;**
- b) Honorários médicos e de enfermagem relativos a outros atos médicos realizados em regime Ambulatório, incluindo a Pequena Cirurgia;**
- c) Materiais e produtos associados aos atos médicos realizados em regime Ambulatório;**
- d) Exames Auxiliares de Diagnóstico;**
- e) Tratamentos do foro da Medicina Física e de Reabilitação, incluindo terapia da fala, desde que prescritos por médico.**

2. EXCLUSÕES

Para além das exclusões previstas nas Condições Gerais, a presente Condição Especial não garante:

- a) Despesas decorrentes de cirurgia realizada em ambiente hospitalar, conforme definido nas Condições Especiais 701 e 706;**
- b) Consultas, tratamentos, cirurgia e próteses e ortóteses do foro estomatológico;**
- c) Exercícios de Ortóptica, exceto se prescrito por médico da especialidade;**
- d) Próteses e Ortóteses;**
- e) Medicamentos.**

3. REGIME DE PRESTAÇÕES

As coberturas desta Condição Especial são garantidas no regime de prestações na rede e no regime de prestações por reembolso. O acesso aos serviços da Rede Médica carece de pré-autorização nos seguintes casos:

3.1. Consultas de Genética.

3.2. Exames auxiliares de diagnóstico e meios terapêuticos:

- a) Serviços especiais de Neurofisiologia;**
- b) Exames auxiliares de diagnóstico de genética;**
- c) Meios invasivos de diagnóstico e/ou terapêutica.**

3.3. Tratamentos:

- a) Tratamentos cirúrgicos em Ambulatório;**
- b) Medicina Física e de Reabilitação;**
- c) Laserterapia;**
- d) Ultrassons.**

4. Quaisquer outras consultas e meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica que o Segurador defina, em cada momento, no seu sítio da Internet, como carecendo de Autorização.

710. CONSULTAS

1. COBERTURA

A presente Condição Especial garante, nos termos e limites para o efeito fixados nestas Condições, o pagamento de despesas efetuadas com Honorários de consultas médicas, conforme definido nas Condições Particulares.

Esgotado o número de consultas previsto nas Condições Particulares a cobertura passa a funcionar em regime de acesso à rede também para consultas.

2. EXCLUSÕES

Para além das exclusões previstas nas Condições Gerais, a presente Condição Especial não garante:

- a) Honorários médicos e de enfermagem relativos a outros atos médicos realizados em regime Ambulatório, incluindo a Pequena Cirurgia;**
- b) Materiais e produtos associados aos atos médicos realizados em regime Ambulatório;**
- c) Exames Auxiliares de Diagnóstico;**
- d) Tratamentos do foro da Medicina Física e de Reabilitação, incluindo terapia da fala, ainda que prescritos por médico.**
- e) Despesas decorrentes de cirurgia realizada em ambiente hospitalar, conforme definido na Condição Especial 706;**
- f) Consultas, tratamentos, cirurgia e próteses e ortóteses do foro estomatológico;**
- g) Exercícios de Ortóptica.**

3. REGIME DE PRESTAÇÕES

As coberturas desta Condição Especial são garantidas no regime de prestações na rede.

O acesso aos serviços da Rede Médica carece de pré-autorização no caso de Consultas de genética.

711. ACESSO À REDE DE CONSULTAS, EXAMES E TRATAMENTOS (AMBULATÓRIO)

1. COBERTURA

A presente Condição Especial garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, o direito de acesso a atos de diagnóstico ou terapêutica, que não requeiram os meios e serviços específicos de ambiente hospitalar, mesmo que nele sejam realizados, suportando a Pessoa Segura a totalidade do respetivo custo.

Fica abrangido por esta Condição Especial o direito de acesso aos atos suprarreferidos que originem despesas efetuadas com:

- a) Honorários de consultas médicas;**
- b) Honorários médicos e de enfermagem relativos a outros atos médicos realizados em regime Ambulatório;**
- c) Materiais e produtos associados aos atos médicos realizados em regime Ambulatório;**
- d) Exames Auxiliares de Diagnóstico;**
- e) Tratamentos do foro da Medicina Física e de Reabilitação;**
- f) Terapia da Fala.**

2. EXCLUSÕES

Para efeitos da presente Condição Especial, não são aplicáveis as exclusões constantes da cláusula 16ª das Condições Gerais.

3. REGIME DE PRESTAÇÕES

Os serviços de cuidados de saúde abrangidos por esta Condição Especial são garantidos exclusivamente no regime de Acesso à Rede de prestadores com os quais o Segurador tem acordo, carecendo de prévia notificação ao Segurador, que deve ser efetuada pela Pessoa Segura junto do Serviço de Apoio ao Cliente, nos seguintes casos:

3.1. Consultas

- a) Genética**
- b) Consultas domiciliárias**

3.2. Exames auxiliares de diagnóstico e meios terapêuticos

- a) Serviços especiais de Neurofisiologia;**
- b) Exames auxiliares de diagnóstico de genética;**
- c) Meios invasivos de diagnóstico e/ou terapêutica.**

3.3. Tratamentos

- a) Tratamentos cirúrgicos em Ambulatório;**
- b) Medicina Física e de Reabilitação;**
- c) Laserterapia;**
- d) Ultrassons.**

3.4. Quaisquer outras consultas e meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica que o Segurador defina, em cada momento, no seu sítio da internet, como carecendo de notificação prévia.

712. ASSISTÊNCIA DOMICILIÁRIA

1. COBERTURA

A presente Condição Especial garante à Pessoa Segura, por via de pedido efetuado através do Serviço de Apoio ao Cliente, o direito a beneficiar de assistência ao domicílio, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares.

Ficam abrangidas por esta Condição Especial as seguintes coberturas:

1.1. Assistência Médica

Em situação de doença súbita, ocorrida nas últimas 24 ou 48 horas, o Segurador garante à Pessoa Segura as seguintes prestações:

a) Assistência Médica Domiciliária

Deslocação de um Médico, para a realização de consultas médicas no domicílio da Pessoa Segura, sempre que o seu estado de saúde o justifique, nos termos fixados nas Condições Particulares.

O Segurador suportará apenas o custo da deslocação, sendo o custo dos serviços prestados suportados pela Pessoa Segura, com um máximo de 4 assistências por ano.

Caso a Pessoa Segura já tenha esgotado o limite anual disponível para esta cobertura, o Segurador disponibiliza os serviços, efetuando a organização e

marcação dos mesmos, sendo a totalidade do custo dos respectivos serviços suportado pela Pessoa Segura.

b) Envio de Medicamentos ao Domicílio

Quando, na consequência da garantia Assistência Médica Domiciliária, ocorrer acamamento da Pessoa Segura, prescrito por Médico, o Segurador, organizará o envio dos medicamentos prescritos e suportará o custo do respectivo transporte, no máximo de 4 assistências por ano. A Pessoa Segura suportará o custo dos referidos medicamentos.

