

Informações Pré-Contratuais

Seguro Saúde



A. SEGURADOR

Via Directa - Companhia de Seguros, S.A., (“Segurador”) é uma empresa de seguros registada junto da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões, sob o número 1142, podendo os seus dados de registo ser pesquisados em www.asf.com.pt.

O Segurador não dá aconselhamento para os efeitos previstos no regime jurídico da distribuição de seguros e de resseguros, sem prejuízo de prestar as informações contratuais e pré-contratuais legalmente obrigatórias e os esclarecimentos que lhe sejam solicitados para que o potencial cliente tome uma decisão informada.

A comercialização deste produto pelos trabalhadores do Segurador não origina qualquer remuneração direta aos mesmos, mas poderá refletir-se, de uma forma global, no prémio de produtividade anual.

B. PRODUTO

ok! saúde - Seguro de Saúde

C. COBERTURA

1. O contrato garante à Pessoa Segura, em caso de Doença manifestada ou Acidente ocorrido durante a sua vigência, um conjunto de coberturas no domínio da saúde que pode integrar, Prestações na Rede, Prestações por Reembolso, Acesso à Rede Multicare e serviços de assistência.
2. O contrato de seguro pode garantir, nos termos e limites mencionados na Apólice, as seguintes coberturas, desde que contratadas:
 001. Medicina Online;
 002. Assistências ok!;
 003. Consultas;
 004. Exames e Tratamentos;
 005. Internamento Hospitalar;
 006. Acesso à Rede de Estomatologia e Medicina Dentária;
 007. Acesso à Rede de Óticas;
3. As coberturas contratadas constam das Condições Particulares e no Certificado Individual de Seguro.

4. O Seguro de Saúde ok! saúde – Seguros de Saúde é comercializado em módulos de coberturas, Capitais, Franquias e Copagamentos nos seguintes termos:

Coberturas e Garantias		Capital	Rede	Reembolso
Medicina Online		-	-	Exclusivo de Rede
Assistências ok!				
Assistência Médica Domiciliária		-	25 €	Exclusivo de Rede
Enfermagem ao Domicílio		300 €	-	
Fisioterapia ao Domicílio		300 €	-	
Envio de Medicamentos		ilimitado	-	
Consultas				
Consultas de Consultório		6 consultas	17,50 €	Exclusivo de Rede
Urgências (Serviço Atendimento Permanente)		2 consultas	45 €	
Exames e Tratamentos ⁽¹⁾		200 €	-	50%
Exames Auxiliares de Diagnósticos (EAD)	Análises Clínicas		10% (mín. 2 €)	50%
	Anatomia Patológica		7,5 €	
	Raio X		7,5 €	
	Ecografia		15,00 €	
	TAC		27,5 €	
	Ressonância Magnética		65 €	
	Outros EAD		10%	
Medicina Física e de Reabilitação			50%	50%
Terapia da Fala			15 €	
Outros Tratamentos			10%	50%
Internamento Hospitalar		30.000 €	Franquia: 10%, mín. 200 € e máx.500 €	50%, com valor máximo de K de 6,75 € <small>(2) (3)</small>
Cirurgia Sem Internamento em Ambiente Hospitalar		-	Franquia: 150 €	50%, com valor máximo de K de 6,75 € <small>(2) (3)</small>
Apoio Familiar no Internamento Hospitalar		-	-	Exclusivo de Rede

Acesso à Rede de Estomatologia e Medicina Dentária		Acesso à Rede (4)	Exclusivo de Rede
Acesso à Rede de Óticas		Acesso à Rede (4)	Exclusivo de Rede

(1) Garante o reembolso das taxas moderadoras a 100%.

(2) Atos que carecem de ambiente hospitalar: se o médico não pertencer à rede Multicare, todas as despesas garantidas por estas coberturas, serão consideradas no regime de prestações por reembolso, ainda que ocorram em unidade de saúde da rede Multicare.

(3) Os honorários médicos ficam limitados ao valor máximo de k de 6,75€.

(4) Preços negociados pela Multicare com cada prestador, que podem variar de prestador para prestador.

5. O contrato não garante quaisquer despesas reclamadas pelo Serviço Nacional de Saúde ou por outro qualquer seguro ou subsistema de saúde.

6. No entanto, podem ficar garantidas, desde que expressamente mencionado na Apólice, as seguintes despesas:

- a) Taxas moderadoras;
- b) Valores a cargo da Pessoa Segura em despesas previamente comparticipadas pelo Serviço Nacional de Saúde ou por qualquer outro seguro ou subsistema de saúde;
- c) As garantias deste contrato podem ser utilizadas nas modalidades de Prestação na Rede, Prestação por Reembolso e Acesso à Rede. As modalidades contratadas constam da Apólice. A modalidade de Prestação na Rede só é possível quando o ato está contratado com o Prestador. A utilização nas modalidades Prestação na Rede e Acesso à Rede pode necessitar de autorização prévia, conforme definido em cada cobertura.

Funcionam exclusivamente em regime de Prestação na Rede as seguintes coberturas:

- Medicina Online.
- Assistências ok!;
- Consultas;

Para alguns atos médicos poderá ser necessária autorização do Segurador, conforme previsto contratualmente.

