

Condições Gerais
e Especiais 88

Seguro Saúde

ok.pt



ÍNDICE

Condições Gerais	3
Condições Especiais	27
01. Internamento Hospitalar	27
02. Saúde Mental	29
03. Capital Diário por Internamento Hospitalar	30
04. Transporte de Urgência	30
05. Consultas, Exames e Tratamentos (Ambulatório)	31
06. Consultas	32
07. Medicina Online	33
08. Acesso à Rede de Consultas, Exames e Tratamentos (Ambulatório)	35
09. Assistência Domiciliária	36
10. Estomatologia e Medicina Dentária	36
11. Acesso à Rede de Estomatologia e Medicina Dentária	38
12. Terapêuticas Não Convencionais	38
13. Acesso à Rede de Terapêuticas Não Convencionais	39
14. Próteses e Ortóteses	40
15. Acesso à Rede de Óticas	41
16. Medicamentos	42
17. Assistência Clínica em Viagem	43
18. Extensão ao Estrangeiro	44
19. Doenças Graves	45
20. Medicina Preventiva	50
21. Proteção ao Pagamento de Prémios de Seguro	51

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 da Apólice, contratada de harmonia com as declarações constantes da Proposta ou Boletins de Adesão, que lhe serviram de base e com informação clínica necessária à aceitação dos riscos por parte do Segurador.

CLÁUSULA 1ª– DEFINIÇÕES

Para efeitos do contrato entende-se por:

Acesso à Rede Multicare: Acesso a serviços e cuidados de saúde disponibilizados nos prestadores da Rede Multicare, a Preços Convencionados, suportando a Pessoa Segura a totalidade dos custos.

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

Aderente: Pessoa que adere a um Seguro de Grupo.

Agregado Familiar: O Titular e as seguintes pessoas que com ele coabitem em economia comum:

- o cônjuge ou a pessoa com quem viva em união de facto;
- os ascendentes, os filhos, enteados e adotados do casal ou de qualquer deles, desde que economicamente dependentes.

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 equivalentes.

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

Apólice: Conjunto de documentos que formalizam as condições do contrato de seguro, nomeadamente:

- Condições Gerais,

- Condições Especiais,
- Condições Particulares ou Certificado Individual de Seguro,
- Atas Adicionais.

Fazem, também, parte da Apólice a Proposta de Seguro ou Boletim de Adesão (no caso de Seguro de Grupo), o Questionário Individual de Saúde e a informação clínica necessária à aceitação dos riscos por parte do Segurador.

Ata Adicional: Documento que formaliza uma alteração à Apólice.

Boletim de Adesão: Documento pelo qual uma pessoa declara que pretende aderir a um Seguro de Grupo, com identificação do Titular e das pessoas do Agregado a incluir no contrato de seguro.

Capital Seguro: Montante máximo de Comparticipação de despesas, definido por Pessoa Segura ou por Agregado Familiar, para cada uma das coberturas contratadas na Apólice.

Cartão ok! saúde: Cartão pessoal e intransmissível que identifica a Pessoa Segura e que lhe permite aceder aos serviços prestados na Rede Multicare. Deve ser apresentado, quando solicitado pelo prestador da Rede, juntamente com um documento de identificação com fotografia, para validação da identidade da Pessoa Segura. Poderá ser dispensada pelo Prestador da Rede a apresentação do Cartão ok! saúde quando existam outros meios para identificação da Pessoa Segura enquanto Cliente ok! saúde.

Certificado Individual de Seguro ou Certificado de Seguro: Documento emitido pelo Segurador para cada Pessoa Segura que comprova a sua inclusão no contrato de seguro e onde constam as garantias contratadas e eventuais exclusões adicionais às previstas nas Condições Gerais e Especiais.

Cirurgia em Ambiente Hospitalar Sem Internamento: Intervenção cirúrgica, necessariamente realizada em Ambiente Hospitalar, no bloco operatório, em regime de admissão e alta no mesmo dia e cuja valorização dos atos médicos seja inferior a 100 K (ver definição Coeficiente K).

Coeficiente K: Coeficiente para a valorização de atos médicos, definido no Código de Nomenclatura e Valor Relativo de Atos Médicos, publicado pela Ordem dos Médicos.

Comparticipação: Valor a cargo do Segurador em cada despesa de saúde garantida pela Apólice, definido nas Condições Particulares e no Certificado de Seguro.

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

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

Condições Particulares: Cláusulas que complementam as Condições Gerais e Especiais do contrato, prevalecendo sobre as mesmas, e que expressam os respetivos elementos específicos, identificando, entre outros, os seguintes: início e duração, Períodos de Carência, Coberturas, Capitais Seguros, Franquias, Copagamentos, Prémio, Tomador do Seguro e Pessoas Seguras.

Copagamento: Valor a cargo da Pessoa Segura por cada utilização na Rede Multicare, conforme definido na Apólice.

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

Doença ou Lesão Preexistente: Doença ou lesão da qual a Pessoa Segura deveria ter conhecimento ou que não poderia ignorar, anterior à data de subscrição, nomeadamente por ocorrer uma das seguintes situações: evidência dos sinais e sintomas específicos da patologia em causa; existência de um diagnóstico, ainda que não definitivo; ou por ter recebido tratamento prévio ou outro ato médico.

Doença ou Malformação Congénita: Doença ou Malformação que se diagnostica ou identifica durante a gravidez ou 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 Prémio de seguro já pago.

Franquia: Valor, percentagem ou número de dias a cargo do Tomador do Seguro, do Agregado Familiar ou da Pessoa Segura, conforme definido na Apólice. Sem prejuízo de outros critérios estabelecidos na Apólice, as franquias podem ser aplicadas, isolada ou conjuntamente, nos termos seguintes:

- **Anual** – prioritariamente, até esgotado o respetivo valor na anuidade;
- **Por sinistro** – em cada utilização do seguro (por ato médico).

Implante: Material (Prótese, Ortótese, aparelho) ou substância com finalidade de substituir ou atuar como uma estrutura biológica ausente do corpo.

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 ou por entidade equivalente do país em que o ato tem lugar.

Ortóteses: Dispositivos que ajudam a cumprir no todo ou em parte a função de um membro ou órgão (por exemplo, óculos e lentes de contacto).

Pequena Cirurgia: Intervenção cirúrgica que cumpra todos os seguintes critérios:

- 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 esta pode beneficiar das garantias do seguro. Os períodos de carência estão definidos na Apólice.

Pessoa Segura: Pessoa cuja saúde se segura, identificada na Apólice.

Preços Convencionados: Preços negociados pela Multicare com cada Prestador, que podem variar de Prestador para Prestador.