Caso a Pessoa Segura já tenha esgotado o limite anual disponível para esta cobertura, o Segurador disponibiliza os serviços, efetuando a organização e marcação dos mesmos, sendo a totalidade do custo dos respectivos serviços suportado pela Pessoa Segura.

c) Assistência Telefônica de Emergência e Aconselhamento

A presente cobertura garante à Pessoa Segura a possibilidade de, em caso de urgência, contactar o serviço de apoio médico telefónico, através do Serviço de Apoio ao Cliente, que prestará apoio e aconselhamento tendo em vista a adoção de medidas que visem a melhoria da sua saúde, podendo acionar os meios de socorro disponíveis e indicados para tais situações.

O aconselhamento e apoio médico concedido ao abrigo desta cobertura, visa a identificação dos sintomas que a Pessoa Segura comunique telefonicamente ao Serviço de Apoio ao Cliente, cabendo ao serviço de apoio médico sugerir a utilização dos meios mais adequados ao tipo de situação comunicada, com indicação da eventualidade de a mesma carecer de cuidados médicos presenciais ou de outro tipo de ações. A responsabilidade desta cobertura fica, pois, limitada à responsabilidade decorrente deste tipo de ato médico nas circunstâncias não presenciais em que é praticado.

d) Transporte de Urgência

Em caso de necessidade, confirmada pelo serviço de apoio médico telefónico, no máximo de 4 assistências por ano, o Segurador garante:

- Transporte de urgência em ambulância ou outro meio adequado até à unidade hospitalar mais próxima;**

- **Vigilância por parte da equipa médica do Segurador, em colaboração com o Médico Assistente da Pessoa Segura ferida ou doente, para determinação das medidas convenientes ao melhor tratamento a seguir e do meio mais adequado a utilizar numa eventual transferência para outra unidade hospitalar mais apropriada ou até ao seu domicílio;**
- **Transporte da Pessoa Segura, pelo meio mais adequado, da unidade hospitalar em que se encontre internado para outra unidade hospitalar que lhe seja prescrita;**
- **Transporte de regresso à sua residência habitual, após alta médica.**

As prestações e indemnizações previstas na presente cobertura, serão efetuadas como complemento das indemnizações da Segurança Social ou de qualquer sistema de saúde a que a Pessoa Segura tenha direito.

Caso a Pessoa Segura já tenha esgotado o limite anual disponível para esta cobertura, o Segurador disponibiliza os serviços, efetuando a organização e marcação dos mesmos, sendo a totalidade do custo dos respetivos serviços suportado pela Pessoa Segura.

1.2. Encaminhamento, Transporte e Marcação de Tratamentos, Consultas e Exames.

O Segurador procede à marcação, encaminhamento e organização de transporte adequado às necessidades da Pessoa Segura, nomeadamente para:

- **Consultas médicas, análises e exames médicos;**
- **Tratamentos diversos;**
- **Consultas de avaliação e acompanhamento psicológico;**
- **Consultas de diagnóstico geriátrico funcional.**

A Pessoa Segura suportará o custo do transporte, das consultas médicas, dos tratamentos e exames a efetuar.

O Segurador disponibiliza o serviço, efetuando a organização e marcação do mesmo, sendo a totalidade dos custos inerentes à realização do serviço da responsabilidade da pessoa segura.

1.3. Serviços de Enfermagem e Fisioterapia ao Domicílio

O Segurador disponibiliza, em caso de acamamento da Pessoa Segura, a prestação de serviços de enfermagem e fisioterapia ao domicílio.

O Segurador disponibiliza o serviço, efetuando a organização e marcação do mesmo, sendo a totalidade dos custos inerentes à realização do serviço da responsabilidade da Pessoa Segura.

1.4. Realização de Exames no Domicílio

O Segurador disponibiliza, em caso de acamamento da Pessoa Segura, a realização de exames ao domicílio, nomeadamente:

- Análises clínicas;**
- ECG;**
- Medição da tensão arterial.**

O Segurador disponibiliza o serviço, efetuando a organização e marcação do mesmo, sendo a totalidade dos custos inerentes à realização do serviço da responsabilidade da pessoa segura.

1.5. Apoio Domiciliário

Para utilização em períodos de convalescença pós-internamento hospitalar, o Segurador disponibiliza um conjunto de serviços de apoio domiciliário, promovendo a organização e marcação dos mesmos. Os serviços de apoio domiciliário, no âmbito dos cuidados pessoais e apoio doméstico, dizem nomeadamente respeito a:

a) Serviços de Acompanhamento

- Acompanhamento, conversação e leitura;**
- Lembrança de medicação;**
- Assistência em caminhadas;**
- Promover jogos e atividades lúdicas;**
- Supervisionar e manutenção doméstica, elaborando a lista de compras e controlando a entrega das mesmas no domicílio;**

- Promover e organizar atividades físicas que contribuam para a melhoria ou manutenção da mobilidade e bem-estar geral;

- Planear e acompanhar em visitas, etc.

b) Assistência Clínica Domiciliária nas Situações de Dependência

- Consultas médicas no domicílio;

- Sessões de fisioterapia no domicílio (com prescrição médica);

- Tratamentos de enfermagem no domicílio (com prescrição médica);

- Recolha e entrega de medicamentos, análises e exames médicos (com prescrição médica).

O Segurador disponibiliza o serviço, efetuando a organização e marcação do mesmo, sendo a totalidade dos custos inerentes à realização do serviço da responsabilidade da Pessoa Segura.

1.6. Serviços Domésticos

Para utilização em períodos de convalescença pós-internamento hospitalar, o Segurador disponibiliza um conjunto de serviços domésticos, promovendo a organização e marcação dos mesmos. Estes serviços, dizem nomeadamente respeito a:

- Apoio na higiene pessoal;

- Alimentação assistida;

- Limpeza do lar;

- Tratamento de roupas;

- Confeção de refeições;

- Apoio nas atividades diárias de vestir, despir, ida ao WC, etc.

- Apoio na mobilidade dentro e fora da habitação;

- Fazer compras gerais e de mercearia.

- Apoio noturno.

O Segurador disponibiliza o serviço sendo a totalidade dos custos da responsabilidade da pessoa segura.

1.7. Aluguer de Acessórios Hospitalares

O Segurador procederá, a pedido da Pessoa Segura, ao aluguer de acessórios hospitalares.

O Segurador disponibiliza o serviço sendo a totalidade dos custos da responsabilidade da Pessoa Segura.