Funcionam exclusivamente em regime de Acesso à Rede, suportando a Pessoa Segura a totalidade dos custos, as seguintes coberturas:

- Acesso à Rede de Estomatologia e Medicina Dentária;
- Acesso à Rede de Óticas.

Todos os restantes Serviços funcionam no regime de Prestação na Rede e no regime de Prestação por Reembolso (fora da rede), conforme opção do Cliente e de acordo com as Coberturas e garantias disponíveis.

D. EXCLUSÕES APLICÁVEIS A TODAS AS COBERTURAS

Salvo convenção expressa em contrário na Apólice, 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;
2. Consequências de atraso injustificado ou negligência, imputáveis ao prestador de cuidados de saúde ou à Pessoa Segura, no recurso a assistência médica, ou na inobservância de tratamentos prescritos;
3. Consultas ou exames médicos que sejam necessários para a emissão de atestados, declarações, certificados ou qualquer tipo de documento que não tenha fins terapêuticos;
4. Assistência hospitalar por razões de natureza exclusivamente assistencial;
5. Correção de Doenças ou Malformações Congénitas, exceto para recém-nascidos cuja inclusão for efetuada nos termos da alínea a) do n.º 2 da Cláusula 9ª das Condições Gerais;
6. Doenças, Lesões ou deformações Preexistentes à data da celebração do contrato;
7. Utilização abusiva de medicamentos, incluindo as respetivas consequências;
8. Alcoolismo e Doenças resultantes do consumo de bebidas alcoólicas;
9. Utilização de estupefacientes e narcóticos quando não prescritos por Médico, incluindo as respetivas consequências;
10. Tratamentos relacionados com a toxicodependência;
11. Patologias ou tratamentos relacionados, direta ou indiretamente, com infeção por vírus de imunodeficiência humana (HIV);
12. Tratamentos relacionados, direta ou indiretamente, com infeção por vírus da hepatite, excetuando a hepatite A;
13. Acidentes ou Doenças provenientes de tentativa de suicídio ou automutilação, de participação em apostas ou desafios, de intervenção em duelos e rixas ou da prática de atos dolosos ou gravemente culposos ou ilícitos por parte da Pessoa Segura;

14. Tratamentos de perturbações do foro da saúde mental, consequentes ou não de outra Doença ou de Acidente;
15. Sessões de psicologia, psicanálise, psicoterapia, psicomotricidade, hipnose e terapia do sono, qualquer que seja o diagnóstico;
16. Disfunções sexuais, exceto em consequência de Doença garantida pela Apólice;
17. Tratamentos e cirurgia para mudança de sexo e respetivas consequências;
18. Todos os atos médicos realizados no âmbito da infertilidade e reprodução medicamente assistida, incluindo consultas, meios complementares de diagnóstico e terapêutica, testes, tratamentos de infertilidade, métodos de fecundação artificial, fertilização in vitro ou procedimentos de transferência embrionária, bem como as consequências da aplicação dos mesmos;
19. Planeamento familiar e métodos anticoncecionais, cirúrgicos e não cirúrgicos, incluindo possíveis complicações e despesas efetuadas para reverter os efeitos de uma cirurgia de esterilização voluntariamente realizada;
20. Interrupção voluntária da gravidez e respetivas consequências;
21. Consultas, tratamentos e cirurgia de regularização do peso, assim como situações clínicas destes decorrentes, qualquer que seja o diagnóstico que origine a indicação para estas intervenções terapêuticas, nomeada, mas não exclusivamente, a obesidade, qualquer que seja a sua classificação, síndrome metabólico ou patologias associadas a transtornos alimentares;
22. Tratamentos e cirurgias do foro estético, plástico ou reconstrutivo, bem como as respetivas consequências, exceto quando tenham origem em Acidente coberto pelo seguro ou decorram de Doença manifestada durante a vigência do contrato;
23. Hemodiálise para tratamento de patologia crónica;
24. Tratamentos cirúrgicos ou laser para correção de erros de refração da visão, incluindo miopia, astigmatismo e hipermetropia, bem como as suas consequências;
25. Intervenções cirúrgicas para correção da roncopatia, exceto em caso de apneia;
26. Transplantes e implantes e respetivas consequências, incluindo todos os atos clínicos, atos laboratoriais e materiais necessários;
27. Consultas e tratamentos em áreas não reconhecidas pela Ordem dos Médicos;
28. Tratamentos experimentais, atos e testes que necessitem de comprovação médica;

