

CONDIÇÕES GERAIS E ESPECIAIS DA APÓLICE DE SEGURO

Saúde Médis

Ocidental seguros
Millenniumbcp Fortis
GRUPO SEGUROADOR

Saúde Médica

CONDIÇÕES GERAIS	3
CLÁUSULA 1.ª - DEFINIÇÕES	3
CLÁUSULA 2.ª - OBJECTO.....	5
CLÁUSULA 3.ª - BASE DO CONTRATO	5
CLÁUSULA 4.ª - ÂMBITO TERRITORIAL	6
CLÁUSULA 5.ª - PESSOAS SEGURAS.....	6
CLÁUSULA 6.ª - COBERTURAS E MODALIDADES	6
CLÁUSULA 7.ª - PRESTAÇÕES CONVENCIONADAS.....	6
CLÁUSULA 8.ª - PRESTAÇÕES INDEMNIZATÓRIAS	7
CLÁUSULA 9.ª - ASSISTÊNCIA	7
CLÁUSULA 10.ª - EXCLUSÕES	7
CLÁUSULA 11.ª - PERÍODOS DE CARÊNCIA	8
CLÁUSULA 12.ª - INÍCIO E DURAÇÃO DO CONTRATO	8
CLÁUSULA 13.ª - TERMO DO CONTRATO	9
CLÁUSULA 14.ª - PAGAMENTO DO PRÉMIO.....	9
CLÁUSULA 17.ª - ACESSO, PROCEDIMENTOS E REGULARIZAÇÃO	10
CLÁUSULA 18.ª - DEVERES DE INFORMAÇÃO	11
CLÁUSULA 19.ª - SUB-ROGAÇÃO	11
CLÁUSULA 20.ª - ALTERAÇÕES AOS TERMOS DO CONTRATO	11
CLÁUSULA 21.ª - COORDENAÇÃO DE PRESTAÇÕES	12
CLÁUSULA 22.ª - ARBITRAGEM	12
CLÁUSULA 23.ª - COMUNICAÇÕES E NOTIFICAÇÕES	12
CLÁUSULA 24.ª - DADOS PESSOAIS	12
CLÁUSULA 25.ª - LEI APLICÁVEL E FORO COMPETENTE	12
CONDIÇÕES ESPECIAIS.....	13
CONDIÇÃO ESPECIAL - ASSISTÊNCIA CLÍNICA EM REGIME DE HOSPITALIZAÇÃO	13
CONDIÇÃO ESPECIAL - ASSISTÊNCIA CLÍNICA EM REGIME AMBULATORIO.....	13
CONDIÇÃO ESPECIAL - ESTOMATOLOGIA E MEDICINA DENTÁRIA	14
CONDIÇÃO ESPECIAL - MEDICAMENTOS	14
CONDIÇÃO ESPECIAL - PARTO	14
CONDIÇÃO ESPECIAL - PRÓTESES E ORTÓTESES.....	15
CONDIÇÃO ESPECIAL - ASSISTÊNCIA CLÍNICA NO ESTRANGEIRO	16
CONDIÇÃO ESPECIAL - DOENÇAS GRAVES.....	16
CONDIÇÃO ESPECIAL - ASSISTÊNCIA AO DOMICÍLIO	18
CONDIÇÃO ESPECIAL - REDE DE 2.ª OPINIÃO	19

CONDIÇÕES GERAIS

CLÁUSULA 1.ª - DEFINIÇÕES

Definições de termos e expressões úteis para facilitar a percepção dos conceitos e conteúdos das condições contratuais do presente contrato de seguro:

1. Relativos às entidades envolvidas no contrato de seguro de saúde:

Segurador

Entidade legalmente autorizada a exercer a actividade seguradora e que subscreve, com o Tomador, o contrato de seguro.

Médis

Marca exclusiva e registada dos produtos geridos pela Médis - Companhia Portuguesa de Seguros de Saúde, SA, segurador, ressegurador e gestor do sistema integrado de cuidados de saúde subjacente aos seguros dos ramos Doença, Assistência e Acidentes, titulados por Apólices por si emitidas ou por outros Seguradores sob a sua autorização.

Tomador do Seguro

Entidade que celebra o contrato de seguro com o Segurador, sendo responsável pelo pagamento do Prémio.

Pessoa Segura

Pessoa singular identificada nas Condições particulares e titular de Certificado Individual de seguro, cuja saúde ou integridade física se segura, e que é beneficiária das garantias da Apólice.

Agregado Familiar

Conjunto das pessoas identificadas nas Condições particulares ou no Certificado Individual que viva em economia comum e que integra, além do Tomador do seguro, no caso dos seguros individuais, ou do Aderente, no caso dos seguros de grupo, o seu cônjuge ou pessoa que com ele viva em união de facto há mais de dois anos, assim como os seus descendentes ou ascendentes em linha recta ou colateral até ao 2º grau e se encontrem na dependência económica do Tomador do seguro ou do Aderente.

2. Relativos aos documentos que regulamentam e integram o contrato:

Apólice

Documento que titula o contrato celebrado entre o Tomador do seguro e o Segurador, de que fazem parte integrante as respectivas Condições gerais, Especiais e Particulares acordadas, bem como as Actas adicionais ao contrato.

Condições Gerais

Conjunto de cláusulas que definem e regulamentam obrigações genéricas e comuns inerentes ao contrato de seguro.

Condições Especiais

Cláusulas que, completando ou especificando as Condições gerais, são de aplicação generalizada a determinadas coberturas, quando tenham sido contratadas.

Condições Particulares

Documento onde se encontram os elementos específicos de cada contrato de seguro, que se concretiza num Certificado Individual.

Acta Adicional

Documento que titula uma alteração da Apólice.

3. Relativos à subscrição do seguro de saúde:

Seguro de Saúde Médis

Contrato de seguro de saúde celebrado entre o Segurador e o Tomador do seguro, titulado pela emissão de uma Apólice, no qual o Segurador garante às Pessoas Seguras o acesso à rede de prestadores de cuidados de saúde da Médis, nos termos e limites convencionados, com determinação dos critérios de financiamento expressamente indicados, ou o reembolso parcial de despesas de saúde suportadas junto de entidades não convencionadas.