1.8. Serviços Concierge

O Segurador disponibiliza a organização dos serviços abaixo indicados, cabendo à Pessoa Segura a obrigação de proceder ao pagamento dos serviços requisitados.

a) Família:

- “Babysitter” - informação e marcação;**
- Atividades de Tempos Livres - informação, pesquisa de detalhes e marcação;**
- Desporto/Música - informação, pesquisa de detalhes e marcação;**
- Centro de Estudos e Colónias de Férias - informação, pesquisa de detalhes e marcação;**
- Escolas e Universidades - informação, pesquisa de detalhes e marcação;**
- Colégios e Cursos - informação, pesquisa de detalhes e marcação;**
- Creches e Infantários - informação, pesquisa de detalhes e marcação;**
- Transporte de Crianças - informação, pesquisa de detalhes e marcação.**

b) Automóvel:

- Compra - informação, pesquisa de detalhes e marcação;**
- Aluguer - informação, pesquisa de detalhes e marcação;**
- Entrega e recolha - informação, pesquisa de detalhes e marcação;**
- Lavagens - informação, marcação, lavagens ao domicílio (Lisboa e Porto) – Pick-up lavagem (Lisboa e Porto).**

c) Lazer:

- Reservas de restaurantes e discotecas - informação, pesquisa de detalhes e marcação;**

- **Bilhetes para concertos e eventos desportivos – informação, pesquisa de detalhes e marcação;**

- **Serviço de motorista – informação, pesquisa de detalhes e marcação.**

d) Compras:

- **Entrega ao domicílio de cartões, flores, presentes e listas de casamento – compra, entrega, informação, pesquisa de detalhes e marcação;**

- **Procura de melhores produtos, preços e disponibilidades – informação e pesquisa de detalhes;**

- **Acompanhamento personalizado – informação e marcação;**

e) Viagem:

- **Hotel – informação e marcação;**

- **Avião – informação, pesquisa de detalhes e marcação;**

- **Planeamento e organização da viagem – informação, planeamento e marcação;**

f) Saúde e beleza:

- **Clínicas médicas – informação, pesquisa de detalhes e marcação;**

- **Health Club & Spa – informação;**

- **Clínicas e centros de estética – informação, pesquisa de detalhes e marcação;**

- **Personal trainers – informação, pesquisa de detalhes e marcação.**

g) Lar:

- **Assistência técnica – informação, pesquisa de detalhes e marcação;**

- **Limpezas – informação e marcação;**

- **Entregas ao domicílio (refeição, farmácia, pão, jornais e supermercado) – compra e entrega;**

- **PetSitting – informação e marcação;**

- **Seguros – informação e pesquisa de detalhes;**

- **Procura de propriedades (compra e aluguer) – informação e pesquisa de detalhes;**
- **Coordenação de mudanças – informação, pesquisa de detalhes e marcação;**
- **Arquitetos e decoradores – informação, pesquisa de detalhes e marcação.**

h) Festas:

- **Aniversários, casamentos, festas e batizados – informação, pesquisa de detalhes e marcação.**

i) Outros serviços:

- **Advogados e solicitadores – informação, pesquisa de detalhes e marcação;**
- **Serviço de tradução de documentos – informação.**

2. EXCLUSÕES

Para efeitos desta Condição Especial, não ficam abrangidas as situações de convalescença pós-hospitalar decorrentes de:

- a) Doenças epidémicas oficialmente declaradas;**
- b) Doenças ou lesões adquiridas pelo beneficiário por ter agido sob a influência de álcool, estupefacientes ou outras drogas ou produtos tóxicos quando não prescritos por receita médica;**
- c) Doenças resultantes dos efeitos de radioatividade;**
- d) Todos os atos médicos praticados em consequência de doença ou acidente ou agravamento do estado de saúde do beneficiário, que tenham sido intencionalmente provocados por este;**
- e) Cirurgia/tratamento estético, exceto se forem clinicamente necessários;**
- f) Gravidez, parto e interrupção da gravidez, tratamentos de fertilidade ou qualquer outro método de fecundação e suas consequências;**
- g) Cirurgia/tratamento de emagrecimento e rejuvenescimento, curas de repouso, exames de rotina e check-up;**

- h) Cirurgia/tratamentos não reconhecidos oficialmente pela Ordem dos Médicos Portuguesa;**
- i) Doenças do foro psiquiátrico.**

713. ASSISTÊNCIA MÉDICA DOMICILIÁRIA

1. COBERTURA

A presente Condição Especial garante, sempre que o estado de saúde da Pessoa Segura o justifique, confirmado através do Serviço de Apoio ao Cliente Multicare, e nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, o serviço de assistência médica a realizar no domicílio da Pessoa Segura, suportando a Pessoa Segura a totalidade do respetivo custo.

2. REGIME DE PRESTAÇÕES

A cobertura desta Condição Especial é garantida no regime de prestações na rede, devendo ser solicitada através do Serviço de Apoio ao Cliente.

714. ASSISTÊNCIA CLÍNICA EM VIAGEM

1. COBERTURA

A presente Condição Especial garante à Pessoa Segura, quando em viagem em Portugal ou deslocação no estrangeiro não superior a 60 dias, o direito a um Serviço de Assistência, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, com os seguintes serviços:

- a) Admissão - Em caso de doença ou acidente que implique a necessidade de internamento ou tratamento da Pessoa Segura, devidamente justificado, em hospital ou clínica, o Segurador tratará dos procedimentos necessários à admissão da Pessoa Segura na unidade hospitalar escolhida pela Pessoa Segura.**
- b) Transporte - No caso de a Pessoa Segura necessitar de transporte para a unidade onde será internada ou tratada e esteja fisicamente impossibilitada de utilizar um meio de transporte normal, o Segurador**

garantirá o seu transporte em ambulância, veículo sanitário ligeiro ou outro meio de transporte que a gravidade da situação justifique, até à unidade de internamento ou tratamento indicada pela Pessoa Segura. Por solicitação da Pessoa Segura, o Segurador organizará idêntico serviço para um acompanhante, seja médico, familiar ou outro.

Após alta médica, o Segurador garantirá o transporte de regresso, em meio de transporte adequado, para a Pessoa Segura, bem como para o acompanhante.

O Segurador obriga-se somente a transportar a Pessoa Segura sujeita a internamento numa unidade hospitalar fora do território nacional, quando esta já se encontre no estrangeiro à data do evento ocorrido de modo súbito ou desde que não exista em Portugal qualquer unidade onde o tratamento possa ser desenvolvido. O serviço é ainda garantido, quando não haja possibilidade de internamento em tempo útil em unidade de saúde no território nacional, estando em risco de vida a Pessoa Segura.

- c) Se a Pessoa Segura for portadora de doença contagiosa, a utilização do transporte de avião de linha fica condicionada à autorização da companhia aérea transportadora. No caso de não ser concedida autorização, a Pessoa Segura, se o desejar, poderá optar por qualquer meio de transporte, previamente acordado entre o seu Médico Assistente e os serviços clínicos do Segurador.**
- d) Despesas de Funeral e Repatriamento - Se a Pessoa Segura falecer no estrangeiro, durante o período de Internamento Hospitalar, o Segurador suportará eventuais despesas relacionadas com as formalidades legais a cumprir no local do falecimento, bem como com as decorrentes do transporte do corpo em urna desde o local do evento até ao do funeral em Portugal, assim como as despesas de funeral, até ao valor máximo de € 2.500,00.**
- e) Alta sob Vigilância Clínica - Se para efeitos de consulta ou após alta médica, em consequência de Internamento Hospitalar, a Pessoa Segura necessitar de ficar alojada fora da sua residência habitual para vigilância médica, o Segurador garante o alojamento por ela escolhido, suportando a**

respetiva despesa até ao valor máximo de € 100,00/dia, no máximo de 7 (sete) dias por sinistro e por anuidade.