29. Acidentes e Doenças que tenham ou devam ter cobertura em seguros obrigatórios, até aos limites garantidos pelos mesmos;
30. Acidentes em serviço e Doenças profissionais, até aos limites garantidos pelo Estado;
31. Doenças em situação de epidemia ou pandemia declarada pelas autoridades competentes;
32. Doenças ou sequelas resultantes de radioatividade não terapêutica, incluindo as consequências da utilização de armas bacteriológicas ou de agentes químicos;
33. Acidentes emergentes de:
- a) Participação em competições desportivas e respetivos treinos, quer como profissional quer como amador;
 - b) Prática de desportos perigosos ou radicais, tais como: desportos terrestres motorizados; BTT; Paraquedismo, incluindo a prática de queda livre, parapente, asa delta, voo utilizando fatos planadores, com ou sem paraquedas (“wingsuit”); Saltos ou saltos invertidos com mecanismo de suspensão corporal (“bungee jumping”), salto de penhascos, rochedos, montanhas, precipícios, prédios, torres, antenas, barragens, pontes ou outras plataformas físicas, com ou sem paraquedas (“base jumping”); Motonáutica, esqui aquático e quaisquer desportos aquáticos em que o praticante é impulsionado por meio motorizado, paraquedas ou papagaio (“kitesurf”); Desportos náuticos praticados sobre prancha; Descida de torrentes ou correntes originadas por desníveis nos cursos de água; Prática desportiva de mergulho; Caça submarina; Desportos praticados sobre a neve e o gelo; Alpinismo, alta montanha, escalada, corrida em penhascos, serra ou montanha (“skyrunning”, “coast running”); Slide e rappel; Outros desportos de perigosidade análoga; Artes marciais, luta e boxe; Tauromaquia e largadas de touros ou reses; Caça de animais ferozes ou que reconhecidamente sejam considerados perigosos; Hipismo; Espeleologia;
 - c) Cataclismos da natureza, atos de guerra, declarada ou não, de terrorismo, de sabotagem e de perturbações da ordem pública;
34. Meios complementares de diagnóstico e terapêutico e tratamentos realizados no domicílio, bem como enfermagem privativa;
35. Tratamentos termais e estadias em termas, sanatórios, lares, residências assistidas, casas de repouso, convalescença e cuidados continuados, centros de tratamento de toxicodependência e alcoolismo e outros estabelecimentos similares;
36. Ginástica, natação, massagens e outros similares, ainda que prescritos pelo médico, exceto os que resultem de Doença ou Acidente enquadráveis nas garantias do contrato;
37. Tratamentos realizados em estabelecimentos não autorizados a prestar cuidados de saúde, tais como ginásios, centros de beleza e bem-estar e outros estabelecimentos semelhantes;
38. Estadia de acompanhantes da Pessoa Segura
39. Deslocações e estadias;

40. Cirurgia maxilofacial por patologia que resulte de alterações do crescimento ou do desenvolvimento que possam levar a perturbações funcionais;

41. Serviços que não sejam clinicamente necessários, face ao quadro clínico da Pessoa Segura e de acordo com os protocolos e padrões reconhecidos pela comunidade médica.

E. PERÍODOS DE CARÊNCIA

O Período de Carência é contado a partir da data de início do seguro de cada Pessoa Segura.

Em caso de acidente que implique tratamento hospitalar urgente em regime de internamento ou ambulatório, não são aplicáveis os Períodos de Carência.

Os Períodos de Carência aplicáveis a este contrato constam do seguinte quadro:

Coberturas	Períodos de Carência
Internamento Hospitalar	180 dias
Exames e Tratamentos	60 dias

Para além dos Períodos de Carência acima indicados, são ainda aplicáveis os seguintes Períodos de Carência:

- 180 dias: Excisão cirúrgica de lesões benignas na pele.
- 360 dias: Facoemulsificação, 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.

Mediante pedido expresso das Pessoas Seguras, devidamente documentado, e desde que aceite pelo Segurador, a Pessoa Segura pode beneficiar de isenção de Períodos de Carência nas coberturas e capitais de contrato de seguro que termine no dia anterior ao início deste (transferência). As isenções de Períodos de Carência que sejam aceites constam expressamente da apólice.

Ainda que não sejam aplicáveis os Períodos de Carência nas transferências, estão excluídas as Doenças Preexistentes.

F. ÂMBITO DAS COBERTURAS

001. MEDICINA ONLINE

O QUE ESTÁ SEGURO

A cobertura garante apoio e aconselhamento remoto de médicos ou de outros profissionais de saúde. Este apoio e aconselhamento poderá ser realizado, conforme opção da Pessoa Segura e dependendo da disponibilidade:

- por telefone;
- por correio eletrónico;
- através de aplicação móvel (app);
- através de outro meio previsto em ok.pt;

O apoio ou aconselhamento são prestados de acordo com os sinais e sintomas que a Pessoa Segura comunique, cabendo ao serviço de apoio de especialistas sugerir a utilização dos meios mais adequados ao tipo de situação. Poderá haver indicação da necessidade de cuidados presenciais ou de outro tipo de ações. A responsabilidade desta cobertura fica, pois, limitada à responsabilidade decorrente deste tipo de serviço nas circunstâncias não presenciais em que é praticado.

Os serviços que integram a presente cobertura são os seguintes:

a) Consulta por Telefone

A consulta por telefone permite à Pessoa Segura a avaliação por Médico de Medicina Geral e Familiar. Se houver referência para consulta de especialidade disponível nos serviços de telemedicina, a Pessoa Segura poderá, posteriormente, ser contactada pelo Médico especialista.