Prémio: Valor pago ao Segurador pelo Tomador do Seguro (ou pelas Pessoas Seguras, no caso de um Seguro de Grupo Contributivo) pela cobertura do risco garantido pelo contrato de seguro.

Prestação na Rede: Modalidade de utilização em que os cuidados de saúde são realizados em prestadores da Rede Multicare, participados diretamente pelo Segurador ao Prestador e em que a Pessoa Segura paga apenas as Franquias e Copagamentos. Estes serviços estão sujeitos aos critérios de utilização indicados pelo Segurador, incluindo a necessidade de autorização prévia.

Prestação por Reembolso: Modalidade de utilização em que as despesas de saúde são suportadas pela Pessoa Segura sendo posteriormente reembolsadas pelo Segurador, de acordo com as condições da Apólice.

Prestador: Entidade com acordo para a prestação de serviços às Pessoas Seguras, a Preços Convencionados.

Proposta de Seguro: Documento pelo qual uma pessoa declara que pretende subscrever um contrato de seguro, informando o Segurador do risco que pretende segurar, e que faz parte integrante da Apólice.

Próteses: Dispositivos que substituem total ou parcialmente um membro ou órgão.

Questionário Individual de Saúde: Documento anexo à Proposta de Seguro, que faz parte integrante da Apólice, através do qual cada pessoa declara a informação de saúde necessária à avaliação do risco pelo Segurador. O Questionário pode ser realizado através de entrevista telefónica ou por outros meios à distância.

Rede Multicare: Conjunto de entidades com acordo para a prestação de serviços às Pessoas Seguras, a Preços Convencionados, que abrange as Redes seguintes:

- **Rede de Serviços Médicos** – Médicos/Médicos Dentistas e outros profissionais de saúde, Psicólogos, centros de diagnóstico, clínicas, Unidades Hospitalares e outras Unidades de Saúde;
- **Rede de Óticas** – Prestadores de serviços/ produtos óticos, nomeadamente de óculos e lentes de contacto;
- **Rede de Terapêuticas Não Convencionais**– Prestadores de terapêuticas não convencionais reguladas legalmente.

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

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

Serviço de Atendimento Permanente: Serviço disponível em alguns prestadores da Rede Multicare, 24 horas por dia, com capacidade mínima de diagnóstico,

nomeadamente consulta de clínica geral e meios complementares de diagnóstico e terapêutica básicos.

Sinistro: Evento ou série de eventos (Acidente ou Doença) que desencadeiam a utilização das garantias da Apólice.

Titular: Pessoa no interesse da qual é feito o contrato de seguro e em relação à qual se estabelecem as relações familiares do Agregado.

Tomador do Seguro: A pessoa, singular ou coletiva, que celebra o contrato de seguro 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 cuidados de saúde, abrangendo entidades, generalistas ou especializadas, com internamento, consultas, meios complementares de diagnóstico e terapêutica e tratamentos, independentemente da designação. Inclui Hospitais, Clínicas e Centros de meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

Unidade Hospitalar: Unidade de Saúde que dispõe de assistência médica, cirúrgica e de enfermagem permanente. Abrange entidades com internamento, bloco operatório e sala de recobro.

CLÁUSULA 2ª– OBJETO DO CONTRATO

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 dos cuidados de saúde, conforme definido na Apólice.

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

3. 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 compartilhadas pelo Serviço Nacional de Saúde ou por qualquer outro seguro ou subsistema de saúde.**

CLÁUSULA 3ª- ÂMBITO DAS GARANTIAS

1. Quanto às Coberturas:

O contrato de seguro pode garantir, nos termos e limites para o efeito fixados na Apólice, as seguintes coberturas:

- 01. Internamento Hospitalar, podendo incluir o Parto;**
- 02. Saúde Mental;**
- 03. Capital Diário por Internamento Hospitalar;**
- 04. Transporte de Urgência;**
- 05. Consultas, Exames e Tratamentos (Ambulatório);**
- 06. Consultas;**
- 07. Medicina Online;**
- 08. Acesso à Rede de Consultas, Exames e Tratamentos (Ambulatório);**
- 09. Assistência Domiciliária;**
- 10. Estomatologia e Medicina Dentária;**
- 11. Acesso à Rede de Estomatologia e Medicina Dentária;**
- 12. Terapêuticas Não Convencionais;**
- 13. Acesso à Rede de Terapêuticas Não Convencionais;**
- 14. Próteses e Ortóteses;**
- 15. Acesso à Rede de Óticas;**
- 16. Medicamentos;**
- 17. Assistência Clínica em Viagem;**
- 18. Extensão ao Estrangeiro;**
- 19. Doenças Graves;**

20. Medicina Preventiva (Check-up);

21. Proteção ao Pagamento de Prêmios de Seguro.

O contrato de seguro pode, ainda, incluir outras coberturas. As coberturas contratadas constam das Condições Particulares e do Certificado Individual de Seguro.

2. Quanto às modalidades de utilização:

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 utilização nas modalidades Prestação na Rede e Acesso à Rede pode necessitar de autorização prévia, conforme definido em cada cobertura.

2.1. Prestação na Rede

- a) A utilização do seguro na modalidade Prestação na Rede só é possível quando o ato está contratado com o Prestador, a Pessoa Segura apresenta o Cartão ok! saúde (ou outro meio que o substitua) ou um código de autorização e haja autorização prévia (nos casos em que é necessária);
- b) Caso não sejam cumpridos os requisitos que permitam a utilização da Rede Multicare ou não haja autorização prévia, as despesas somente poderão ser compartilhadas na modalidade de Prestação por Reembolso se prevista e nos termos e limites fixados na Apólice;
- c) Quando não for possível a Prestação na Rede por indisponibilidade do sistema informático, a Pessoa Segura suporta a despesa de saúde na totalidade, a Preços Convencionados com cada Prestador, e envia-a ao Segurador, para ser reembolsada, de acordo com a modalidade de Prestação na Rede.

2.2. Prestação por Reembolso

A utilização do seguro na modalidade Prestação por Reembolso é aquela em que o pagamento de despesas realizadas fora da Rede Multicare se efetua nos termos e limites fixados na Apólice e, ainda, de acordo com o seguinte critério:

- Os Honorários Médicos estão sujeitos aos valores estabelecidos para os atos médico-cirúrgicos no Código de Nomenclatura de Valores Relativos de Atos Médicos, da Ordem dos Médicos.