Proposta de Seguro de Saúde Médis

Documento, sob modelo de formulário do Segurador, a ser preenchido e assinado pelo Tomador do seguro ou por cada Aderente (Boletim de adesão), do qual constam os elementos de informação essenciais para a aceitação do contrato de seguro ou da adesão individual. Este documento faz parte integrante da Apólice quando emitida e vincula todas as partes, ou seja, o Tomador do seguro, cada Aderente e o Segurador.

Questionário Individual de Saúde

Formulário contendo um conjunto de indicadores relativos a dados de saúde, de modo a constituir um perfil e historial clínico que permita a correcta avaliação do risco, a assumir pelo Segurador, cujo preenchimento e assinatura pelo Aderente equivale a declaração pessoal exacta relativa aos seus dados de saúde.

4. Relativos aos valores referidos no contrato de seguro de saúde:

Prémio

Preço pago pelo Tomador do seguro ao Segurador pela cobertura do risco, através da contratação do seguro. Em seguros de grupo em regime contributivo, o Prémio pode ser suportado, no todo ou em parte, pelas Pessoas Seguras.

Capital Seguro

O Capital seguro representa o valor máximo da prestação a pagar pelo Segurador por sinistro ou anuidade de seguro, consoante o que esteja estabelecido no contrato.

Franquia

Importância que, em caso de sinistro, fica a cargo da Pessoa segura, em função da cobertura e do capital, e cujo montante é estipulado nas Condições particulares ou no Certificado Individual.

Co-pagamento

Valor que fica a cargo da Pessoa segura por cada acto ou conjunto de actos médicos, nos termos estipulados nas Condições particulares ou no Certificado Individual.

Indexação

Alteração, se contratada, do capital garantido e do correspondente Prémio, em função de um índice

expresso nas Condições particulares ou Certificado Individual.

Comparticipação por Financiamento

Valor suportado pelo Segurador no âmbito das prestações convencionadas e pago directamente ao prestador de cuidados de saúde, sem prejuízo da exigibilidade de Co-pagamentos às Pessoas Seguras.

Comparticipação por Reembolso

Valor reembolsado pelo Segurador, após dedução das Franquias e Co-pagamentos aplicáveis, à Pessoa segura ou pago ao prestador de cuidados de saúde quando tenha sido emitido um Termo de responsabilidade.

Termo de Responsabilidade

Documento emitido pelo Segurador, que exprime a assunção de responsabilidade pelos encargos inerentes à realização de determinado acto médico ou procedimento, nos termos e limites das coberturas do seguro aplicáveis, até ao máximo do capital garantido disponível.

5. Relativos às garantias do contrato de seguro de saúde:

Condições de adesão

As estabelecidas nas Condições particulares ou no Certificado Individual relativamente a cada Pessoa segura, Agregado familiar ou grupo seguro.

Prestações convencionadas

Garantia do financiamento do acesso, nas condições previstas na Apólice, da Pessoa segura a uma rede integrada de médicos e unidades de saúde, conforme listagem própria ou indicação da Linha Médica, de escolha livre e de acesso sujeito a critérios de utilização constantes do Guia Médica, nomeadamente intervenção do Médico Assistente ou necessidade de referência de especialidade médica ou autorização de actos e procedimentos.

Prestações indemnizatórias

Garantia do reembolso parcial de despesas efectuadas em consequência de um evento coberto pelas garantias da Apólice.

Ocorrência / Sinistro

Todo e qualquer evento susceptível de desencadear o funcionamento das garantias do contrato.

Acidente

Acontecimento fortuito, súbito e anormal, devido a causa exterior e estranha à vontade da Pessoa segura e que nesta origine lesões corporais.

Doença

Toda a alteração involuntária do estado de saúde, não causada por acidente e diagnosticada por um médico.

Doença preexistente

Considera-se preexistente ao contrato de seguro, e por isso excluída do seu âmbito de cobertura, qualquer doença ou lesão que a Pessoa segura não poderia ignorar ou da qual deveria ter conhecimento, anteriormente à data de subscrição do seguro, em virtude de ter sido objecto de investigação clínica, acto médico e/ou tratamento prévio e cujos sinais ou sintomas eram evidentes à data da referida subscrição.

Doença congénita

Doença presente à nascença, em resultado de factores hereditários ou de condições verificadas durante a gestação até ao momento do nascimento. A doença congénita pode ser evidente ou reconhecida imediatamente após o nascimento ou ser descoberta mais tarde em qualquer momento da vida da pessoa, sem prejuízo da sua natureza.

Médico

Licenciado por Faculdade de Medicina ou de Medicina Dentária, legalmente autorizado a exercer a profissão em Portugal e cuja especialidade e inscrição sejam reconhecidas pela Ordem dos Médicos, pela Ordem dos Médicos Dentistas ou por entidades congéneres dos países onde exerçam a sua actividade.

Unidade de Saúde

Estabelecimento, integrado ou não no Serviço Nacional de Saúde, que tenha por objecto a prestação de quaisquer serviços médicos ou outros cuidados de saúde e que se encontre licenciado nos termos legais aplicáveis, abrangendo entidades com internamento ou sala de recobro, entidades generalistas para serviços de hospitalização e ambulatório e, ainda, entidades especializadas para serviços de ambulatório e meios complementares de diagnóstico e terapêutica, independentemente da designação e da forma jurídica adoptada, incluindo Hospitais, Clínicas e Centros de meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

Acto Médico

Acto realizado por médico legalmente habilitado pela respectiva Ordem, que integra a promoção da saúde, a prevenção e o tratamento da doença, bem como a reabilitação das pessoas que se sujeitam à sua intervenção, podendo determinar procedimentos complementares realizados por outros profissionais de saúde.

Serviços clinicamente necessários

Serviços que forem consistentes com o quadro clínico do doente, de acordo com os protocolos e os padrões reconhecidos pela comunidade médica, justificando, assim, a prática de actos médicos no âmbito do seguro.

Despesas de saúde elegíveis

Despesas directamente relacionadas com a realização de actos médicos e/ou cirúrgicos, de carácter de diagnóstico e/ou terapêutico, executados por profissionais de saúde devidamente habilitados, como consequência de diagnóstico clínico e sempre sob supervisão e orientação médica a qual determina e limita o âmbito da responsabilidade dos intervenientes.