A Pessoa Segura poderá fazer o envio de imagens e de exames para que os Médicos possam avaliar melhor a situação clínica.

b) Videoconsulta

Serviço que visa disponibilizar à Pessoa Segura, através de uma aplicação móvel (APP), a possibilidade de:

- Agendar previamente, com escolha de dia e hora, um contacto com um Médico, por meio remoto (vídeo);
- Fazer o envio (upload) de imagens e de exames para que o Médico possa estudar, antes da videoconsulta, a situação clínica;
- Ser contactada por um Médico por meio remoto (vídeo) na data/hora agendada e obter apoio e aconselhamento clínico para adoção de medidas que visem a melhoria da sua saúde.

c) Segunda Opinião

O serviço de Segunda Opinião permite, em caso de Doença diagnosticada da Pessoa Segura, ter acesso à opinião de especialistas Médicos. Com este serviço a Pessoa Segura obterá, num breve período, um relatório escrito que inclui a opinião de um ou vários especialistas, com base na informação médica facultada, a qual é imprescindível para solicitar o serviço.

d) Outros serviços identificados em ok.pt

O QUE NÃO ESTÁ SEGURO (para além do indicado no ponto D - EXCLUSÕES)

A cobertura 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 assistência médica, bem como as consequências de informação deficiente, incorreta ou inexacta 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.

002. ASSISTÊNCIAS OK!

O QUE ESTÁ SEGURO

A cobertura garante, quando o estado de saúde da Pessoa Segura o justifique, confirmado através do Serviço de Assistência, e nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares ou no Certificado de Seguro, o direito a beneficiar de assistência a realizar no domicílio da Pessoa Segura.

Os serviços que integram a presente cobertura são os seguintes:

a) Assistência Médica Domiciliária

O Segurador disponibiliza o serviço de assistência médica a realizar no domicílio da Pessoa Segura.

b) Enfermagem ao Domicílio

O Segurador disponibiliza, em caso de internamento da Pessoa Segura por período superior a 2 dias, o acesso a serviços de enfermagem ao domicílio para a realização de qualquer ato de enfermagem.

c) Fisioterapia ao Domicílio

O Segurador disponibiliza, em consequência de Acidente da Pessoa Segura, o acesso a serviços de fisioterapia ao domicílio para a realização de tratamentos prescritos pelo Médico assistente.

d) Envio de Medicamentos ao Domicílio

Se, na sequência do acionamento de Assistência Médica Domiciliária, o Médico prescrever à Pessoa Segura o acamamento desta, bem como medicação específica para o quadro clínico observado, o Segurador garante o envio dos respectivos medicamentos ao domicílio assumindo os custos de transporte, ficando a cargo da Pessoa Segura o custo dos referidos medicamentos.

COMO PEDIR A ASSISTÊNCIA

A assistência tem de ser pedida através do Apoio ao Cliente.

003. CONSULTAS

O QUE ESTÁ SEGURO

A cobertura garante, nos termos e limites fixados na Apólice:

- a) O número de consultas médicas, conforme definido nas Condições Particulares ou Certificado de Seguro.
- b) Para os restantes atos de Ambulatório, o Acesso à Rede.
- c) Esgotado o número de consultas previsto nas Condições Particulares ou no Certificado de Seguro, o Acesso à Rede também para consultas.

O QUE NÃO ESTÁ SEGURO (para além do indicado no ponto D - EXCLUSÕES)

Esta cobertura não garante as despesas com consultas domiciliárias.

MODALIDADE DE UTILIZAÇÃO

A utilização desta cobertura é exclusiva na modalidade de Prestação na Rede para as consultas e em Acesso à Rede nas condições referidas nas alíneas b) e c) no ponto "O que está seguro".

É necessária autorização prévia para consultas de genética. O Segurador poderá vir a definir como carecendo de autorização outras consultas que indicará, em cada momento, no seu sítio da Internet.

004. EXAMES E TRATAMENTOS

O QUE ESTÁ SEGURO

A cobertura garante, nos termos e limites fixados nas Condições Particulares ou Certificado de Seguro, 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, nomeadamente:

- a) Honorários médicos e de enfermagem relativos a atos médicos, incluindo a Pequena Cirurgia;
- b) Materiais e produtos associados aos atos médicos;
- c) Meios complementares de diagnóstico e terapêutica;
- d) Tratamentos de Medicina Física e de Reabilitação, incluindo terapia da fala, desde que prescritos por Médico.

Esgotado o capital seguro previsto nas Condições Particulares ou no Certificado Individual de Seguro, a cobertura passa a funcionar em regime de Acesso à Rede.

Para os honorários de consultas médicas a cobertura funciona na modalidade de Acesso à Rede.

O QUE NÃO ESTÁ SEGURO (para além do indicado no ponto D - EXCLUSÕES)

Não estão garantidas despesas com:

- a) Despesas decorrentes de cirurgia realizada em Ambiente Hospitalar, conforme definido na cobertura “Internamento Hospitalar”;
- b) Consultas, tratamentos, cirurgia e próteses e ortóteses do foro estomatológico ou de Medicina Dentária;
- c) Exercícios de Ortóptica, exceto se prescrito por Médico oftalmologista;
- d) Próteses e Ortóteses;
- e) Medicamentos.

MODALIDADE DE UTILIZAÇÃO

As modalidades de utilização (Prestação na Rede ou Prestação por Reembolso) estão definidas na Apólice.

A utilização para os honorários de consultas médicas é exclusiva na modalidade de Acesso à Rede.