2.3. Acesso à Rede

A utilização do seguro na modalidade Acesso à Rede é aquela em que para utilização de serviços e cuidados de saúde, a Preços Convencionados, nos Prestadores da Rede Multicare a Pessoa Segura tem de apresentar o Cartão ok! saúde ou identificar-se como cliente através dos meios disponibilizados pelo Segurador e aceites por cada prestador, suportando a totalidade da despesa.

CLÁUSULA 4ª – EXCLUSÕES

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.º2 da Cláusula 9ª;**
- 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 infecção por vírus de imunodeficiência humana (HIV);**
- 12. Tratamentos relacionados, direta ou indiretamente, com infecção 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 respectivas consequências, exceto quando devam ser efetuados em razão de 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 de 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 respectivas consequências, incluindo todos os atos clínicos, atos laboratoriais e materiais necessários;

27. Consultas e tratamentos em áreas não reconhecidas pela Ordem dos Médicos ou não enquadradas na Legislação sobre Terapêuticas Não Convencionais;

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 consequências de 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.**

CLÁUSULA 5ª – ÂMBITO TERRITORIAL

- 1. Salvo convenção expressa em contrário na Apólice, o seguro só tem validade em Portugal, em qualquer das modalidades de utilização, bem como para os cuidados de saúde no estrangeiro em Prestadores da Rede Multicare.**
- 2. Ficam ainda garantidas as despesas com cuidados de saúde prestados no território europeu em prestadores que não integram a Rede Multicare, se a deslocação não exceder 60 dias (ou outro período definido na Apólice) e desde que sejam consequência de Acidente ou urgência, cuja necessidade seja comprovada por relatório médico.**

CLÁUSULA 6ª – DECLARAÇÃO INICIAL DO RISCO

- 1. Antes da celebração do contrato o Tomador do Seguro e as Pessoas Seguras 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 número anterior 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.

CLÁUSULA 7ª – INÍCIO E DURAÇÃO DE CONTRATO

1. O contrato só tem início depois do pagamento do Prémio (ou fração inicial do mesmo), nos termos seguintes:

a) **No Seguro Individual**, às zero horas do dia seguinte ao da aceitação da Proposta pelo Segurador. Por acordo das partes pode ser estabelecida outra data para o início do contrato, a qual terá de ser igual ou posterior à data da receção da Proposta pelo Segurador;

b) **No Seguro de Grupo**, para cada Pessoa Segura, às zero horas do dia indicado no respetivo Certificado de Seguro.

2. Tratando-se de Seguro Individual em que o Tomador do Seguro seja uma pessoa singular, o contrato considera-se aceite, em caso de não resposta do Segurador e nos termos e limites legais, no 14º dia a contar da data de receção da Proposta e dos documentos indicados pelo Segurador, exceto se o proponente for notificado:

a) da recusa ou

b) da necessidade de esclarecimentos para a avaliação do risco (a aprovação fica dependente do envio e análise dos elementos solicitados).

3. A aceitação é confirmada pelo Segurador através da emissão das Condições Particulares ou do Certificado de Seguro.

4. As coberturas contratadas e as respetivas modalidades de utilização, Períodos de Carência, Franquias, Copagamentos e valores máximos indemnizáveis, estão identificados nas Condições Particulares ou no Certificado Individual de Seguro.

5. O contrato pode ser celebrado por um ano a continuar pelos seguintes ou por um período certo e determinado, estando a sua duração definida na Apólice.

6. Quando o contrato for celebrado por um período certo e determinado, os seus efeitos cessam às 24 horas do último dia do referido período.

7. Quando o contrato for celebrado por um ano a continuar pelos seguintes, considera-se sucessivamente renovado, salvo se qualquer das partes o tiver denunciado nos termos legais, comunicando a intenção de não o renovar, com a antecedência mínima de 30 dias em relação ao termo da anuidade ou se não for pago o Prémio da anuidade seguinte ou da primeira fração deste.

8. 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, salvo o disposto nas Cláusulas 13ª e 16ª.

CLÁUSULA 8ª – INÍCIO E DURAÇÃO DAS GARANTIAS

1. Só podem ser incluídas no contrato as pessoas cuja idade respeite o limite definido para a subscrição e respondam ao Questionário Individual de Saúde, quando necessário.

2. As garantias do contrato entram em vigor após os Períodos de Carência indicados para cada cobertura na Apólice. Os Períodos de Carência são contados a partir da data de adesão de cada Pessoa Segura.

3. Não são aplicáveis os Períodos de Carência em caso de Acidente que implique tratamento hospitalar urgente, em regime de internamento ou ambatório.

CLÁUSULA 9ª – ALTERAÇÕES AO CONTRATO

1. Pelo Segurador

Qualquer alteração de coberturas, Capitais, Franquias, Copagamentos e Prémios deve ser comunicada ao Tomador do Seguro, com uma antecedência mínima de 30 dias em relação à data de renovação do contrato. **O Tomador do Seguro dispõe de um prazo de 30 dias, a contar da receção, para aceitar ou recusar a alteração proposta. Terminado o prazo e caso seja pago o Prémio correspondente à anuidade**

seguinte ou à primeira fração, considera-se aceite a alteração. Se o Tomador do Seguro não aceitar a proposta, o contrato cessa no fim da anuidade em curso.

2. Pelo Tomador do Seguro

As alterações ao contrato dependem dos seguintes procedimentos:

a) A inclusão de Pessoas Seguras é solicitada ao Segurador, com envio de Proposta ou Boletim de Adesão e resposta ao Questionário Individual de Saúde, se necessário.

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. A adesão tem efeito à data do nascimento.

b) A exclusão de Pessoas Seguras é solicitada por escrito, com uma antecedência mínima de 30 dias face à data pretendida. O Segurador procederá ao Estorno do Prémio pago relativo ao período não decorrido.

c) A transferência do contrato para outro Tomador do Seguro é solicitada por escrito pelo atual Tomador do Seguro, com uma antecedência mínima de 30 dias face à data pretendida. A comunicação deve incluir a Proposta, devidamente preenchida pelo novo Tomador.

d) A alteração para outro plano de seguro em comercialização é solicitada com uma antecedência mínima de 90 dias em relação à data de renovação. A comunicação deve incluir a Proposta, devidamente preenchida pelo Tomador e Questionário Individual de Saúde respondido pelas Pessoas Seguras.

Aplicam-se às novas coberturas e aos aumentos de Capital, relativamente ao contrato anterior, os Períodos de Carência previstos na Apólice.

CLÁUSULA 10ª – PAGAMENTO DO PRÉMIO

1. A cobertura dos riscos depende do prévio pagamento do Prémio.

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

3. O Prémio ou fração inicial é devido na data da celebração do contrato. **A falta do seu pagamento, na data indicada no aviso, determina a resolução automática do contrato a partir da data da sua celebração.**

4. Os Prémios ou frações seguintes são devidos com a periodicidade estabelecida na Apólice e nas datas informadas nos avisos de pagamento.