- f) Saída da Unidade de Saúde - Após a alta médica em consequência de Internamento Hospitalar, o Segurador encarregar-se-á de todos os procedimentos administrativos necessários à saída da Pessoa Segura, junto da unidade hospitalar, garantindo-se igual serviço em caso de morte da Pessoa Segura durante o Internamento.
- g) Envio de Medicamentos - No caso de o Médico Assistente haver prescrito à Pessoa Segura medicamentos, o Segurador garantirá a sua procura e envio, se os mesmos não estiverem disponíveis no local onde a Pessoa Segura se encontra.

O custo de aquisição desses medicamentos será suportado pela Pessoa Segura.

2. REGIME DE PRESTAÇÕES

As coberturas desta Condição Especial são garantidas no regime de prestações na rede e carecem sempre de prévia autorização, que deverá ser solicitada através do Serviço de Apoio ao Cliente.

715. ESTOMATOLOGIA E MEDICINA DENTÁRIA

1. COBERTURA

A presente Condição Especial garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, o pagamento de despesas efetuadas com os atos de diagnóstico ou terapêutica, do foro estomatológico.

Ficam abrangidas por esta Condição Especial as despesas efetuadas com:

- a) Honorários médicos;
- b) Exames auxiliares de diagnóstico;
- c) Próteses estomatológicas, excetuando próteses sobre implantes;
- d) Materiais e todos os produtos associados aos atos médicos realizados;

- e) Cirurgias em Ambiente Hospitalar Sem Internamento - utilização das infraestruturas necessárias para a realização dos atos médicos realizados em ambiente hospitalar (bloco operatório, recobro e equipamentos);**
- f) Medicamentos ministrados durante cirurgia referida na alínea anterior.**

2. EXCLUSÕES

Para além das exclusões previstas nas Condições Gerais, a presente Condição Especial não garante:

- a) Aparelhos de ortodontia e respetivos moldes e estudos (incluindo imagiologia específica) e consultas de controle;**
- b) Tratamentos efetuados com utilização de metais preciosos;**
- c) Reabilitação de dentes em falta ou reabilitados com prótese à data da celebração do contrato;**
- d) Implantes do foro estomatológico, incluindo todos os atos clínicos e laboratoriais necessários, nomeadamente a fase de regeneração óssea pré-protética, a fase cirúrgica (colocação de implante dentário e implante dentário "per si") e fase protética (coroa sobre implante) incluindo sistema de conexão (magnético, cimentado ou aparafusado).**

3. PROCEDIMENTOS

Para efeito das coberturas garantidas pela presente Condição Especial, a primeira consulta desta especialidade efetuada na Rede Médica inclui um registo da situação clínica por cada Pessoa Segura, resultando do mesmo a elaboração de uma ficha de observação para arquivo do Segurador.

4. REGIME DE PRESTAÇÕES

As coberturas desta Condição Especial são garantidas no regime de prestações na rede e no regime de prestações por reembolso.

Se o médico não pertencer à Rede Multicare, todas as despesas hospitalares garantidas por esta condição especial, serão consideradas no regime de

prestações por reembolso, ainda que ocorram em Unidade de Saúde da Rede Multicare.

716. ACESSO À REDE DE ESTOMATOLOGIA E MEDICINA DENTÁRIA

1. COBERTURA

A presente Condição Especial garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, o direito de acesso a atos de diagnóstico ou terapêutica do foro estomatológico, suportando a Pessoa Segura a totalidade do respetivo custo.

Fica abrangido por esta Condição Especial o direito de acesso aos atos suprarreferidos que originem despesas efetuadas com:

- a) Honorários médicos;**
- b) Exames auxiliares de diagnóstico;**
- c) Próteses estomatológicas;**
- d) Materiais e todos os produtos associados aos atos médicos realizados.**

2. EXCLUSÕES

Para efeitos da presente Condição Especial, não são aplicáveis as exclusões constantes da Cláusula 16ª das Condições Gerais.

3. REGIME DE PRESTAÇÕES

Os serviços de cuidados de saúde abrangidos por esta Condição Especial, são garantidos exclusivamente no regime de Acesso à Rede de prestadores com os quais o Segurador tem acordo.

717. TERAPÊUTICAS NÃO CONVENCIONAIS

1. COBERTURA

A presente Condição Especial garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, o pagamento de despesas efetuadas com honorários no âmbito das terapêuticas não convencionais reconhecidas legalmente, tais como:

- a) Acupuntura;**
- b) Homeopatia;**
- c) Osteopatia;**
- d) Naturopatia;**
- e) Fitoterapia;**
- f) Quiropraxia.**

2. EXCLUSÕES

Para além das exclusões previstas nas Condições Gerais, a presente Condição Especial não garante Medicamentos ou quaisquer produtos com fins terapêuticos.

3. REGIME DE PRESTAÇÕES

As coberturas desta Condição Especial são garantidas no regime de prestações na rede e no regime de prestações por reembolso.

718. ACESSO À REDE DE TERAPÊUTICAS NÃO CONVENCIONAIS

1. COBERTURA

A presente Condição Especial garante à Pessoa Segura, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, o direito de acesso à Rede de Terapêuticas Não Convencionais em Portugal, suportando a Pessoa Segura a totalidade dos custos, nos serviços indicados em multicare.pt :

2. EXCLUSÕES

Para efeitos da presente Condição Especial, não são aplicáveis as exclusões constantes da Cláusula 16ª das Condições Gerais.

3. REGIME DE PRESTAÇÕES

Os serviços abrangidos por esta Condição Especial são garantidos no regime de Acesso à Rede.

719. PRÓTESES E ORTÓTESES

1. COBERTURA

A presente Condição Especial garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, o pagamento de despesas efetuadas com Próteses ou Ortóteses, desde que prescritas por um Médico da especialidade, Optometrista ou Técnico de Ortóptica.