Despesas de saúde não elegíveis

Despesas não consideradas no âmbito do seguro, tais como encargos derivados da realização de actos sem prescrição médica, bem como aquisição de bens, ainda que sob prescrição médica, cuja utilidade não se esgote na finalidade terapêutica, como, por exemplo, cosméticos, colchões, cadeiras, almofadas, desumidificadores, aspiradores, aparelhos de ar condicionado, bicicletas, aparelhos de musculação e banheiras de hidromassagens, óculos de sol, entre outros. Integram esta definição todos os consumíveis, enquanto bens cuja utilidade se esgote no próprio uso,

mas que não tenham finalidade terapêutica ou não sejam objectivamente justificáveis mediante prescrição médica. Salvo indicação expressa em contrário, não são consideradas elegíveis quaisquer próteses ou ortóteses não cirúrgicas. De igual forma, também não são considerados elegíveis Co-pagamentos ou Franquias de outra Apólice Médica em vigor para a mesma Pessoa segura, até ao limite do Co-pagamento homólogo na Apólice accionada.

Seguro Individual

Seguro efectuado relativamente a pessoas singulares que, podendo incluir no âmbito de cobertura um Agregado familiar, não consubstancia um Seguro de Grupo.

Seguro de Grupo

Seguro de um conjunto de pessoas ligadas entre si e ao Tomador do seguro por um vínculo ou interesse comum que não o de segurar.

Seguro de grupo em regime Contributivo

Seguro de Grupo em que as Pessoas Seguras/Aderentes suportam, no todo ou em parte, o pagamento do montante correspondente ao prémio devido pelo Tomador do seguro.

Seguro de grupo em regime não Contributivo

Seguro de Grupo em que o Tomador do seguro contribui na totalidade para o pagamento do Prémio.

Grupo Segurável

Conjunto de pessoas ligadas entre si e ao Tomador do seguro por um vínculo ou interesse comum que não o da própria efectivação do seguro.

6. Relativos ao Sistema Integrado de Cuidados de Saúde Médicos:

Sistema Integrado de Cuidados de Saúde Médicos

Organização que articula o financiamento directo, em rede convencionada disponível perante a Pessoa segura, de prestadores de cuidados de saúde, nomeadamente médicos, hospitais, clínicas, centros de meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

Linha Médica

Apoio telefónico permanente, através do qual a Pessoa segura poderá ser encaminhada para os cuidados mais adequados, tendo em vista a melhoria da sua saúde e, se necessário, contacto telefónico com o Médico Assistente.

Cartão Médico

Cartão pessoal e intransmissível, que identifica o respectivo titular, perante o Segurador e perante a Rede Médica, de modo a permitir-lhe o acesso ao sistema de cuidados de saúde, registando, no caso de integrar dispositivo próprio, as consultas, actos médicos e outros meios utilizados.

Referenciação

Requisito necessário para marcação de consultas de especialidade, realização de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica dentro de certas especialidades, que consiste na sua indicação expressa por Médico Assistente Médico ou outro médico integrado da Rede Médica. Pode o mesmo médico integrado proceder a auto-referenciação, o que consiste na

indicação para a mesma especialidade com vista ao acompanhamento sucessivo do paciente, dentro dos limites previstos nas Condições particulares.

Autorização

Acto através do qual os serviços clínicos do Segurador permitem o acesso às coberturas de hospitalização, de alguns actos terapêuticos, de alguns meios complementares de diagnóstico e, ainda, de serviços de assistência à Pessoa segura, sem o qual os mesmos não podem ser financiados ou reembolsados.

Rede Médica

Conjunto de entidades prestadoras de serviços convencionados no âmbito do sistema integrado de cuidados de saúde Médica, abrangendo pessoas singulares profissionais de saúde e pessoas colectivas gestoras de unidades de saúde.

Médico Integrado da Rede Médica

Médico de qualquer das especialidades reconhecidas pela Ordem competente que tenha sido contratado, pela Médica, para a prestação de cuidados de saúde no âmbito da sua especialidade.

Médico de Cuidados Primários Integrado

Médico que tenha aderido à Rede de prestadores de cuidados de saúde Médica e que se encontre habilitado nas especialidades de Medicina Geral e Familiar, Medicina Interna, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria, Oftalmologia, Estomatologia e Medicina Dentária.

Médico Especialista Integrado

Médico de outras especialidades que não as que integram a rede de cuidados primários e que tenha aderido à rede de prestadores de cuidados de saúde Médica.

Médico Assistente Médico

Médico Especialista em Medicina Geral e Familiar ou em Medicina Interna, acessível e disponível em razão da sua proximidade ao Cliente Médico, com um conhecimento profundo dos procedimentos do Segurador e que, em articulação com a Linha Médica, auxilia no usufruto rápido e adequado dos benefícios do plano de saúde, garantindo uma gestão mais adequada das necessidades de saúde dos clientes Médicos.

CLÁUSULA 2.ª - OBJECTO

Pelo presente contrato, o Segurador garante à Pessoa segura as coberturas, no domínio dos cuidados de saúde, integrando, isolada ou conjuntamente, prestações convencionadas, prestações indemnizatórias e serviços de assistência, identificadas nas Condições particulares da Apólice e cujo âmbito é definido nas respectivas Condições especiais e nas presentes Condições gerais.

CLÁUSULA 3.ª - BASE DO CONTRATO

1. Constituem a base do contrato de seguro e fazem parte integrante da Apólice, a proposta de seguro o boletim individual de adesão, o Questionário Individual de Saúde de cada Pessoa segura, bem como a

documentação clínica necessária à aceitação pelo Segurador do contrato ou da adesão individual.

2. A validade das coberturas garantidas pressupõe e depende da veracidade e exactidão das declarações do Tomador do seguro, da Pessoa segura, ou seu representante, relativamente a factos ou circunstâncias dos mesmos conhecidas e que razoavelmente devam ter por significativas para a apreciação do risco pelo Segurador e que possam influir sobre a existência ou condições do contrato.

CLÁUSULA 4.ª - ÂMBITO TERRITORIAL

1. Salvo quando o contrário resulte das Condições especiais ou Particulares, o presente contrato tem o seu âmbito territorial limitado ao território nacional.

2. Apenas são abrangidas as despesas de saúde realizadas ou a realizar no estrangeiro nos casos de acidente ou doença manifestada de modo súbito, devidamente justificadas por relatório médico, e que ocorram durante uma permanência ocasional no estrangeiro não superior a 45 dias.