5. Os avisos para pagamento dos Prémios ou frações são enviados pelo Segurador ao Tomador do Seguro, por escrito, até 30 dias antes da data em que são devidos. Se tiver sido acordado o pagamento do Prémio em frações com periodicidade igual ou inferior a três meses, o Segurador pode optar por enviar apenas um aviso anual com as datas de vencimento das frações, os seus montantes e as consequências da falta de pagamento.

6. 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.

7. A falta de pagamento de um Prémio adicional, na data indicada no aviso, desde que este decorra de um pedido do Tomador do Seguro para alteração da garantia, determinará que a alteração fique sem efeito. Nesse caso, repor-se-ão as condições contratuais em vigor anteriormente àquele pedido, a menos que a manutenção do contrato se revele impossível, caso em que se considera resolvido na data do vencimento do Prémio não pago.

8. As disposições dos números anteriores são aplicáveis ao pagamento dos Prémios ou frações devidos por cada um dos Aderentes a um 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.

9. A revogação do débito em conta, referente ao pagamento do Prémio ou fração, produz efeitos retroativos à data em que este é devido, equivalendo ao seu não pagamento.

CLÁUSULA 11ª – ALTERAÇÃO DO PRÊMIO

1. Não havendo alteração no risco, qualquer alteração do Prêmio aplicável ao contrato apenas pode realizar-se na renovação anual seguinte, mediante aviso com uma antecedência mínima de 30 dias relativamente à data da renovação do contrato.
2. Se a alteração de Prêmio decorrer da mudança de idade ou de escalão etário da Pessoa Segura, a mesma é automática e não requer comunicação prévia, sendo considerada a idade da Pessoa Segura no primeiro dia da anuidade.

CLÁUSULA 12ª – 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 sem necessidade de invocar justa causa, mediante comunicação por escrito, em suporte de papel ou outro meio duradouro disponível e acessível ao Segurador.**
2. **O prazo referido no n.º 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 Prêmio calculado proporcionalmente ao tempo já decorrido, 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 anteriores à contratação ou inclusão da Pessoa Segura no contrato, sempre que esse valor seja imputado contratualmente ao Tomador do Seguro.**

CLÁUSULA 13ª – 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. No Seguro de Grupo contributivo a Pessoa Segura poderá 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 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 pelo Segurador, com aviso prévio de 8 dias, por declaração escrita.

CLÁUSULA 14ª – ESTORNO DO PRÉMIO

Quando, por força de alteração ou resolução do contrato, houver lugar, nos termos da Lei, a Estorno ou devolução 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 não decorrido até à data do vencimento, deduzida do custo de emissão da Apólice;
- c) Se tiverem ocorrido Sinistros na anuidade em curso, para efeito de cálculo do Prémio a devolver, também serão deduzidas as comparticipações desses Sinistros pelo Segurador.

CLÁUSULA 15ª – CADUCIDADE DO CONTRATO

1. Os contratos de seguro celebrados por período certo e determinado caducam automaticamente na data do termo.

2. Os contratos de seguro celebrados por um ano a continuar pelos anos seguintes caducam automaticamente:

- a) Para todas as pessoas do Agregado Familiar, na data em que o Titular deixe de reunir as condições que lhe permitiram integrar o grupo seguro;**
- b) Para cada Pessoa Segura, no termo da anuidade em que esta atinja a idade limite estabelecida pelo Segurador nas Condições Particulares ou Certificado de Seguro;**
- c) Para cada Pessoa Segura, na data em que deixe de fazer parte do Agregado Familiar.**

CLÁUSULA 16ª – 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. Para efeitos do disposto no número anterior o Segurador deve ser informado da Doença ou Acidente 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.

CLÁUSULA 17ª – 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, caso este seja necessário para a ativação das coberturas, bem como informar sobre os Prestadores e serviços disponíveis nas Redes;
- 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, contados desde a data em que forem recebidos todos os elementos necessários à sua apreciação. Se decorrido este prazo, o Segurador, não tiver cumprido essa obrigação de reembolso, por causa não justificada ou que lhe seja imputável, incorrerá em mora e pagará juros à taxa legal em vigor.

CLÁUSULA 18ª – OBRIGAÇÕES DO TOMADOR DO SEGURO E DA PESSOA SEGURA

1. Em caso de Sinistro coberto pelo 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 seu estado de saúde;
- 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 não o fizer;**
- e) Autorizar, no âmbito de Sinistro que motive um pedido de prestação ou de reembolso 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 Prestação 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 cópias 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 cópias dos mesmos, acompanhadas de declaração emitida pelo Segurador, por forma a fazer prova do valor total da despesa e do valor do reembolso. Os pedidos podem ser apresentados através dos meios digitais disponibilizados pelo Segurador.

3. A Pessoa Segura obriga-se a recorrer atempadamente a assistência médica e a seguir os tratamentos prescritos, sob pena de cessar ou ser reduzida a responsabilidade do Segurador.

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.

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

6. Em caso de extravio do Cartão ok! saúde, a Pessoa Segura ou o Tomador do Seguro, devem comunicá-lo ao Segurador através do Apoio ao Cliente, no prazo máximo de 48 horas, a fim de o Cartão ser anulado e de se emitir um novo.

CLÁUSULA 19ª – CAPITAIS SEGUROS, FRANQUIAS E COPAGAMENTOS

1. Os capitais garantidos ou limites de utilização, assim como as Franquias e Copagamentos contratados, constam da Apólice e vigoram em cada anuidade do contrato.

2. Para cálculo dos capitais referidos no n.º 1 consideram-se todas as despesas suportadas pelo Segurador, nas modalidades previstas na Apólice.

3. O Segurador garante o pagamento das despesas efetuadas em moeda Euro, até ao limite contratado, em cada período de vigência do contrato.

4. Salvo convenção em contrário, expressa na Apólice, nas situações de acerto de vencimento, os valores garantidos são proporcionais ao tempo em risco.

CLÁUSULA 20ª – COEXISTÊNCIA DE CONTRATOS

Existindo à data do Sinistro mais do que um contrato de seguro garantindo os mesmos riscos, assiste à Pessoa Segura, nos termos previstos na Lei, o direito de escolher o contrato que pretenda acionar

CLÁUSULA 21ª – SUB-ROGAÇÃO

1. Uma vez paga a despesa, o Segurador fica sub-rogado em todos os direitos da Pessoa Segura contra terceiro responsável pelos prejuízos, com o limite do valor da mesma.