A utilização em Rede necessita de autorização prévia, nomeadamente, nos seguintes casos:

- a) Meios complementares de diagnóstico e terapêutica:
 - i) Serviços especiais de Neurofisiologia;
 - ii) Exames auxiliares de diagnóstico de genética;

- iii) Meios invasivos de diagnóstico ou terapêutica.
- b) Tratamentos:
 - a) Tratamentos cirúrgicos em Ambulatório;
 - b) Medicina Física e de Reabilitação;
- c) Quaisquer outros atos complementares de diagnóstico e terapêutica ou tratamentos definidos em ok.pt como necessitando de autorização prévia.

005. INTERNAMENTO HOSPITALAR

O QUE ESTÁ SEGURO

A cobertura garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares ou Certificado de Seguro, o pagamento de despesas relativas a atos de diagnóstico ou terapêutica, incluindo cirurgias, cuja realização requeira os meios e serviços específicos de Ambiente Hospitalar, nomeadamente:

- a) Acomodação e utilização das infraestruturas necessárias à realização dos atos médicos (diárias, bloco operatório, recobro, unidade de cuidados intensivos e equipamentos), ainda que realizadas em regime de admissão e alta no mesmo dia (Cirurgia em Ambiente Hospitalar Sem Internamento);
- b) Honorários médicos e de enfermagem, relacionados com a assistência prestada;
- c) Medicamentos, materiais e todos os produtos associados aos cuidados prestados;
- d) Meios complementares de diagnóstico e terapêutica, associados aos atos médicos realizados;
- e) Material de osteossíntese e próteses intracirúrgicas;
- f) Cirurgia maxilofacial, com exceção da Cirurgia em Ambiente Hospitalar Sem Internamento;
- g) Tratamentos de Quimioterapia e Radioterapia, ainda que realizadas em Ambulatório.

Esgotado o capital seguro previsto nas Condições Particulares ou no Certificado Individual de Seguro, a cobertura passa a funcionar em regime de Acesso à Rede.

Esta cobertura garante ainda, 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. Esta garantia tem como limite máximo três dormidas, por Sinistro e por anuidade.

O QUE NÃO ESTÁ SEGURO (para além do indicado no ponto D - EXCLUSÕES)

Não estão garantidas despesas:

- a) Com Pequena Cirurgia, ainda que realizadas em Unidade Hospitalar e qualquer que seja o período de permanência;
- b) Com estadia de 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;
- c) Decorrentes de Parto Normal, Cesariana e Interrupção Involuntária da Gravidez;
- d) Com os atos clínicos referidos na alínea f) do n.º 1 que possam ser executados sob anestesia loco-regional/local, ainda que sejam executados sob anestesia geral, nomeadamente dentisteria, endodontia, cirurgia oral, periodontologia, implantologia, prostodontia e ortodontia;
- e) Com a interrupção voluntária da gravidez por mera opção da mulher, sem outra causa de exclusão da ilicitude, prevista na alínea e) do n.º 1 do artigo 142.º do Código Penal ou disposição legal que a substitua;
- f) De natureza particular (por exemplo alimentação não incluída na diária de internamento e despesas com telecomunicações).

MODALIDADE DE UTILIZAÇÃO

As modalidades de utilização (Rede ou Reembolso) estão definidas na Apólice. A utilização em Rede necessita sempre de autorização prévia.

Se o médico não pertencer à Rede Multicare, todas as despesas garantidas serão consideradas na modalidade de Prestação por Reembolso, ainda que ocorram em Unidade de Saúde da Rede Multicare.

O reembolso de despesas relativas a honorários médicos é limitado ao valor de Coeficiente K indicado na Apólice.

006. ACESSO À REDE DE ESTOMATOLOGIA E MEDICINA DENTÁRIA

O QUE ESTÁ GARANTIDO

Nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares ou Certificado de Seguro, está garantido o Acesso à Rede para atos de diagnóstico ou terapêutica de Estomatologia e Medicina Dentária, suportando a Pessoa Segura a totalidade do respetivo custo (Preços Convencionados), nomeadamente:

- a) Honorários médicos;
- b) Meios complementares de diagnóstico e terapêutica;
- c) Próteses estomatológicas;
- d) Ortodontia;
- e) Materiais e todos os produtos associados aos atos médicos realizados.

O QUE NÃO ESTÁ GARANTIDO

Não são aplicáveis as exclusões constantes em “D – EXCLUSÕES APLICÁVEIS A TODAS AS COBERTURAS”.

MODALIDADE DE UTILIZAÇÃO

A cobertura só pode ser utilizada na modalidade de Acesso à Rede. Alguns atos médicos, definidos pelo Segurador em ok.pt, necessitam de autorização prévia.

007. ACESSO À REDE DE ÓTICAS

O QUE ESTÁ GARANTIDO

Nos termos e limites fixados nas Condições Particulares ou Certificado de Seguro, está garantido o direito de acesso à Rede de Óticas, suportando a Pessoa Segura a totalidade dos custos (Preços Convencionados) dos Aros e Lentes.

O QUE NÃO ESTÁ NÃO GARANTIDO

Não são aplicáveis as exclusões constantes em “D – EXCLUSÕES APLICÁVEIS A TODAS AS COBERTURAS”.

MODALIDADE DE UTILIZAÇÃO

A cobertura só pode ser utilizada na modalidade de Acesso à Rede.