3. As garantias do contrato de seguro são suspensas, pelo período em que se verifique, relativamente a alguma Pessoa segura, a ausência, no estrangeiro, com duração superior a 45 dias, produzindo efeitos, tal suspensão, a partir da data do seu início, mesmo que a ausência apenas posteriormente seja conhecida pelo Segurador.

CLÁUSULA 5.ª - PESSOAS SEGURAS

1. Beneficiam das garantias conferidas pelo presente contrato as Pessoas Seguras que satisfaçam, cumulativamente, as seguintes condições à data da sua inclusão na Apólice:

- a) preencham o Questionário Individual de Saúde com veracidade e exactidão;
- b) sejam aceites pelo Segurador em conformidade com os seus critérios de aceitação em função dos parâmetros da avaliação do risco vigentes;
- c) aceitem as regras de accionamento das garantias seguras e de utilização do Sistema Integrado de Cuidados de Saúde Médis.

2. A aceitação do seguro, relativamente a cada Pessoa segura, é confirmada, pelo Segurador, através da emissão da Apólice ou do Certificado Individual, com posterior entrega de um Cartão Médis.

3. Na celebração, execução e cessação do contrato de seguro, são consideradas as práticas e técnicas de avaliação, selecção e aceitação de riscos próprias do Segurador, tendo por base dados estatísticos e actuariais rigorosos considerados relevantes.

CLÁUSULA 6.ª - COBERTURAS E MODALIDADES

1 - As coberturas são definidas nas Condições especiais, integrando o contrato de seguro as que sejam referidas nas Condições particulares.

2 - As coberturas integram as modalidades de prestações convencionadas, prestações indemnizatórias e serviços de assistência nos termos dos números seguintes e das respectivas Condições especiais.

CLÁUSULA 7.ª - PRESTAÇÕES CONVENCIONADAS

1 - No âmbito das prestações convencionadas, o Segurador garante às Pessoas Seguras o acesso directo aos médicos, hospitais ou unidades de saúde, centros de meios complementares de diagnóstico e outros serviços de saúde que, em cada momento fizerem parte do Sistema Integrado de Cuidados de Saúde Médis, cujas condições de utilização se encontram estabelecidas na Apólice.

2 - Relativamente aos serviços que não estejam contratados com os prestadores de cuidados de saúde referidos no número anterior é aplicável o regime de prestações indemnizatórias previsto na Cláusula seguinte.

3 - As condições de financiamento integram limites máximos, bem como Co-pagamentos, a cargo da Pessoa segura, relativamente a actos médicos concretos, independentemente dos capitais garantidos ou disponíveis em cada momento.

4 - O accionamento das coberturas previstas nas Condições particulares é objecto de análise de processo clínico e depende de autorização expressa dos serviços clínicos do Segurador, a qual obedece, exclusivamente, a critérios de natureza médica, de acordo com os princípios da boa prática clínica.

5 - O Segurador faculta, à Pessoa segura, a lista de prestadores de serviços que, em cada momento, integram a Rede Médis, ficando ao critério da Pessoa segura a escolha da entidade adequada ao seu estado.

6 - Quando a Pessoa segura recorrer a uma entidade que não integre a Rede Médis aplica-se o regime previsto na Cláusula seguinte.

CLÁUSULA 8.^a - PRESTAÇÕES INDEMNIZATÓRIAS

1 - O Segurador obriga-se, nos termos e limites fixados nas Condições gerais, Especiais, e Particulares, ao reembolso das despesas realizadas pela Pessoa segura junto de prestadores de serviços clínicos não integrados na Rede Médis, sujeito aos parâmetros de valoração dos actos médicos de acordo com a tabela de valores relativos estabelecida pela Ordem dos Médicos.

2 - Quando a Pessoa segura recorrer a uma entidade integrante da Rede Médis, mas na modalidade de prestações indemnizatórias, beneficiará da aplicação dos preços convencionados, sem prejuízo de apenas lhe ser devido, pelo Segurador, o montante do reembolso previsto nas Condições particulares.

CLÁUSULA 9.^a - ASSISTÊNCIA

O Segurador, nos termos e limites do âmbito territorial deste contrato e conforme o estabelecido em Condição especial, garante a prestação de serviços de assistência no estrangeiro, relativamente a acidentes ou doenças garantidos pela Apólice.

CLÁUSULA 10.^a - EXCLUSÕES

1 - Ficam sempre excluídas do presente contrato as prestações decorrentes de:

- a) doenças preexistentes ou acidentes ocorridos antes da data de inclusão no seguro;
- b) acidentes de viação, acidentes de trabalho ou doenças profissionais, bem como os acidentes e doenças cobertas por seguros obrigatórios;
- c) doenças infecto-contagiosas, quando em situação de epidemia declarada pelas autoridades de saúde;
- d) quaisquer patologias resultantes, directa ou indirectamente, da acção do Vírus da imunodeficiência humana;
- e) perturbações do foro da saúde mental, salvo expressa convenção em contrário relativa a consultas de psiquiatria nos termos estabelecidos nas Condições particulares. Excluem-se igualmente quaisquer prestações decorrentes de assistência de psicologia, consultas ou tratamentos de psicanálise, hipnose e terapia do sono;
- f) perturbações resultantes de intoxicação alcoólica, uso de estupefacientes ou