2. A Pessoa Segura obriga-se a assegurar os meios necessários para o exercício dos direitos referidos no n.º 1 e responderá por perdas e danos por qualquer ato ou omissão voluntária que possa impedir ou prejudicar o exercício desses direitos.

CLÁUSULA 22ª – EFICÁCIA EM RELAÇÃO A TERCEIROS

As exceções, invalidades e demais disposições que, de acordo com o 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 23ª – 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.

CLÁUSULA 24ª – 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 para a sede social ou endereço de correio eletrónico do Segurador ou ainda por outro meio do qual fique registo duradouro.

2. A alteração de morada ou de sede, do Tomador do Seguro, do Titular ou da Pessoa Segura, deve ser comunicada ao Segurador nos 30 dias subsequentes à data em que se verifique, sob pena das comunicações ou notificações que o Segurador venha a efetuar para a morada desatualizada se considerarem 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 constante do contrato ou para o endereço de correio eletrónico do Tomador do Seguro, do Titular ou da Pessoa Segura.

CLÁUSULA 25ª – LEI APLICÁVEL

A Lei aplicável ao contrato é a portuguesa.

CLÁUSULA 26ª – RECLAMAÇÕES

A apresentação de qualquer reclamação, relacionada com o 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 e resseguradora.

CLÁUSULA 27ª – 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 respetiva Lei em vigor.

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

DISPOSIÇÕES COMUNS

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

01. INTERNAMENTO HOSPITALAR

1. O QUE ESTÁ SEGURO

1.1. A cobertura garante, nos termos e limites fixados nas Condições Particulares ou no 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 realizados 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 realizados em Ambulatório.**

1.2. Parto

A presente cobertura pode ainda garantir, desde que contratada essa opção e seja expressamente indicada nas Condições Particulares ou Certificado de

Seguro, o pagamento de despesas com Parto Normal, Cesariana e Interrupção Involuntária da Gravidez ou voluntária por indicação médica.

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 nascimento.

2. O QUE NÃO ESTÁ SEGURO

Para além das exclusões previstas na Clausula 4.ª das Condições Gerais, 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) 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;**
- d) 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;**
- e) De natureza particular (por exemplo alimentação não incluída na diária de internamento e despesas com telecomunicações).**

3. 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.

02. SAÚDE MENTAL

1. O QUE ESTÁ SEGURO

A cobertura garante, nos termos e limites fixados nas Condições Particulares ou Certificado de Seguro, o pagamento de despesas relativas a:

- a) Internamento psiquiátrico, incluindo honorários médicos e de enfermagem, medicamentos, materiais e todos os produtos associados aos cuidados prestados, bem como meios complementares de diagnóstico e terapêutica;**
- b) Honorários de consultas de psiquiatria, consultas de psicologia e sessões de psicoterapia.**
- c) Assistência por Meios Digitais – Despesas com a subscrição de Apps de prevenção, na área da Saúde Mental, ficando garantidas exclusivamente as seguintes: Headspace, Calm, 29k FJN, Lumosity e Peak Brain Training.**

2. O QUE NÃO ESTÁ SEGURO

Para além das exclusões previstas na Cláusula 4.ª das Condições Gerais, não estão garantidas despesas:

- a) Com terapêuticas biológicas (por exemplo, eletroconvulsivoterapia e estimulação transcraniana);**
- b) Com estadia de acompanhantes da Pessoa Segura;**
- c) De natureza particular (por exemplo, alimentação não incluída na diária de internamento e despesas com telecomunicações).**

3. MODALIDADE DE UTILIZAÇÃO

O Internamento é exclusivo de Rede e necessita sempre de autorização prévia.

As consultas e sessões, indicadas na alínea b) do ponto 1, estão disponíveis nas modalidades de Prestação na Rede ou Prestação por Reembolso, conforme definido na Apólice. A subscrição de Apps de prevenção, mencionada na alínea c) do ponto 1, funciona apenas na modalidade de Prestação por Reembolso.

03. CAPITAL DIÁRIO POR INTERNAMENTO HOSPITALAR

1. O QUE ESTÁ SEGURO

A cobertura garante, nos termos e limites fixados nas Condições Particulares ou Certificado de Seguro, o pagamento de um Capital em caso de internamento da Pessoa Segura em Unidade Hospitalar em Portugal, resultante de Doença ou Acidente.

2. O QUE NÃO ESTÁ SEGURO

Para além das exclusões da Cláusula 4.ª das Condições Gerais, não estão garantidas as hospitalizações em consequência de tratamentos não reconhecidos oficialmente pela medicina convencional.

3. MODALIDADE DE UTILIZAÇÃO

Esta cobertura funciona, apenas, na modalidade de Prestação por Reembolso.

04. TRANSPORTE DE URGÊNCIA

1. O QUE ESTÁ SEGURO

A cobertura garante, sempre que o estado de saúde da Pessoa Segura o justifique, o direito a:

- a) Transporte de urgência 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 para o transporte;**

- c) Em caso de necessidade determinada por indicação médica, transporte desde a Unidade Hospitalar em que se encontre internada para outra Unidade Hospitalar;**
- d) Transporte de regresso ao seu domicílio habitual, após alta médica.**

2. COMO PEDIR O TRANSPORTE

O transporte tem de ser pedido através do Apoio ao Cliente.

05. CONSULTAS, EXAMES E TRATAMENTOS (AMBULATÓRIO)

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

2. O QUE NÃO ESTÁ SEGURO

Para além das exclusões previstas na Clausula 4.ª das Condições Gerais, não estão garantidas despesas com:

- a) Cirurgia, incluindo a Cirurgia em Ambiente Hospitalar Sem Internamento**
- b) Consultas, tratamentos, cirurgia e Próteses e Ortóteses do foro estomatológico ou de Medicina Dentária;**
- c) Exercícios de Ortóptica, exceto se prescrito por Médico da oftalmologista;**

- d) Próteses e Ortóteses;**
- e) Medicamentos.**

3. MODALIDADE DE UTILIZAÇÃO

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

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

- a) Consultas de Genética**
- b) 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.**
- c) Tratamentos:**
 - i. Tratamentos cirúrgicos em Ambulatório;**
 - ii. Medicina Física e de Reabilitação;**
- d) Quaisquer outros atos complementares de diagnóstico e terapêutica ou tratamentos definidos em ok.pt como necessitando de autorização prévia.**

06. CONSULTAS

1. O QUE ESTÁ SEGURO

A cobertura garante, nos termos e limites ficados 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.**

2. O QUE NÃO ESTÁ SEGURO

Para além das exclusões previstas na Clausula 4.ª das Condições Gerais, não estão garantidas as despesas com consultas domiciliárias e consultas de urgência.