2. EXCLUSÕES

Para além das exclusões previstas nas Condições Gerais, a presente Condição Especial não garante:

- a) Próteses do foro estomatológico;**
- b) Testes optométricos;**
- c) Cintas medicinais, meias elásticas e colchões ortopédicos;**
- d) Aquisição ou aluguer de equipamentos;**
- e) Calçado ortopédico;**
- f) Aquisição isolada de aros oculares;**
- g) Extravio, furto, roubo ou quebra de ortóteses oculares.**

3. PROCEDIMENTOS

Relativamente a Ortóteses de foro oftalmológico, as coberturas garantidas pela presente Condição Especial são aceites pelo Segurador mediante a aplicação dos procedimentos a seguir indicados:

- a) Na primeira apresentação de despesa de lentes, a mesma só será comparticipada quando acompanhada da respetiva prescrição efetuada por Médico, Optometrista ou Técnico de Ortóptica. Nas apresentações seguintes, a comparticipação de despesas só será efetuada quando se verificar a existência de alteração da correção relativamente à prescrição anterior;**
- b) Os aros oculares só são comparticipáveis quando adquiridos em conjunto com as lentes oculares, desde que estas sejam também comparticipáveis;**
- c) Considera-se como vida útil para os aros e lentes o prazo de três anos, findo o qual estes passam a ser comparticipáveis, mesmo que não se verifique a existência de alteração da correção relativamente à prescrição anterior. Este prazo de vida útil não é aplicável a lentes de contacto descartáveis;**
- d) No caso de menores de 16 anos, os aros e lentes poderão ser comparticipáveis sem que se verifique a referida alteração, desde que na prescrição médica seja explícita a necessidade de trocar de óculos em consequência do seu crescimento;**
- e) Não serão nunca consideradas as situações de furto, roubo, extravio ou quebra de óculos ou lentes, exceto quando consequente de acidente garantido pelo contrato, desde que a respetiva participação de sinistro seja acompanhada de documento comprovativo das lesões físicas provocadas na Pessoa Segura, elaborado pelo Médico, ou unidade hospitalar que prestou assistência.**

4. REGIME DE PRESTAÇÕES

As coberturas desta Condição Especial são garantidas no regime de prestações por reembolso.

720. ACESSO À REDE DE ÓTICAS

1. COBERTURA

A presente Condição Especial garante à Pessoa Segura, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, o direito de acesso à Rede de Óticas, suportando a Pessoa Segura a totalidade dos custos, nas despesas efetuadas no âmbito dos modelos contratados para Aros e Lentes.

2. EXCLUSÕES

Para efeitos da presente Condição Especial, não são aplicáveis as exclusões constantes da Cláusula 16ª das Condições Gerais.

3. REGIME DE PRESTAÇÕES

Os serviços abrangidos por esta Condição Especial, são garantidos exclusivamente no regime de Acesso à Rede de prestadores com os quais o Segurador tem acordo.

721. MEDICAMENTOS

1. COBERTURA

A presente Condição Especial garante o pagamento de despesas efetuadas com medicamentos, que como tal se encontrem classificados pela autoridade competente do Ministério da Saúde previamente participados pelo Serviço Nacional de Saúde e/ou outro Subsistema ou Seguro de Saúde, e desde que dispensados com receita médica, para tratamento de doença ou acidente que tenham cobertura na apólice, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares ou no Certificado Individual de Seguro.

2. EXCLUSÕES

Para além das exclusões previstas nas Condições Gerais, a presente Condição Especial não garante:

- a) Champôs, sabonetes, pastas medicinais e similares;**
- b) Produtos de estética, cosmética e higiene;**

- c) Produtos dietéticos, homeopáticos ou manipulados;**
- d) Anticoncepcionais e dispositivos intrauterinos;**
- e) Vacinas, com exceção das do foro alergológico;**
- f) Alimentação infantil;**
- g) Artigos sanitários e antissépticos;**
- h) Material de penso;**
- i) Produtos para tratamento da obesidade.**

3. REGIME DE PRESTAÇÕES

Esta cobertura funciona apenas no regime de prestações por reembolso.

722. EXTENSÃO DE COBERTURAS AO ESTRANGEIRO

1. COBERTURA

A presente Condição Especial garante à Pessoa Segura, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, o reembolso de despesas com cuidados de saúde fora do território nacional.

2. REGIME DE PRESTAÇÕES

Esta cobertura funciona no regime de prestações por reembolso.

723. DOENÇAS GRAVES

1. COBERTURA

A presente Condição Especial garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, o pagamento no âmbito da Rede Médica Internacional de despesas efetuadas pela Pessoa Segura com diagnósticos, tratamentos, serviços, provisões ou prescrições médicas consideradas clinicamente necessárias, sempre que as mesmas resultem ou sejam consequência de qualquer uma das Doenças Graves ou condições clínicas a

seguir indicadas e cujos primeiros sintomas e primeiro diagnóstico tenham ocorrido durante o período de vigência da cobertura.

Para efeitos da cobertura garantida por esta Condição Especial, são consideradas as Doenças Graves e os procedimentos terapêuticos a seguir indicados:

- a) Doença Oncológica - Tumor maligno caracterizado por não estar encapsulado e pelo crescimento e dispersão descontrolada de células malignas e pela invasão dos tecidos;**
- b) Neurocirurgia - Intervenção cirúrgica ao crânio ou a outra estrutura intracraniana;**
- c) "Bypass" das artérias coronárias - Tratamento cirúrgico envolvendo cirurgia de coração aberto e utilização de "bypass" para corrigir a estenose de pelo menos duas artérias coronárias. A autorização prévia estará sempre dependente da evidência angiográfica da doença;**
- d) Procedimentos cirúrgicos para substituição de válvulas do coração - a substituição total de uma ou mais válvulas do coração. A autorização prévia estará sempre dependente da evidência angiográfica da doença;**
- e) Transplante de órgãos - o transplante cirúrgico de coração, pulmão, fígado, rim, pâncreas ou medula óssea resultante da perda total e irreversível da respectiva função orgânica. O órgão ou medula óssea deverá ser substituído por outro do mesmo tipo e proveniente de outro ser humano identificado como dador.**

1.1. Despesas Cobertas

Verificada qualquer uma das Doenças Graves ou condições clínicas acima referidas, o Segurador garante o pagamento das seguintes despesas:

1.1.1. Despesas de Internamento Hospitalar:

- a) Despesas de assistência com enfermagem durante o internamento num quarto, sala ou pavilhão, ou unidade de vigilância ou cuidado intensivo;**
- b) Outros serviços hospitalares, incluindo os serviços prestados no departamento de consulta externa de um hospital;**

- c) Diárias da Pessoa Segura;**
- d) Despesas correspondentes ao custo de uma cama adicional ou de acompanhante, se o hospital disponibilizar esse serviço.**

1.1.2. Despesas realizadas em centros de cirurgia ambulatória ou independente, desde que o tratamento, cirurgia ou prescrição esteja no âmbito de cobertura da presente Condição Especial.