- g) narcóticos não prescritos por médico, ou da utilização abusiva de medicamentos;
- g) doenças ou ferimentos em consequência da prática de quaisquer actos dolosos ou gravemente culposos da Pessoa segura, auto-inflingidos ou resultantes de actos ilícitos praticados pela Pessoa segura;
- h) qualquer método de controlo de natalidade e planeamento familiar e ainda da interrupção voluntária da gravidez, assim como todos os actos médicos com ela relacionados;
- i) Disfunções sexuais, qualquer que seja a sua causa;
- j) consultas, tratamentos e testes de infertilidade, bem como os métodos de fecundação artificial e suas consequências;
- k) qualquer tratamento:
 - e/ou intervenção cirúrgica realizada com a intenção de melhorar a aparência pessoal e/ou remover tecido corporal sã e suas consequências;
 - de correcção da obesidade, tratamentos de emagrecimento e afins e suas consequências;
 - e cirurgias de cariz estético e/ou reconstrutivo e suas consequências, excepto se consequentes de acidente ou doença ocorridos durante a vigência da Apólice;
- l) tratamentos, cirurgia e outros actos destinados à correcção de anomalias, doenças ou malformações congénitas, salvo convenção expressa em contrário nos termos estipulados nas Condições particulares no que respeita a recém-nascidos incluídos na Apólice desde o seu nascimento;
- m) hemodiálise;
- n) transplantes de órgãos e suas implicações, salvo convenção expressa em contrário nos termos de cobertura adicional quando especialmente contratada;
- o) tratamentos em sanatórios, termas, casas de repouso, lares para a terceira idade e outros estabelecimentos similares, consultas e tratamentos de hidroterapia, medicina complementar, homeopatia, osteopatas e quiropatas, ou práticas semelhantes, bem como quaisquer actos médicos ou terapêuticos que não sejam reconhecidos pela Ordem dos Médicos portuguesa;
- p) medicamentos cuja introdução no mercado ainda não foi autorizada pela entidade competente;
- q) acidentes ocorridos e doenças contraídas em virtude de:
 - prática profissional de desportos e participação, como amador, em provas desportivas integradas em campeonatos e respectivos treinos;
 - participação em competições desportivas e respectivos treinos com veículos, providos

- ou não de motor (*skate*, BTT, *rafting*, asa-delta, parapente e ultraleve incluídos);
 - prática de *ski* na neve e aquático, *surf*, *snow-board*, caça submarina, mergulho com escafandro autónomo, pugilismo, artes marciais, pára-quedismo, tauromaquia, *barrage/saltos* em equitação, espeleologia, *canooin*, escalada, *rappel*, alpinismo, *bungee-jumping* e outros desportos análogos na sua perigosidade;
 - utilização de veículos motorizados de duas rodas, três rodas ou motoquatro;
 - cataclismos da natureza, actos de guerra, declarada ou não, acções de terrorismo, sabotagem, perturbações da ordem pública e utilização de armas químicas e/ou bacteriológicas;
 - consequências da exposição a radiações.
 - r) despesas realizadas com médicos que sejam cônjuges, pais, filhos ou irmãos da Pessoa segura;
 - s) enfermagem privativa;
 - t) procedimentos de carácter experimental, assim como todos os procedimentos diagnósticos e terapêuticos cuja segurança e eficácia clínica não estejam igualmente comprovados cientificamente, de acordo com a prática médica;
 - u) assistência e tratamento hospitalar por razões de carácter social;
 - v) despesas com serviços que não sejam clinicamente necessários;
 - w) as despesas de transporte do Segurado relacionadas com reabilitação, fisioterapia e diálise;
 - x) consequências de atraso injustificado ou negligência imputáveis ao prestador de cuidados de saúde ou à Pessoa segura no recurso a assistência médica, ou da recusa ou inobservância de tratamentos que lhe tenham sido prescritos.
- 2 - No âmbito da Assistência Hospitalar e Cirúrgica ficam, ainda, sempre excluídas do presente contrato, as seguintes Cirurgias:
- a) todas e quaisquer técnicas cirúrgicas destinadas a corrigir erros de refração da visão, incluindo:
 - I. queratotomia radial;
 - II. queratotomia fotorefractiva (queratotomia com *laser excimer/lasix*);
 - III. *queratomieleusis* por *laser in situ*;
 - IV. inserção de lentes fáquicas intra-oculares.
 - b) tratamento cirúrgico da roncopia;
 - c) plastias mamárias de aumento ou redução de volume e suas consequências, quaisquer que sejam as indicações cirúrgicas ou remoção de material de prótese mamária.

3 - Salvo convenção expressa em contrário nas Condições particulares, no Certificado Individual ou ao abrigo de Condição especial, estão igualmente excluídas as prestações decorrentes de:

- a) estomatologia e medicina dentária, excepto cirurgia em consequência de acidente abrangido por este contrato e ocorrido durante a sua vigência;
- b) implantologia, salvo convenção em contrário disposta nas Condições particulares;
- c) medicamentos;
- d) próteses e ortóteses não cirúrgicas;
- e) parto;
- f) exames gerais de saúde (*check-up*);
- g) co-pagamentos ou Franquias resultantes de actos ou procedimentos médicos garantidos por outra Apólice Médica em vigor para a mesma Pessoa segura, apresentados ao Segurador no regime de prestações indemnizatórias, até ao limite do Co-pagamento para o mesmo acto ou procedimento médico garantido por essa mesma Apólice.

CLÁUSULA 11.ª - PERÍODOS DE CARÊNCIA

1 - São fixados, nas Condições particulares e nas Condições especiais aplicáveis, os períodos de tempo que medeiam entre a data de início do seguro ou, tratando-se de um seguro de grupo, da adesão ao mesmo, e a data em que as respectivas garantias podem ser accionadas.

2 - Sem prejuízo do disposto no número anterior, estão ainda sujeitas a Período de carência de 12 meses (365 dias), as coberturas relativas às prestações ou actos médicos decorrentes de:

- a) esclerose e/ou tratamento cirúrgico de varizes;
- b) tratamento cirúrgico de hérnia discal;
- c) hemorroidectomia e outros tratamentos às hemorroidas;
- d) artroscopia;
- e) septoplastia.
- f) amigdalectomia, adenoidectomia, miringotomias com ou sem aplicação de tubos de ventilação;
- g) rinoseptoplastia;
- h) excisão cirúrgica de lesões benignas da pele;
- i) tratamentos com *laser* a lesões benignas da pele;
- j) tratamento cirúrgico da apneia do sono.

CLÁUSULA 12.ª - INÍCIO E DURAÇÃO DO CONTRATO

1 - O contrato ou a adesão, uma vez aceites, vigoram a partir das 0 horas do dia 1 ou do dia 15 do mês seguinte ao da recepção da proposta no Segurador, consoante tal recepção tenha lugar,

respectivamente, até ao dia 15 ou depois do dia 15 de um dado mês, vigorando as garantias para as Pessoas Seguras a partir da data de início, indicada nas Condições particulares, sem prejuízo do disposto quanto a Períodos de Carência ou outros prazos suspensivos.

2 - A duração do contrato é a que for estipulada nas Condições particulares da Apólice, podendo ser por um prazo certo e determinado ou por um ano a continuar pelos seguintes.