Na modalidade de Acesso à Rede não são aplicáveis quaisquer exclusões.

3. 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 1.

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

07. MEDICINA ONLINE

1. 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

Este serviço 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.

2. O QUE NÃO ESTÁ SEGURO

Para além das exclusões previstas na Cláusula 4.ª das Condições Gerais, não estão garantidos:

- 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, 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.**

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

1. O QUE ESTÁ GARANTIDO

Nos termos e limites fixados nas Condições Particulares ou Certificado de Seguro, está garantido o Acesso à Rede para 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, nomeadamente:

- a) Honorários de consultas médicas;**
- b) Honorários médicos e de enfermagem relativos a outros atos médicos;**
- c) Materiais e produtos associados aos atos médicos;**
- d) Meios complementares de diagnóstico e terapêutica;**
- e) Tratamentos do foro da Medicina Física e de Reabilitação, incluindo Terapia da Fala.**

2. O QUE NÃO ESTÁ GARANTIDO

Não são aplicáveis as exclusões constantes da Cláusula 4ª das Condições Gerais.

3. 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.**

- a) Consultas médicas domiciliárias;
- b) Enfermagem domiciliária (com prescrição médica);
- c) Exames no domicílio (com prescrição médica).

09. ASSISTÊNCIA DOMICILIÁRIA

1. O QUE ESTÁ SEGURO

A cobertura garante consultas domiciliárias à Pessoa Segura, quando o seu estado de saúde o justifique, confirmado através do Serviço de Apoio ao Cliente, e nos termos e limites fixados nas Condições Particulares ou Certificado de Seguro.

2. COMO PEDIR ASSISTÊNCIA

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

10. ESTOMATOLOGIA E MEDICINA DENTÁRIA

1. O QUE ESTÁ SEGURO

A cobertura garante, nos termos e limites fixados nas Condições Particulares ou Certificado de Seguro, o pagamento de despesas com os atos de diagnóstico ou terapêutica de Estomatologia e Medicina Dentária, nomeadamente:

- d) Honorários médicos;
- e) Meios complementares de diagnóstico e terapêutica;
- f) Próteses estomatológicas, excetuando Próteses sobre Implantes;
- g) Materiais e todos os produtos associados aos atos médicos;

h) Acomodação e utilização das infraestruturas (diárias, bloco operatório, recobro e equipamentos), produtos e medicamentos necessários para a realização dos atos médicos em Ambiente Hospitalar.

2. O QUE NÃO ESTÁ SEGURO

Para além das exclusões previstas na Clausula 4.ª das Condições Gerais, esta cobertura não garante:

- a) Aparelhos de ortodontia e respetivos moldes e estudos (incluindo imagiologia específica) e consultas de controlo;**
- 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 estomatológicos, 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. MODALIDADE DE UTILIZAÇÃO

As modalidades de utilização (Prestação na Rede ou Prestação por Reembolso) estão definidas na Apólice. **A utilização em Rede pode necessitar de autorização prévia, a qual deve ser solicitada pelo Prestador. A informação sobre os atos para os quais é necessária autorização está disponível em ok.pt.**

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

11. ACESSO À REDE DE ESTOMATOLOGIA E MEDICINA DENTÁRIA

1. O QUE ESTÁ GARANTIDO

Nos termos e limites 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.**

2. O QUE NÃO ESTÁ GARANTIDO

Não são aplicáveis as exclusões constantes da Cláusula 4ª das Condições Gerais.

3. 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.

12. TERAPÊUTICAS NÃO CONVENCIONAIS

1. 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 honorários no âmbito das terapêuticas não convencionais aprovadas legalmente, tais como:

- a) Acupuntura;**

- b) Homeopatia;**
- c) Osteopatia;**
- d) Medicina Tradicional Chinesa;**
- e) Naturopatia;**
- f) Fitoterapia;**
- g) Quiropraxia.**

2. O QUE NÃO ESTÁ SEGURO

Para além das exclusões previstas na Cláusula 4.ª das Condições Gerais, esta cobertura não garante medicamentos ou quaisquer produtos com fins terapêuticos.

3. MODALIDADE DE UTILIZAÇÃO

A modalidade de utilização (Prestação na Rede ou Prestação por Reembolso) está definida na Apólice.

13. ACESSO À REDE DE TERAPÊUTICAS NÃO CONVENCIONAIS

1. O QUE ESTÁ GARANTIDO

Nos termos e limites fixados nas Condições Particulares ou Certificado de Seguro, está garantido o Acesso à Rede de Terapêuticas Não Convencionais, suportando a Pessoa Segura a totalidade dos custos (Preços Convencionados), nos seguintes serviços:

- a) Acupuntura;**
- b) Homeopatia;**
- c) Osteopatia;**
- d) Medicina Tradicional Chinesa;**
- e) Naturopatia;**
- f) Fitoterapia;**

g) Quiropraxia.

2. O QUE NÃO ESTÁ GARANTIDO

Não são aplicáveis as exclusões constantes da Cláusula 4.ª das Condições Gerais.

3. MODALIDADE DE UTILIZAÇÃO

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

14. PRÓTESES E ORTÓTESES

1. 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 Próteses ou Ortóteses, desde que prescritas por um Médico da especialidade, Optometrista ou Técnico de Ortopia.

As despesas com óculos e lentes de contacto só são aceites:

- a) A partir da segunda aquisição (inclusive), quando se verificar alteração da correção relativamente à prescrição anterior;
- b) Ao fim de três anos, ainda que não se verifique a existência de alteração da correção relativamente à prescrição anterior. Este prazo não é aplicável a lentes de contacto descartáveis;
- c) No caso de menores de 16 anos, desde que na prescrição médica seja explícita a necessidade de trocar de óculos em consequência do seu crescimento, ainda que não se verifique alteração da correção.

2. O QUE NÃO ESTÁ SEGURO

Para além das exclusões previstas na Cláusula 4.ª das Condições Gerais, esta cobertura 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) Óculos e lentes de contacto adquiridos fora da Rede de Óticas;**
- g) Aquisição isolada de aros oculares;**
- h) Extravio, furto, roubo ou quebra de óculos ou lentes, exceto em consequência de Acidente garantido pelo contrato e mediante apresentação de relatório médico das lesões físicas.**

3. MODALIDADE DE UTILIZAÇÃO

As despesas com óculos e lentes de contacto são garantidas, exclusivamente, na Rede de Óticas, na modalidade de Prestação na Rede.

As restantes garantias apenas estão disponíveis na modalidade de Prestação por Reembolso.