1.1.3. Honorários médicos relativos a consultas, tratamentos, cuidados médicos ou cirurgias.

1.1.4. Honorários de consultas médicas efetuadas à Pessoa Segura, enquanto estiver internada num hospital.

1.1.5. Despesas suportadas com os seguintes serviços, tratamentos ou prescrições médicas e cirúrgicas:

- a) Anestesia e respetiva aplicação, sempre que tenha sido proporcionada por um anestesista profissional;**
- b) Exames de laboratório e patologia, radiografias, exames auxiliares de diagnóstico e meios terapêuticos (radioterapia, isótopos radioativos, quimioterapia, eletrocardiogramas, ecocardiografias, mielogramas, eletroencefalogramas, angiografias, tomografias computadorizadas e outros exames e tratamentos similares), requeridos para o diagnóstico e tratamento de uma doença coberta, sempre que tenham sido prescritos por um Médico, ou realizados com a supervisão de um Médico;**
- c) Transfusões de sangue, aplicação de plasma e soros;**
- d) Aplicação de oxigénio e de produtos injetáveis.**

1.1.6. Despesas com produtos farmacêuticos ou medicamentos, aplicados por prescrição médica enquanto a Pessoa Segura estiver hospitalizada, ou após a alta pelo período máximo de 30 dias, desde que os produtos em causa sejam prescritos no âmbito de processos pós-operatórios.

1.1.7. Despesas com deslocações e transportes em ambulâncias terrestres e aéreas quando a sua utilização for indicada e prescrita por um Médico.

1.1.8. Despesas com uma viagem de ida e volta em linha aérea regular (classe económica) para a Pessoa Segura e um acompanhante.

1.1.9. Despesas de alojamento da Pessoa Segura e de um acompanhante.

1.1.10. Em caso de falecimento da Pessoa Segura durante o tratamento, o Segurador suportará as despesas relacionadas com as formalidades legais a cumprir no local do falecimento, bem como as decorrentes do transporte do corpo em urna para o local do funeral em Portugal.

2. EXCLUSÕES

2.1. Gerais

Para além das exclusões previstas nas Condições Gerais, a presente Condição Especial não garante o pagamento das despesas incorridas ou motivadas por qualquer diagnóstico, tratamento, serviço, provisão ou prescrição médica, de qualquer forma relacionadas com, ou resultante de:

- a) Qualquer doença grave ou situação clínica que não esteja prevista no nº 1 da presente Condição Especial;**
- b) Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA), qualquer doença dele resultante ou consequência do seu tratamento, incluindo o “Sarcoma de Kaposi”;**
- c) Despesas incorridas por serviços de custódia, cuidados de saúde domiciliários ou serviços proporcionados num centro ou instituição de convalescença, asilo ou lar de idosos, mesmo quando esses serviços sejam requeridos ou necessários como consequência de uma doença coberta;**
- d) Qualquer despesa realizada fora do âmbito de prestadores médicos internacionais recomendados pelo Segurador;**
- e) Qualquer tipo de próteses, aparelhos ortopédicos, cintas, ligaduras, muletas, membros ou órgãos artificiais, perucas (mesmo quando o seu uso for considerado necessário durante o tratamento de quimioterapia), sapatos ortopédicos, fundas herniárias e outros equipamentos ou artigos similares, com a exceção da prótese mamária;**

- f) Todo o tipo de produtos farmacêuticos e medicamentos que não tenham sido dispensados por um farmacêutico licenciado, ou cuja obtenção não requeira receita ou prescrição de um Médico;**
- g) Despesas incorridas pela utilização de terapêuticas não convencionais, mesmo quando tenham sido prescritas de forma específica por um Médico;**
- g) Despesas com a compra ou aluguer de cadeiras de rodas, camas especiais, aparelhos de ar condicionado, purificadores de ar, e quaisquer outros artigos ou equipamentos similares;**
- h) Despesas que não sejam de índole médica, realizadas pela Pessoa Segura ou pelos seus acompanhantes, com a exceção das expressamente garantidas ao abrigo da presente Condição Especial.**

2.2. Por cobertura

Tendo por referência as coberturas garantidas por esta Condição Especial, aplicam-se ainda as seguintes exclusões:

2.2.1. Doença Oncológica - Não são garantidos os tratamentos de:

- a) Qualquer tumor histologicamente descrito como pré-maligno ou que apenas mostre as primeiras alterações malignas;**
- b) Tumores malignos não invasivos;**
- c) Tumores relacionados com o vírus de Imunodeficiência Humana Adquirida (HIV);**
- d) Cancros da pele à exceção do melanoma maligno;**
- e) Cancro papilar da bexiga.**

2.2.2. Neurocirurgia - Não está garantida a craniotomia quando a patologia for consequência de lesão traumática.

2.2.3. "Bypass" das artérias coronárias - Não estão garantidas as cirurgias derivadas de lesões traumáticas ou alterações congénitas das coronárias aórticas.

2.2.4. Procedimentos cirúrgicos para substituição de válvulas do coração – Não estão garantidos quaisquer procedimentos cirúrgicos corretivos de alterações congênitas das válvulas cardíacas.

2.2.5. Transplante de órgãos – Não estão garantidos quaisquer transplantes de órgãos ou tecidos quando:

- a) A Pessoa Segura for ela própria uma dadora para um terceiro;**
- b) A necessidade de transplante resultar de patologia congênita;**
- c) A necessidade de transplante resultar de cirrose hepática de etiologia alcoólica;**
- d) O transplante configurar um ato cirúrgico de autotransplante, com exceção de transplante de medula óssea.**

3. ÂMBITO TERRITORIAL E REGIME DE PRESTAÇÕES

As coberturas desta Condição Especial garantem exclusivamente os cuidados de saúde prestados fora do território nacional no âmbito da Rede Médica Internacional, carecendo sempre de autorização, que deve ser solicitada através do Serviço de Apoio ao Cliente, com uma antecedência mínima de 14 dias úteis. A Pessoa Segura deve, em qualquer circunstância, autorizar os Médicos e unidades hospitalares a facultarem aos serviços clínicos do Segurador os relatórios clínicos e quaisquer outros elementos que esta tenha por convenientes para documentação do processo.

724. CONFIRMAÇÃO DE DIAGNÓSTICO

1. COBERTURA

A presente Condição Especial garante à Pessoa Segura, através de pedido online ou telefónico, em caso de doença diagnosticada, ter acesso à opinião de especialistas médicos. Com este serviço a Pessoa Segura obterá, num breve período de tempo, um relatório escrito que inclui a opinião de um ou vários especialistas, com base na informação médica anteriormente facultada, a qual será imprescindível para acionar esta cobertura.

Este serviço é prestado através de comunicações telefónicas e eletrónicas. A responsabilidade desta cobertura fica, pois, limitada à responsabilidade decorrente deste tipo de ato médico nas circunstâncias não presenciais em que é praticado.

A cobertura inclui a assistência por um médico que ajudará a Pessoa Segura na elaboração da história clínica. Após o pedido, a equipa médica entra em contacto com a Pessoa Segura, para explicar o processo e enviar-lhe um formulário que a Pessoa Segura deverá assinar e devolver.