G. DURAÇÃO, RENOVAÇÃO E DENÚNCIA DO CONTRATO

O contrato pode ser celebrado por um período de tempo certo e determinado (seguro temporário) ou por um ano e seguintes, caso em que se renovará sucessivamente no termo de cada anuidade, por períodos anuais, exceto se qualquer das partes o denunciar com a antecedência mínima de, pelo menos, 30 dias em relação ao termo da anuidade.

H. 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 o Segurador fica, pelo período de 2 anos e até que se mostre esgotado o Capital Seguro

disponível na anuidade em que o contrato 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. 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 referido nos números anteriores.

I. DIREITO DE LIVRE RESOLUÇÃO DO CONTRATO

1. O Tomador do Seguro que seja pessoa singular dispõe de um prazo de 30 dias, a contar da receção da Apólice, para resolver, nos termos da lei, o contrato, sem necessidade de indicação do motivo, 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 deve fazer-se através de:
 - Carta dirigida ao seguinte endereço postal:

ok! seguros

Rua Alexandre Herculano, n.º 53

1250-010 Lisboa
 - E-mail dirigido para o seguinte endereço:

equipaok@okseguros.pt
4. O exercício do direito de livre resolução extingue as obrigações e direitos decorrentes do contrato, com efeitos a partir da data da sua celebração, estando ambas as partes obrigadas a restituir quaisquer quantias que tenham recebido, no prazo de 30 dias, a contar, respetivamente, da receção da notificação pelo Segurador, ou a contar do seu envio pelo Tomador do Seguro. Porém, no caso de o seguro ter início, a pedido do Tomador do Seguro, antes do termo do prazo de livre resolução do contrato, o Segurador terá direito:

- a) Ao valor do prêmio 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.

J. DIREITO DE RESOLUÇÃO

- 1. Para além do estabelecido no ponto anterior, relativo ao direito de livre resolução por iniciativa do Tomador do Seguro, o contrato, pode ainda, ser resolvido, a todo o tempo, por qualquer das partes, com fundamento em justa causa.
- 2. A resolução por falta de pagamento de Prémios opera nos termos indicados no ponto PRÉMIO infra.
- 3. A resolução com fundamento em justa causa produz efeitos às 24 horas do próprio dia em que se verifique.

K. DECLARAÇÃO INICIAL DO RISCO

- 1. Antes da celebração do contrato o Tomador do Seguro e a Pessoa Segura estão obrigados 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 n.º 1 é igualmente aplicável a circunstâncias cuja menção não seja solicitada em questionário fornecido pelo Segurador.
- 3. O contrato é anulável, nos termos e com as consequências previstas na Lei, em caso de incumprimento doloso do disposto no n.º 1.
- 4. O Segurador pode optar pela cessação ou alteração do contrato, nos termos e com as consequências previstas na Lei, em caso de incumprimento com negligência do disposto no n.º 1.

L. PRÉMIO

- 1. O prêmio a pagar ao Segurador será calculado por aplicação das taxas de tarifa ou de referência do Segurador ao módulo de cobertura, indicado na proposta pelo Tomador do Seguro. A taxa de tarifa pode variar em função da idade.
- 2. Quando acordado entre o Segurador e o Tomador do Seguro, o prêmio poderá ser pago fracionadamente, com uma periodicidade mensal, trimestral ou semestral.

3. O pagamento do Prémio é efetuado de acordo com a modalidade escolhida ou disponível na proposta de seguro.
4. O prémio ou fração inicial é devido na data da celebração do contrato, pelo que a eficácia deste depende do pagamento respetivo.
5. Os prémios ou frações seguintes são devidos na data indicada no aviso para pagamento respetivo.
6. Nos termos da lei, na falta de pagamento do prémio ou fração inicial o contrato considera-se resolvido desde o início, não produzindo quaisquer efeitos.
7. Nos termos da lei, o Segurador avisará o Tomador do Seguro, por escrito, até 30 dias antes da data em que os prémios ou frações seguintes são devidos. Se, porém, tiver sido acordado o pagamento do prémio 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.
8. A falta de pagamento do prémio 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 prémio na data em que é devida, determina a resolução automática e imediata do contrato nessa mesma data.
9. A falta de pagamento, na data indicada no aviso, de um prémio 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 prémio não pago.

M. SUB-ROGAÇÃO

O Segurador, uma vez paga a prestação decorrente de um sinistro, fica 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.

N. RESPONSABILIDADE MÁXIMA DO SEGURADOR EM CADA PERÍODO DE VIGÊNCIA DO CONTRATO

1. Os valores máximos garantidos pelo contrato, assim como as franquias contratadas e os períodos de carência aplicáveis, constam das Condições Particulares e vigoram em cada anuidade do contrato.

2. O Segurador garante à Pessoa Segura o pagamento, em moeda euro, das despesas efetuadas ou capital até ao limite contratado, em cada período de vigência do contrato.
3. Esgotados os capitais seguros ou limites da apólice, quando esteja em curso uma prestação de cuidados de saúde, fica a cargo da Pessoa Segura suportar as despesas remanescentes para evitar a sua interrupção ou descontinuidade.
4. Salvo convenção em contrário, nas situações de acerto de vencimento, os valores garantidos são proporcionais ao tempo em risco.

O. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

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) Apresentar todos os elementos clínicos relativos ao seu estado de saúde e aos serviços prestados, cessando a responsabilidade do Segurador enquanto não o fizer;
 - d) Realizar, sempre que solicitados, exames que serão suportados pelo Segurador em Médicos por ele designados, cessando a responsabilidade do mesmo se o não fizer;
 - e) 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. Na modalidade 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 acompanhadas 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 procede ao reembolso das prestações, 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 indenização juro à taxa legal em vigor.

4. 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.

5. 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.

P. DADOS PESSOAIS DE SAÚDE

O Segurador poderá ter necessidade, quer para efeitos de aceitação do contrato, quer para efeitos de regularização de sinistro, de aceder a dados pessoais de saúde da pessoa segura.

Tal acesso apenas pode ter lugar desde que, para tal, a Pessoa Segura haja dado o seu consentimento informado, livre, específico e expresso, devendo o acesso processar-se em estrita observância das disposições legais em vigor.

No quadro da avaliação do risco e desde que, para tal, o candidato a Pessoa Segura haja dado o seu consentimento informado, livre, específico e expresso, poderão, também, ser efetuados por iniciativa do Segurador, através de médico, ainda que de entidade subcontratada, questionários de saúde, por telefone, com gravação das correspondentes chamadas e tratamento dos dados respetivos.

O candidato a Pessoa Segura será chamado a prestar esse consentimento, aquando da subscrição/adesão ao contrato, de forma a prevenir eventuais situações de litígio, em caso de regularização de sinistro.

A recusa de consentimento nos termos e para os efeitos acima referidos, poderá determinar, no caso de existirem indícios que evidenciem ter havido omissões ou inexatidões aquando da declaração do risco e ou da participação do sinistro, que o Segurador fique impossibilitado de proceder, enquanto não forem prestadas as informações por ele requeridas, à aceitação do contrato de seguro ou à regularização de sinistro que vier a ser participado ao abrigo do contrato de seguro.

Q. RECLAMAÇÕES

O Segurador dispõe de uma unidade orgânica específica para receber, analisar e dar resposta às reclamações efetuadas, sem prejuízo de poder ser requerida a intervenção da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões e da possibilidade de recurso às instâncias de resolução alternativa de litígios.

A informação geral relativa à gestão de reclamações e as instâncias de resolução alternativa de litígios encontra-se disponível em ok.pt.

R. AUTORIDADE DE SUPERVISÃO

Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões.

S. LEI APLICÁVEL

1. A lei aplicável ao contrato é a lei Portuguesa.
2. Nos contratos à distância, as relações estabelecidas pelo Segurador com o consumidor antes da celebração do contrato regem-se pela lei Portuguesa.
3. O foro competente para dirimir os litígios emergentes deste contrato é o fixado na lei civil.

Esta informação não dispensa a leitura atenta das Condições Gerais, Especiais e Particulares do contrato.

Documento de informação sobre o produto deseguros

Companhia: Via Directa – Companhia de Seguros, S.A., com sede em Portugal, empresa de seguros registada junto da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões sob o número 1142.

Produto: ok! saúde.

A informação pré-contratual e contratual completa relativa ao produto é prestada noutros documentos.

Qual é o tipo de seguro?

Seguro de Saúde (ramo de seguro Doença).



Que riscos são segurados?

Coberturas e capitais disponíveis:

Base:

- ✓ Medicina Online - serviços de assistência prestados através de telefone ou de canais digitais;
- ✓ Assistências ok! - Garantias de Assistência (pedidas através do Serviço de Apoio ao Cliente):
 - Assistência Médica Domiciliária
 - Enfermagem ao Domicílio.
 - Fisioterapia ao Domicílio;
 - Envio de Medicamentos ao Domicílio.

Coberturas opcionais:

- ✓ Consultas - 6 consultas programadas de consultório e 2 consultas de urgência, garantidas apenas em prestadores da Rede Multicare;
- ✓ Exames e Tratamentos, capital de 200 €;
- ✓ Internamento Hospitalar, Cirurgias em Ambiente Hospitalar e Apoio Familiar, capital de 30.000 €;
- ✓ Acesso à Rede de Estomatologia e Medicina Dentária e Acesso à Rede de Óticas, mediante pagamento dos preços convencionados e sem aplicação das exclusões gerais do contrato;

Capitais seguros:

- ✓ Os capitais são por anuidade e pessoa segura, sendo específicos por cobertura e, conforme informação constante das Informações Pré-Contratuais.



Que riscos não são segurados?