15. ACESSO À REDE DE ÓTICAS

1. O QUE ESTÁ GARANTIDO

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

2. O QUE NÃO ESTÁ GARANTIDO

Não são aplicáveis as exclusões constantes da Cláusula 4ª das Condições Gerais.

3. MODALIDADE DE UTILIZAÇÃO

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

16. MEDICAMENTOS

1. O QUE ESTÁ SEGURO

A cobertura garante o pagamento de despesas efetuadas com medicamentos, para tratamento de Doença ou Acidente que tenham cobertura na Apólice, nos termos e limites fixados nas Condições Particulares ou no Certificado de Seguro e que cumpram, cumulativamente, os seguintes requisitos:

- a) Estarem classificados como tal pela autoridade competente do Ministério da Saúde;**
- b) Serem dispensados com receita médica;**
- c) Terem sido previamente comparticipados pelo Serviço Nacional de Saúde, outro Subsistema ou Seguro de Saúde.**

Para vacinas do foro alergológico apenas é necessário cumprir o requisito constante da alínea b).

2. O QUE NÃO ESTÁ SEGURO

Para além das exclusões previstas na Cláusula 4.ª das Condições Gerais, esta cobertura não garante:

- a) Champôs, sabonetes, pastas medicinais e similares;**
- b) Produtos de estética, cosmética e higiene;**
- c) Produtos dietéticos, homeopáticos ou manipulados (preparados em farmácia);**
- d) Anticoncecionais e dispositivos intrauterinos;**
- e) Vacinas, com exceção das do foro alergológico;**
- f) Alimentação infantil;**
- g) Artigos sanitários e antissépticos;**
- h) Material de penso, tiras de glicémia e outros dispositivos médicos;**
- i) Produtos e medicamentos para tratamento da obesidade.**

3. MODALIDADE DE UTILIZAÇÃO

Esta cobertura funciona, apenas, na modalidade de Prestação por Reembolso.

17. ASSISTÊNCIA CLÍNICA EM VIAGEM

1. O QUE ESTÁ SEGURO

A cobertura garante a Assistência, quando a Pessoa Segura se encontre em viagem em Portugal ou em deslocação no estrangeiro não superior a 60 dias, nos termos e limites fixados nas Condições Particulares ou Certificado de Seguro, nas situações seguintes:

a) Admissão em Unidade Hospitalar

Verificada a necessidade de internamento ou tratamento, junto do Serviço de Apoio ao Cliente, o Segurador assegura os procedimentos necessários à admissão na Unidade escolhida pela Pessoa Segura.

b) Transporte para Unidade Hospitalar

Verificada a necessidade, junto do Serviço de Apoio ao Cliente, de transporte em ambulância, veículo sanitário ligeiro ou outro meio de transporte que a gravidade da situação justifique, o Segurador garante o mesmo, até à Unidade indicada pela Pessoa Segura, podendo incluir o transporte para um acompanhante (Médico, familiar ou outro).

Após alta médica, o Segurador garante o transporte de regresso, em meio de transporte adequado, para a Pessoa Segura e para o acompanhante.

O serviço de transporte para internamento numa Unidade Hospitalar fora do território nacional, apenas está garantido quando a Pessoa Segura se encontre no estrangeiro à data do Acidente ou Doença súbita ou desde que não exista em Portugal qualquer unidade onde o tratamento possa ser realizado. O serviço é ainda garantido, quando não haja possibilidade de internamento, em tempo útil, em Unidade de Saúde no território nacional, estando a Pessoa Segura em risco de vida.

Se a Pessoa Segura for portadora de Doença contagiosa, a utilização do transporte de avião de linha aérea regular fica condicionada à autorização da

companhia aérea transportadora. Não sendo concedida autorização, se a Pessoa Segura o desejar, poderá optar por qualquer meio de transporte, previamente acordado entre o seu Médico Assistente e os serviços clínicos do Segurador.

c) Despesas de Funeral e Repatriamento

Se a Pessoa Segura falecer no estrangeiro, durante o Internamento Hospitalar, o Segurador suportará eventuais despesas com as formalidades legais a cumprir no local do falecimento, com o transporte do corpo em urna até ao local do funeral em Portugal, assim como as despesas de funeral, até ao valor máximo de € 2.500,00.

d) Alta sob Vigilância Clínica

Se, em consequência de Internamento Hospitalar, a Pessoa Segura necessitar de ficar alojada fora da sua residência habitual para vigilância médica, fica garantido o pagamento do alojamento por ela escolhido, até ao valor máximo de € 100,00/dia, no máximo de 7 (sete) dias por anuidade.

e) Envio de Medicamentos

Garante a procura e envio de medicamentos prescritos por Médico, 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. COMO PEDIR A ASSISTÊNCIA

A Assistência tem de ser pedida através do Serviço de Apoio ao Cliente.

18. EXTENSÃO AO ESTRANGEIRO

1. O QUE ESTÁ SEGURO

Esta extensão permite beneficiar das coberturas do contrato, na modalidade de Prestação por Reembolso, para pagamento das despesas com cuidados de saúde fora do território nacional.

2. O QUE NÃO ESTÁ SEGURO

Para além das exclusões previstas na Cláusula 4.ª das Condições Gerais e nas Condições Especiais respetivas, não estão garantidas as despesas com deslocação e estadia.

3. MODALIDADE DE UTILIZAÇÃO

Esta cobertura funciona, apenas, na modalidade de Prestação por Reembolso.

19. DOENÇAS GRAVES

1. O QUE ESTÁ SEGURO

A cobertura garante, nos termos e limites fixados nas Condições Particulares ou Certificado de Seguro, o pagamento de despesas com diagnóstico e terapêutica de qualquer uma das Doenças e procedimentos a seguir indicados, cujos primeiros sintomas e primeiro diagnóstico tenham ocorrido durante o período de vigência da cobertura, na sequência de recomendação do serviço de Confirmação de Diagnóstico (Condição Especial Medicina Online).

Ficam garantidas 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. No caso de cirurgias a tumores cranianos consideram-se os tumores benignos ou malignos com origem em tecido cerebral, meninges ou nervos cranianos. O tumor deverá ser tratado através de craniotomia com ressecção do tumor ou radiocirurgia estereotática. A autorização depende da confirmação do diagnóstico pelo Neuro-Oncologista ou Neurocirurgião e da evidência imagiológica da doença.