Este serviço, sequencialmente, engloba o seguinte:

i. Recolha da Informação

A partir do momento em que a Pessoa Segura dá acordo e o serviço é autorizado, a equipa médica inicia os trâmites para reunir toda a informação clínica necessária sobre o caso.

ii. Revisão de Relatórios Médicos

Um Comité Clínico realizará a análise inicial dos relatórios médicos e das evidências que foram disponibilizadas pelo paciente.

iii. Seleção dos Médicos Especialistas

O Comité Clínico iniciará o processo de seleção dos médicos especialistas com sólida experiência na patologia a nível internacional.

iv. Avaliação do Caso

A Equipa Médica enviará o caso aos especialistas selecionados e manterá contacto telefónico para comentar as particularidades do caso com a Pessoa Segura.

v. Elaboração do Relatório Médico

A Equipa Médica realizará o relatório final, incluindo a opinião dos especialistas que foram consultados.

vi. Apresentação do Relatório

A Equipa Médica enviará o relatório à Pessoa Segura e entrará em contacto com a mesma, para explicar o conteúdo do relatório médico, dar resposta

às questões e às dúvidas que a Pessoa Segura ou o seu Médico assistente possam apresentar.

2. EXCLUSÕES

Para além das exclusões previstas nas Condições Gerais, a presente Condição Especial não garante:

- a) Eventuais danos por atrasos ou dificuldades no acesso a este serviço, em consequência de anomalias nas redes de telecomunicações;
- b) Eventuais consequências de atraso ou negligência imputáveis à Pessoa Segura no recurso à eventual assistência preconizada no relatório médico, bem como as consequências de informação deficiente, incorreta ou inexata por ela prestada ou por terceiros sob as suas instruções;
- c) Eventuais consequências do não cumprimento, por parte da Pessoa Segura, das indicações fornecidas através do serviço.

3. REGIME DE PRESTAÇÕES

As coberturas desta Condição Especial são garantidas no regime de prestações na rede.

725. MEDICINA PREVENTIVA

1. COBERTURA

A presente Condição Especial garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, a realização de exames de saúde pela Pessoa Segura. A periodicidade de realização dos exames consta na Apólice.

2. REGIME DE PRESTAÇÕES

A cobertura desta Condição Especial é garantida exclusivamente no regime de prestações na rede, mediante o preenchimento dos requisitos constantes das Condições Particulares, procedendo o Segurador ao envio de documentação

que permita a utilização desta cobertura. Após receção da documentação, a Pessoa Segura procederá à marcação e realização dos exames e consulta(s) no prestador da rede por si selecionado.

A lista dos prestadores da Rede Médica está disponível para consulta em ok.pt.

726. PROTEÇÃO AO PAGAMENTO DE PRÉMIOS DE SEGURO

1. DEFINIÇÕES ESPECÍFICAS DESTA COBERTURA

- **Franquia Relativa** - Número de dias contados imediatamente após o Sinistro, durante os quais o Segurador não indemniza qualquer montante. Terminado aquele período, o Segurador considera a totalidade do tempo para o cálculo da indemnização.
- **Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível** - também designada por Invalidez Total e Permanente. A limitação funcional permanente e sem possibilidade clínica de melhoria em que, cumulativamente, estejam preenchidos os seguintes requisitos:
 - a) A Pessoa Segura fique completa e irreversivelmente incapacitada de exercer a sua profissão ou qualquer outra atividade remunerada compatível com os seus conhecimentos e aptidões;
 - b) Corresponda a um grau de desvalorização igual ou superior à percentagem definida em Condições Particulares, de acordo com a Tabela Nacional de Incapacidades por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais em vigor na data de avaliação da desvalorização sofrida pela Pessoa Segura, não entrando para o seu cálculo quaisquer incapacidades ou patologias preexistentes.
 - c) Seja reconhecida por uma das seguintes entidades:
 - i. Instituição de Segurança Social pela qual a Pessoa Segura se encontra abrangida;
 - ii. Tribunal do Trabalho;
 - iii. Médico designado pelo Segurador, quando a Pessoa Segura não se encontre abrangida por nenhum regime ou Instituição de Segurança Social ou quando, estando-o, o Segurador prescindir do reconhecimento pelas entidades referidas em i. e por ser

manifesta a incapacidade da Pessoa Segura, à luz do estabelecido nas alíneas a) e b) supra;

- iv. Junta Médica caso a Pessoa Segura discorde da apreciação feita pelo médico designado pelo Segurador, um médico designado pela Pessoa Segura e, em caso de desacordo entre o médico do Segurador e o da Pessoa Segura, será escolhido, por estes ou pelas duas partes, um terceiro médico como perito de desempate. Neste último caso, cada parte suportará as despesas e honorários do seu próprio médico e em partes iguais, as despesas e honorários do terceiro médico.**

d) Tratando-se de uma Invalidez para Profissão ou Atividade Compatível:

- i. Caso a Pessoa Segura deixe de desempenhar uma atividade remunerada antes da idade limite da cobertura, designadamente, em caso de passagem à situação de Reforma sem desempenho posterior de atividade remunerada, e pretenda reduzir o âmbito da cobertura para Invalidez Definitiva para Qualquer Profissão ou Atividade Remunerada, deve comunicar ao Segurador essa intenção; caso tal comunicação não ocorra e a cobertura de Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível esteja em vigor, na regularização de eventuais sinistros, será considerada a última profissão anterior à situação de Reforma;**
 - ii. Quando uma Pessoa Segura se encontre desempregada, na regularização de eventuais sinistros, será considerada a última profissão anterior à situação de desemprego;**
 - iii. Quando uma Pessoa Segura se encontre a desempenhar uma atividade não remunerada, designadamente, domésticas e estudantes, é reconhecido valor económico às atividades, pelo que a regularização de sinistros terá em conta a capacidade de desempenhar profissão equivalente.**
- Período de Requalificação – Período em que, imediatamente após a cessação dos efeitos de um Sinistro garantido por esta Condição Especial, não existe direito à prestação do Segurados;**

- **Pessoa Segura (meramente para efeitos desta Condição Especial) – o Tomador que seja Pessoa Seguro e/ou o seu cônjuge – ou de quem com ele viva em condições análogas às de cônjuge – desde que, em qualquer caso, se trate de Pessoa Segura ao abrigo da Apólice.**

2. COBERTURA

A cobertura garante, nos termos e limites contratualmente acordados, o pagamento do Prémio em situações imprevisíveis que afetem o nível de rendimentos do Tomador do Seguro e resultem de:

- a) Morte da Pessoa Segura, caso em que o Segurador garante o pagamento do Prémio devido pelo Tomador do Seguro, pelo valor correspondente ao período de 6 meses;**
- b) Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível da Pessoa Segura, caso em que o Segurador garante o pagamento do Prémio pelo valor correspondente ao período de 6 meses;**
- c) Desemprego Involuntário da Pessoa Segura, por um período superior a 30 dias consecutivos. Neste caso o Segurador suporta o valor correspondente ao Prémio devido pelo período em que se mantiver a situação de Desemprego Involuntário, com um limite máximo do Prémio correspondente a seis meses. Apenas estão garantidas as situações de desemprego por:
 - i. despedimento coletivo;**
 - ii. despedimento por extinção de postos de trabalho justificada por motivos económicos ou de mercado, tecnológicos ou estruturais, relativos à entidade empregadora;**
 - iii. despedimento promovido unilateralmente pela entidade empregadora sem invocação de justa causa;**
 - iv. despedimento promovido unilateralmente pelo trabalhador com invocação de justa causa;****

- d) Internamento Hospitalar da Pessoa Segura apenas para trabalhadores por conta própria, quando o período de internamento seja superior a 4 dias consecutivos. Neste caso o Segurador suporta o valor correspondente ao Prémio devido pelo período do Internamento Hospitalar, com um limite máximo correspondente ao Prémio de seis meses.**

3. EXCLUSÕES

A presente Condição Especial não garante as situações abaixo descritas para cada uma das coberturas indicadas:

3.1. Morte ou Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível que resulte direta ou indiretamente de:

- a) Guerra, declarada ou não, invasão, ato de inimigo estrangeiro, hostilidades ou operações bélicas, guerra civil, insurreição, rebelião ou revolução, bem como os causados acidentalmente por engenhos explosivos ou incendiários;**
- b) Levantamento militar ou ato do poder militar legítimo ou usurpado;**
- c) Explosão, libertação de calor e radiações provenientes da cisão ou fusão de átomos ou radioatividade, e contaminações inerentes, e ainda os decorrentes de radiações provocadas pela aceleração artificial de partículas;**
- d) Atos ou omissões dolosas do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura, ou de pessoas por quem sejam civilmente responsáveis;**
- e) Suicídio;**

3.2. Desemprego involuntário que resulte direta ou indiretamente de:

- a) Caducidade do contrato de trabalho por reforma ou pré-reforma;**
- b) Revogação do contrato de trabalho por acordo das partes;**
- c) Resolução do contrato de trabalho pelo trabalhador, sem justa causa;**
- d) Denúncia do contrato de trabalho, no período experimental;**
- e) Contratos de trabalho não vinculados à legislação portuguesa;**

- f) Despedimento com justa causa;**
- g) Caducidade de contrato de trabalho a termo;**
- h) Atividade sazonal, i.e., de atividade que só surge em determinado período do ano, necessariamente limitado, perdendo posteriormente a sua utilidade.**

3.3. Internamento Hospitalar que resulte direta ou indiretamente de:

- a) Parto, gravidez ou interrupção de gravidez;**
- b) Dores nas costas ou lombalgias, cuja causa não seja demonstrável por exames médicos complementares (radiológicos, gamagráficos, "scanners" ou T.A.C.);**

4. DESIGNAÇÃO BENEFICIÁRIA

4.1. O Segurador é o beneficiário irrevogável desta garantia, não podendo o Tomador revogar ou alterar a presente designação beneficiária.

4.2. Para a cobertura de Morte, no montante que exceder o valor correspondente a seis meses de Prémio, em caso de falta de designação serão beneficiários os seus herdeiros legais.

5. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

5.1. Para efeito de acionamento da cobertura garantida pela presente Condição Especial, o Tomador do Seguro ou a Pessoa Segura devem remeter ao Segurador, no prazo de oito dias a contar do facto que origina o acionamento da cobertura, os seguintes documentos:

5.2. Morte – Fotocópia do certificado de óbito.

5.3. Invalidez Absoluta e Definitiva:

- a) Declaração do médico assistente que ateste a Invalidez Absoluta e Definitiva;**

b) Documento que permita ao Segurador aferir a necessidade de auxílio de terceira pessoa.

5.4. Desemprego Involuntário - No prazo máximo de trinta dias contados a partir da data do evento, indicando a data do seu início e causas:

a) Fotocópia do Modelo RP5044 (modelo oficial, entregue e preenchido pela Entidade Patronal);

b) Fotocópia do contrato de trabalho ou de outro documento comprovativo da data em que iniciou a sua atividade;

c) Fotocópia do comprovativo do requerimento de prestações de desemprego (documento emitido pelo Centro de Emprego);

d) Fotocópia da carta de despedimento ou de outro documento comprovativo da cessação do contrato de trabalho com indicação da respetiva causa;

e) Declaração do Centro de Emprego comprovando a respetiva inscrição (este documento deverá ser reclamado junto do Centro de Emprego trinta dias após a data de início da situação de desemprego e deverá ser renovado mensalmente).

5.5. Internamento Hospitalar

a) Fotocópia da declaração de internamento;

b) Última declaração de IRS e comprovativo de descontos para a Segurança Social ou regime contributivo equiparado (para os trabalhadores por conta própria);

c) Fotocópia de declaração médica na qual conste o diagnóstico, a natureza das lesões e o tempo provável de Internamento Hospitalar.

6. DURAÇÃO

As garantias desta cobertura cessam automaticamente, relativamente a cada Pessoa Segura, na primeira das seguintes datas:

6.1 Na data da Morte ou Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível da Pessoa Segura;

6.2 Na data em que a Pessoa Segura atinja a idade legal de reforma por velhice para as coberturas de Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível, Desemprego Involuntário e Hospitalização e de 70 anos para a cobertura de Morte;

6.3 Na data da reforma ou pré-reforma da Pessoa Segura.

7. CONDIÇÕES DE ELEGIBILIDADE

São elegíveis para esta cobertura as Pessoas Seguras que, sendo o Tomador do Seguro ou o seu cônjuge - ou quem com ele viva em condições análogas às do cônjuge:

7.1. Tenham idade compreendida entre os 18 anos e a idade legal de reforma por velhice;

7.2. No que respeita às coberturas de Desemprego Involuntário e Hospitalização estejam a desempenhar regularmente, no mínimo de 16 horas semanais, uma atividade profissional nos últimos 12 meses, não tendo conhecimento de uma possível situação de desemprego.

8. PERÍODO DE FRANQUIA RELATIVA, CARÊNCIA E REQUALIFICAÇÃO

As garantias objeto deste contrato estão sujeitas a:

8.1. Um Período de Franquia Relativa de 30 dias para a cobertura de Desemprego Involuntário e de 4 dias para a cobertura de Hospitalização;

8.2. Um Período de Carência de 30 dias aplicável às coberturas de Desemprego Involuntário e Hospitalização;

8.3. Um Período de Requalificação de 6 meses de trabalho ativo, aplicável às coberturas de Desemprego Involuntário e Hospitalização.



ok.pt

Via Directa – Companhia de Seguros, S.A. | NIPC e Matrícula 504 011 944, na CRC Lisboa
Sede: Rua Alexandre Herculano, n.º 53, 1250-010 Lisboa – Portugal | Capital Social: € 23 000 000