3 - Quando celebrado por um período de tempo determinado, o contrato cessa os seus efeitos às 24 horas do último dia do prazo estabelecido.

4 - Quando for celebrado por um ano a continuar pelos seguintes, considera-se o mesmo automática e sucessivamente renovado por períodos anuais, excepto se qualquer das partes o denunciar, por correio registado ou por outro meio do qual fique registo escrito, com a antecedência mínima de 30 dias em relação ao termo da anuidade.

5 - 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, sem prejuízo do disposto relativamente à não renovação do contrato ou da adesão.

CLÁUSULA 13.^a - TERMO DO CONTRATO

1 - As garantias conferidas pelo presente contrato deixam, automaticamente, de produzir os seus efeitos em relação a cada Pessoa segura, salvo convenção expressa em contrário, nos seguintes casos:

- a) vencimento da anuidade em que a Pessoa segura atinja a idade limite prevista nas Condições particulares;
- b) no caso de membros do Agregado familiar, quando percam a qualidade de dependentes nos termos da definição constante da Cláusula 1.^a;
- c) no termo da anuidade em que perca a qualidade de Aderente ou membro do grupo pelo qual aderiu a este contrato de seguro;
- d) falta de pagamento do Prémio, nos termos legais aplicáveis;
- e) em caso de não renovação do contrato ou de não renovação da adesão.

2 - O presente contrato ou, tratando-se de um seguro de grupo, a adesão ao mesmo, pode ser denunciado por qualquer das partes, na data do seu vencimento anual, mediante carta registada ou outro meio do qual fique registo escrito, enviada à outra parte com a antecedência

mínima de 30 dias em relação à data do vencimento.

3 - Em caso de não renovação do contrato ou de não renovação da adesão, a responsabilidade do Segurador cessa na data de termo, sem prejuízo do disposto no número seguinte.

4 - Em ambos os casos previstos no número anterior, o Segurador permanece obrigado às prestações garantidas, pelo período de dois anos e até esgotar o Capital seguro no último período de vigência do contrato, relativamente a doenças manifestadas durante o período de vigência do contrato ou a acidentes e outros factos geradores de indemnização ocorridos no mesmo período, desde que cobertos pelo contrato e declarados até 30 dias após o seu termo, salvo justo impedimento.

5 - O Cartão Médis é propriedade do Segurador, obrigando-se o seu titular a não fazer uso do mesmo e a devolvê-lo logo que cesse a vigência do contrato de seguro ao abrigo do qual foi emitido, sob pena de incorrer na responsabilidade civil e criminal que ao facto couber. Em caso de extravio, abuso de confiança, furto ou roubo do cartão, o titular obriga-se a participar a ocorrência à Médis, no prazo máximo de 72 horas, sob pena de incorrer em responsabilidade civil no caso de utilização indevida.

CLÁUSULA 14.^a - PAGAMENTO DO PRÉMIO

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

2. O Prémio correspondente a cada período de duração do contrato de seguro é devido por inteiro, sem prejuízo de poder ser fraccionado para efeitos de pagamento, por acordo entre o Segurador e o Tomador do seguro.

3 - Salvo quando tenha sido acordado que a Pessoa segura pague directamente o Prémio ao Segurador, a obrigação de pagamento do Prémio impende sobre o Tomador do seguro.

4 - O Prémio ou fracção inicial é devido na data de celebração do contrato. Tratando-se de um seguro de grupo, o Prémio ou fracção inicial correspondente a cada adesão será devido na data da respectiva aceitação.

5 - As fracções seguintes do Prémio inicial, o Prémio de anuidades subsequentes e as sucessivas fracções deste são devidos nas datas estabelecidas no contrato.

6 - A parte do Prémio de montante variável relativa a acerto do valor e, quando seja o caso, a parte do Prémio correspondente a alterações ao contrato são devidas nas datas indicadas nos respectivos avisos.

7 - Em caso de cessação antecipada do contrato de seguro, por qualquer causa, o Prémio ou fracção devido pelo Tomador do seguro será calculado proporcionalmente ao período de tempo decorrido até ao momento da cessação, havendo lugar ao estorno correspondente ao período de tempo não decorrido se o Tomador do seguro já houver pago a totalidade do Prémio ou da fracção.

8 - O Tomador do seguro ou a Pessoa segura, quando seja o caso, indicam na proposta de adesão que subscrevam, o NIB relativo à sua conta bancária que pretendam seja debitada pelo valor do Prémio e creditada pelo valor das prestações do Segurador.

CLÁUSULA 15.^a - AVISO DE PAGAMENTO DO PRÉMIO

1 - Na vigência do contrato, o Segurador deve avisar por escrito o Tomador do seguro ou a Pessoa Segura, no caso de ter sido acordado que esta pague directamente o prémio ao Segurador, do montante a pagar, assim como da forma e do lugar de pagamento, com uma antecedência mínima de 30 dias em relação à data em que se vence o Prémio, ou fracções deste.

2 - Do aviso devem constar, de modo legível, as consequências da falta de pagamento do Prémio ou de sua fracção.

3 - Nos contratos de seguro em que seja convencionado o pagamento do prémio em fracções de periodicidade igual ou inferior a três meses e em cuja documentação contratual se indiquem as datas de vencimento das sucessivas fracções do Prémio e os respectivos valores a pagar, bem como as consequências do seu não pagamento, o Segurador pode optar por não enviar o aviso referido no n.º 1, cabendo-lhe, nesse caso, a prova da emissão, da aceitação e do envio ao Tomador do seguro da documentação contratual referida neste número.

CLÁUSULA 16.^a - FALTA DE PAGAMENTO DO PRÉMIO

1 - A falta de pagamento do Prémio inicial, ou da primeira fracção deste, na data do vencimento, determina a resolução automática do contrato a partir da data da sua celebração.

2 - A falta de pagamento determina a resolução automática do contrato na data do vencimento de:

- a) uma fracção do Prémio no decurso de uma anuidade;**
- b) um Prémio adicional resultante de uma modificação do contrato fundada num agravamento superveniente do risco.**

3 - No seguro de grupo contributivo, quando a Pessoa segura não entregue ao Tomador do seguro a quantia destinada ao pagamento do Prémio ou, tendo sido acordado que a Pessoa segura pague directamente o Prémio ao Segurador, tal pagamento não se verifique, a Pessoa segura é excluída da cobertura do seguro.