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 depende 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 depende da evidência angiográfica da Doença;

e) Cirurgia da aorta torácica

A cirurgia, incluindo procedimentos minimamente invasivos, para tratamento de coartação, estenose, aneurisma ou dissecção da aorta torácica. A autorização depende da proposta de cirurgia por um cirurgião da especialidade e da evidência imagiológica da doença;

f) Transplante de órgãos

O transplante cirúrgico de coração, pulmão, fígado, rim, pâncreas ou medula óssea resultante da perda total e irreversível da respetiva 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. Internamento Hospitalar:

- a) Honorários de enfermagem durante o internamento;**
- b) Outros serviços hospitalares, incluindo consultas, ainda que realizadas no departamento de consulta externa de hospital;**
- c) Diárias da Pessoa Segura;**
- d) Diárias de acompanhante, se o hospital disponibilizar esse serviço.**

1.1.2. Cirurgia ambulatoria.

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

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

- a) Anestesia e respetiva aplicação por Médico anestesista;**
- b) Exames de laboratório e patologia, radiografias, meios complementares 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, sempre que prescritos por um Médico;**
- c) Transfusões de sangue, aplicação de plasma e soros;**
- d) Aplicação de oxigénio e de produtos injetáveis.**

1.1.5. Produtos farmacêuticos ou medicamentos prescritos por Médico para o pós-operatório durante a hospitalização ou pelo período máximo de 30 dias após a alta médica.

1.1.6. Deslocações e transportes em ambulâncias terrestres e aéreas quando a sua utilização for prescrita por um Médico.

1.1.7. Viagem de ida e volta em linha aérea regular (classe económica) para a Pessoa Segura e um acompanhante, com o limite de €3.000,00 por anuidade.

1.1.8. Alojamento da Pessoa Segura e de um acompanhante, com o limite de €200,00 por dia e de €4.000,00 por anuidade.

1.1.9. Em caso de falecimento da Pessoa Segura durante o tratamento, 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, com o limite de €10.000,00.

2. O QUE NÃO ESTÁ SEGURO

2.1. Exclusões Gerais

Para além das exclusões previstas na Cláusula 4.ª das Condições Gerais, não estão garantidas as despesas com:

- a) O tratamento de Doença ou situação clínica que não esteja prevista no nº 1 desta Condição Especial;
- b) 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 Doença coberta;
- c) Cuidados realizados em prestadores médicos não indicados pelo Segurador;
- d) Qualquer tipo de Próteses, aparelhos e calçado ortopédicos, cintas, ligaduras, canadianas, membros ou órgãos artificiais, perucas (mesmo quando o seu uso for considerado necessário durante o tratamento de quimioterapia), fundas herniárias e outros equipamentos ou artigos similares, com a exceção da Prótese mamária;
- e) 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;
- f) Terapêuticas não convencionais, mesmo quando prescritas de forma específica por um Médico;
- g) Compra ou aluguer de cadeiras de rodas, camas especiais, aparelhos de ar condicionado, purificadores de ar e quaisquer outros artigos ou equipamentos similares.

2.2. Exclusões específicas

Às 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 estão garantidos:

a) a craniotomia quando a patologia for consequência de Lesão traumática;

b) o diagnóstico ou tratamento de quistos, granulomas, hamartomas, malformações vasculares intracranianas e tumores da hipófise.

2.2.3. “By-pass” 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 congénitas das válvulas cardíacas.

2.2.5. Cirurgia da aorta torácica – Não estão garantidas as cirurgias:

a) a quaisquer ramos da aorta torácica e cirurgia a aorta abdominal, incluindo bypass aorto-femoral ou aorto-ilíaco;

b) decorrentes de Doenças hereditárias do tecido conjuntivo (e.g. Síndrome de Marfan, Ehlers-Danlos);

c) na sequência de traumatismo com Lesão da aorta.

2.2.6. 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 congénita;

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 MODALIDADE DE UTILIZAÇÃO

A cobertura desta Condição Especial garante exclusivamente os cuidados de saúde prestados fora do território nacional, nos prestadores indicados pelo Segurador, carecendo sempre de autorização prévia, que deve ser solicitada através do Serviço de Apoio ao Cliente Multicare 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 estes tenham por convenientes para documentação do processo.

4. LIMITE DE CAPITAL

O Capital Seguro anual é de € 1.000.000,00, sendo que, caso o contrato de seguro vigore por um período superior a um ano, o Capital Seguro aplicável para a totalidade da vigência da Apólice é de € 2.000.000,00.

20. MEDICINA PREVENTIVA (CHECK-UP)

1. O QUE ESTÁ SEGURO

A cobertura garante, nos termos e limites fixados nas Condições Particulares ou Certificado de Seguro, as despesas com a realização check-up pela Pessoa Segura, cuja periodicidade e composição poderá consultar em detalhe em ok.pt.

2. MODALIDADE DE UTILIZAÇÃO

O Segurador envia a autorização que permite a utilização desta cobertura, exclusivamente na Rede Multicare. Após receção da autorização, a Pessoa Segura procede à marcação e realização dos exames e consulta(s) no prestador da rede por si selecionado.

A lista dos prestadores da Rede de Serviços Médicos (Check-Up) está disponível para consulta em ok.pt.

21. 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 indeniza qualquer montante. Terminado aquele período, o Segurador considera a totalidade do tempo para o cálculo da indemnização.
- **Invalidez Absoluta e Definitiva** – A Pessoa Segura é considerada no estado de Invalidez Absoluta e Definitiva, quando, em consequência de Acidente ou Doença, suscetível de constatação médica objetiva, fique total e definitivamente incapacitada de exercer qualquer atividade remunerável e necessite de recorrer, de modo contínuo, à assistência de uma terceira pessoa para efetuar os atos normais da vida diária, não sendo possível prever qualquer melhoria, com base nos conhecimentos médicos atuais.
- **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 Segurador;
- **Pessoa Segura (meramente para efeitos desta Condição Especial)** – o Tomador que seja Pessoa Singular 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. O QUE ESTÁ SEGURO

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 Absoluta e Definitiva 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. O QUE NÃO ESTÁ SEGURO

Para além das exclusões previstas na Cláusula 4.ª das Condições Gerais, não estão garantidos, nas situações abaixo descritas:

3.1. Morte ou Invalidez Absoluta e Definitiva que resultem 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. DURAÇÃO

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

5.1 Na data da Morte ou Invalidez Absoluta e Definitiva da Pessoa Segura;

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

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

6. 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:

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

6.2. 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.

7. PERÍODO DE FRANQUIA RELATIVA, CARÊNCIA E REQUALIFICAÇÃO

As garantias objeto deste contrato estão sujeitas a:

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

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

7.3. 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: Avenida Álvaro Pais, Nº 7, 1600-007 Lisboa – Portugal | Capital Social: € 23 000 000