- ✗ Doenças ou lesões preexistentes ou congénitas;
- ✗ Perturbações do foro da saúde mental;
- ✗ Disfunções sexuais, infertilidade e métodos anticoncepcionais;
- ✗ Tratamentos para regularização de peso;
- ✗ Cirurgias do foro estético, plástico ou reconstrutivo, exceto em caso de doença ou acidente garantido pela apólice;
- ✗ Implantes;
- ✗ Ortodontia e tratamentos estomatológicos com metais preciosos;
- ✗ Doenças que decorram do consumo de bebidas alcoólicas, da utilização abusiva de medicamentos, da utilização de estupefacientes e de narcóticos não prescritos;
- ✗ Despesas com medicamentos;
- ✗ VIH e Hepatite;
- ✗ Tratamentos de hemodiálise;
- ✗ Cirurgias para correção de roncopia;
- ✗ Acidentes de viação, de trabalho, em serviço, bem como doenças profissionais;
- ✗ Desportos de alto risco e competições desportivas;
- ✗ Eventos de força maior da natureza, guerra, terrorismo e semelhantes;
- ✗ Serviços que não sejam clinicamente necessários ou que não tenham finalidade terapêutica;
- ✗ Tratamentos cirúrgicos ou laser para correção de erros de refração da

visão, nomeadamente em caso de miopia, astigmatismo e hipermetropia;

- ✗ Tratamentos termais, ginástica, natação e massagens;
- ✗ Doenças resultantes de epidemia ou pandemia;
- ✗ Tratamentos experimentais;
- ✗ Transplantes,
- ✗ Despesas com acompanhantes, deslocações e alojamento;
- ✗ Todos os riscos não enquadráveis nas coberturas contratadas;
- ✗ Todos os riscos excluídos em qualquer das coberturas contratadas.



Há alguma restrição da cobertura?

- ! As decorrentes de terem existido omissões ou inexatidões dolosas ou negligentes do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura na declaração inicial do risco;
- ! As resultantes dos limites de capital seguro, dos regimes de prestação (Prestação na Rede, Prestação por Reembolso e Acesso à Rede), das franquias, dos copagamentos, do limite de valorização do K (por referência à tabela da Ordem dos Médicos) e dos períodos de carência que sejam aplicáveis;
- ! Em caso de sinistro, se não forem tomadas medidas para evitar o agravamento do estado de saúde, o pagamento de despesas pode ser reduzido ou excluído;
- ! Despesas de natureza particular;
- ! A Pequena Cirurgia é garantida apenas na cobertura de Exames e Tratamentos;
- ! Existem atos médicos sujeitos a autorização prévia para serem garantidos pelo seguro no regime de prestações em rede.



Onde estou coberto?

- ✓ Em todo o Mundo. No entanto, algumas garantias só são válidas onde exista a Rede Multicare.



Quais são as minhas obrigações?

- **Antes da celebração do contrato**, devo declarar com exatidão todas as circunstâncias que conheça e razoavelmente deva ter por significativas para a apreciação do risco pelo Segurador, ainda que não sejam solicitadas em questionário fornecido pelo Segurador;
- Pagar atempadamente o prémio de seguro ou as suas frações para que a apólice se mantenha em vigor;

- Em caso de não renovação do contrato, informar o Segurador, nos trinta dias subsequentes ao termo do contrato, salvo justo impedimento, de qualquer doença então existente para que aquele continue responsável durante dois anos;
- Comunicar ao Segurador alterações importantes, tais como, composição do agregado familiar, morada, contactos;
- Em caso de extravio do Cartão Multicare, comunicá-lo ao Segurador no prazo máximo de 48 horas.

Em caso de sinistro devo:

- Tomar medidas para evitar o agravamento do estado de saúde da pessoa segura;
- Participar ao Segurador nos 8 dias subsequentes à ocorrência;
- Informar o Segurador de todos os factos sobre o sinistro e permitir o seu acesso à informação clínica, solicitando autorização, quando necessária, conforme indicado na respetiva cobertura;
- Sempre que solicitados, pelo Segurador, realizar, exames que serão suportados por este, em Médicos por ele designados, cessando a responsabilidade do mesmo se a pessoa segura o não fizer;
- Apresentar todos os elementos clínicos relativos ao seu estado de saúde e aos serviços prestados, cessando a responsabilidade do Segurador enquanto não o fizer;
- 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;
- Atuar com boa-fé na utilização dos serviços na rede de prestadores e na apresentação de despesas para reembolso;
- Apresentar as despesas para reembolso no prazo máximo de 120 dias após a sua realização;
- Não prejudicar o direito de sub-rogação do Segurador.



Quando e como devo pagar?

O prémio inicial é pago na data da celebração do contrato. Os prémios ou frações subsequentes são devidos na data indicada no aviso para pagamento respetivo. O prémio pode ser pago, dependendo do acordado, em numerário, cheque bancário, transferência bancária, débito em conta e cartão de débito.



Quando começa e acaba a cobertura?

Sem prejuízo dos períodos de carência que sejam aplicáveis, o contrato produz efeitos a partir do momento do pagamento do prémio inicial e até que um prémio ou fração subsequente deixe de ser pago, a menos que, entretanto, se verifique qualquer outra causa de cessação do contrato.

O seguro funciona sem idade limite de permanência.



Como posso rescindir o contrato?

O Tomador do Seguro pode: **a) Denunciar** o contrato, mediante comunicação ao Segurador com a antecedência mínima de 30 dias em relação ao termo da anuidade; **b) Resolver** o contrato com justa causa; **c) Resolver livremente** (sem necessidade de indicação do motivo), nos 30 dias imediatos à receção da apólice, quando o Tomador do Seguro seja pessoa singular.

O contrato pode, ainda, cessar por revogação, por acordo com o Segurador, e também por caducidade.

As comunicações devem revestir forma escrita ou ser prestadas por outro meio de que fique registo duradouro.



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