4 - A falta de pagamento do Prémio de anuidades subsequentes, ou da primeira fracção deste, na data do vencimento, impede a prorrogação do contrato ou da cobertura da Pessoa segura em causa.

5 - O não pagamento, até à data do vencimento, de um Prémio adicional resultante de uma modificação contratual determina a ineficácia da alteração, subsistindo o contrato ou a cobertura com o âmbito e nas condições que vigoravam antes da pretendida modificação, a menos que a sua subsistência se revele impossível, caso em que ocorrerá a respectiva cessação na data do vencimento do Prémio não pago.

CLÁUSULA 17.^a - ACESSO, PROCEDIMENTOS E REGULARIZAÇÃO

1 - Em caso de necessidade de cuidados de saúde garantidos por este contrato, e consoante se trate de prestações convencionadas ou de prestações indemnizatórias, pode a Pessoa segura aceder ao sistema integrado de cuidados de saúde Médis ou recorrer, à sua escolha, a qualquer médico, hospital ou clínica em caso de necessidade de internamento, devendo observar, em qualquer dos casos, as prescrições do médico que a assista e os procedimentos previstos nos números seguintes.

2 - Em caso de prestações convencionadas, a Pessoa segura poderá:

- a) escolher um Médico Assistente da Rede Médis;
- b) consultar um médico do Sistema Integrado de Cuidados de Saúde Médis ou contactar a Linha Médis que lhe indicará um médico ou serviço de saúde adequado a cada caso. Se necessário, qualquer destes contactos indicará um médico especialista ou uma unidade de saúde da Rede Médis;
- c) contactar a Linha Médis através da qual um enfermeiro registará a informação relativa às queixas apresentadas, bem como a susceptibilidade de a situação carecer de assistência médica e qual o grau de urgência desta, sugerindo os meios mais adequados à situação e alertando, ainda, para os sinais e sintomas que devem implicar outro tipo de acções, não constituindo este acto, em qualquer circunstância, um acto médico ou um diagnóstico clínico.

3 - Em qualquer dos casos previstos no número anterior, de modo a permitir a aplicação da máxima extensão das respectivas coberturas, deve ser observado o seguinte procedimento pela Pessoa segura:

- a) identificar-se como titular de Seguro Médis ou exibir o seu Cartão Médis perante os prestadores de serviços da Rede Médis;
- b) fornecer a informação necessária à correcta avaliação do seu estado de saúde;
- c) obter uma referência, quando tal seja obrigatório nos termos do respectivo plano de coberturas, para consulta com médico especialista integrado na Rede Médis ou realização de meios complementares de

diagnóstico e terapêuticos em unidade de saúde integrada na Rede Médis;

- d) assegurar a solicitação de autorização prévia ao Segurador, por parte do Médico que a assiste, nos casos em que esta constitui requisito de financiamento, para efeitos de cobertura dos correspondentes procedimentos e actos médicos.

4 - O recurso a médicos não integrados, quando os serviços pretendidos não existam nas unidades de saúde convencionadas ou não existam médicos integrados credenciados para tais serviços, serão considerados como prestações fora do Sistema Integrado de Cuidados de Saúde Médis e serão reembolsados como prestações indemnizatórias, nos termos e limites das coberturas expressos nas Condições particulares aplicáveis.

5 - Em caso de prestações indemnizatórias, a Pessoa segura deverá:

- a) solicitar ao Segurador através do médico que a assiste, a autorização necessária para efeitos de cobertura dos correspondentes procedimentos e actos médicos;
- b) comunicar ao Segurador a situação clínica assim como os actos médicos prestados, enviando conjuntamente o relatório do médico discriminando os mesmos;
- c) submeter-se a exame por médico designado pelo Segurador, caso este o considere necessário.

6 - O reembolso das despesas efectuadas ao abrigo deste contrato será efectuado depois de entregues os documentos comprovativos, válidos segundo as normas legais em vigor e observado os seguintes procedimentos:

- a) mencionar, em caso de acidente a data, hora, local, causas e consequências da sua ocorrência, testemunhas, autoridade que tenha lavrado auto e identificação do eventual responsável;
- b) apresentar, no prazo máximo de 120 dias a contar da data da efectivação da despesa, sob pena de caducidade do direito ao reembolso, todos os documentos originais justificativos das despesas realizadas, os quais terão de discriminar serviços prestados, ser acompanhados de prescrição médica, podendo, no entanto, o Segurador aceitar fotocópias se a Pessoa segura necessitar dos originais para efeitos de pedido de reembolso a outra entidade, caso em que deverá fazer prova do montante despendido e do reembolso recebido da mesma.

7 - Em qualquer das circunstâncias previstas nos números anteriores, os serviços clínicos do Segurador ficam autorizados pela Pessoa segura a informar-se, em qualquer momento, junto dos médicos que a assistiram e a obter cópias de relatórios clínicos ou de quaisquer outros documentos referentes à assistência prestada, com estrita observância do dever de confidencialidade e da legislação em vigor.

8 - Sem prejuízo do disposto nas Condições especiais e Particulares da Apólice, o reembolso das despesas médicas incidirá sobre o valor efectivamente suportado pela Pessoa segura e não reembolsado por outra instância, desde que observados os seguintes procedimentos:

- a) quando apresentados os documentos originais comprovativos de qualquer despesa, será sobre a

totalidade do seu valor que incidirá uma percentagem de reembolso;

- b) quando apresentados documentos provenientes de outra instância, comprovativos da despesa e respectiva comparticipação a que a Pessoa segura tenha previamente recorrido, a percentagem de reembolso incidirá apenas sobre o remanescente da despesa não comparticipada.

9 - O reembolso das despesas médicas pode estar sujeito a limites máximos de comparticipação, independentemente do capital garantido e disponível, nos termos das Condições particulares aplicáveis.

CLÁUSULA 18.ª - DEVERES DE INFORMAÇÃO

1 - O incumprimento pelo Tomador do seguro ou pela Pessoa segura do dever de declarar com exactidão todas as circunstâncias que conheça e razoavelmente deva ter por significativas para a apreciação do risco, determina, nos termos previstos na lei, a anulabilidade, alteração ou cessação do contrato.

2 - Em caso de dolo do Tomador do seguro ou da Pessoa segura com o propósito de obter uma vantagem, o Prémio é ainda devido até ao termo do contrato.

3 - O Tomador do seguro deve informar as Pessoas seguras sobre as coberturas contratadas e as suas exclusões, as obrigações e direitos em caso de sinistro, bem como sobre as alterações ao contrato, em conformidade com espécimen elaborado pelo Segurador, sob pena de incorrer em responsabilidade civil nos termos gerais.

CLÁUSULA 19.ª - SUB-ROGAÇÃO

Até à concorrência das indemnizações pagas a título de reembolso, ou até ao valor de financiamento suportado no âmbito das prestações convencionadas, o Segurador fica sub-rogado, em todos os direitos da Pessoa segura terceiros civilmente responsáveis pelas mesmas, obrigando-se o Tomador do seguro e a Pessoa segura a facultar ao Segurador todos os elementos relevantes para o exercício de tais direitos, sob pena de responder por perdas e danos.

CLÁUSULA 20.ª - ALTERAÇÕES AOS TERMOS DO CONTRATO

1 - O Segurador poderá propor a alteração das coberturas, dos capitais seguros, Franquias, Copagamentos e dos Prémios, bem como dos critérios de utilização do financiamento ou reembolso de despesas de saúde, para vigorar na anuidade seguinte do contrato, desde que estas alterações sejam comunicados pelo Segurador ao Tomador do seguro ou à Pessoa segura com 30 dias de antecedência relativamente à data de renovação do contrato ou da cobertura.

2 - As alterações têm-se por aceites se o Tomador do seguro ou a Pessoa segura nada disser no prazo de 15 dias contados da recepção da proposta.

3 - Caso as alterações propostas pelo Segurador não sejam aceites, o contrato extinguir-se-á na data prevista no n.º 1 desta cláusula.

4 - Os capitais seguros, Prémios e Franquias, poderão estar sujeitos a uma Indexação anual, a considerar automaticamente no vencimento da Apólice, nos termos previstos nas Condições particulares.

5 - Sempre que se baseiem em escalões etários, os Prémios correspondentes às mudanças de escalão da Pessoa segura tornar-se-ão exigíveis na data de renovação seguinte do contrato.

6 - O Segurador formalizará em documento escrito as alterações ao contrato.

CLÁUSULA 21.^a - COORDENAÇÃO DE PRESTAÇÕES

1 - A Pessoa segura deverá informar o Segurador de outros seguros de natureza idêntica à do presente contrato, logo que tome conhecimento da sua verificação, bem como aquando da participação do sinistro, para que, sendo caso disso, se proceda à coordenação das prestações convencionadas ou indemnizatórias devidas ao abrigo dos vários contratos.

2 - A omissão fraudulenta da informação referida no número anterior exonera o Segurador da respectiva prestação.

3 - Para efeitos desta cláusula são equiparados a seguros os sistemas de reembolso ou comparticipação de despesas de âmbito similar ao do presente contrato, de que seja beneficiária a Pessoa segura.

CLÁUSULA 22.^a - ARBITRAGEM

1 - Se, no que respeita a questões de natureza exclusivamente clínica, for controverso o direito da Pessoa segura às prestações do Segurador, poderá haver recurso a arbitragem.

2 - No caso enunciado no número anterior, cada parte designará um médico que a representará, cabendo aos designados acordarem na nomeação de um outro médico que presidirá.

3 - Os custos associados ao processo de arbitragem serão suportados por cada parte em relação ao árbitro que designe e em metade relativamente ao árbitro presidente.

CLÁUSULA 23.^a - COMUNICAÇÕES E NOTIFICAÇÕES

1 - As comunicações ou notificações previstas nesta Apólice consideram-se válidas e plenamente eficazes caso sejam efectuadas, por correio registado ou por outro meio do qual fique registo escrito, para a sede social do Segurador ou para a morada do Tomador do seguro ou da Pessoa segura constante do contrato.

2 - Em caso de alteração de morada do Tomador do seguro ou da Pessoa segura deve o facto ser comunicado ao Segurador nos 30 dias subsequentes à data em que se verifique, sob pena de as comunicações ou notificações que o Segurador venha a efectuar para a última morada conhecida se terem por válidas e eficazes.

3 - Toda a documentação contendo informação clínica apenas poderá ser disponibilizada por intermédio de médicos, salvaguardando a devida confidencialidade e sigilo relativo aos dados pessoais e de saúde.

CLÁUSULA 24.^a - DADOS PESSOAIS

1 - O tratamento de dados pessoais é efectuado pelo Segurador e pelos seus subcontratantes com o consentimento inequívoco do seu titular, sendo o seu tratamento necessário para a execução do contrato de seguro e para efeitos da gestão da prestação de cuidados ou tratamentos médicos ou de gestão de serviços de saúde e realizado por profissionais de saúde obrigados a sigilo ou por pessoas sujeitas igualmente a segredo profissional.

2 - O Segurador é responsável pelo tratamento e garantia das medidas adequadas de segurança dos dados, com a finalidade prevista no número anterior, sendo assegurado às Pessoas seguras o direito de acesso e de rectificação dos mesmos.

CLÁUSULA 25.^a - LEI APLICÁVEL E FORO COMPETENTE

1 - Quando as partes não tenham escolhido, dentro dos limites legais, outra lei que lhe seja aplicável, este contrato será regido pela lei Portuguesa.

2 - O foro competente para dirimir os litígios emergentes deste contrato é o determinado na lei civil.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

CONDIÇÃO ESPECIAL - ASSISTÊNCIA CLÍNICA EM REGIME DE HOSPITALIZAÇÃO

1 - Nos termos desta Condição especial, o Segurador obriga-se a:

- a) no âmbito das prestações convencionadas, financiar o acesso da Pessoa segura a prestadores de serviços clínicos relativos a assistência clínica em ambiente hospitalar integrados na Rede Médis, nos termos e com os limites fixados nas Condições particulares;
- b) no âmbito das prestações indemnizatórias, reembolsar a Pessoa segura das despesas efectuadas com a assistência clínica que requeira meios e serviços específicos em ambiente hospitalar, nos termos e com os limites fixados nas Condições particulares.

2 - O âmbito de incidência desta cobertura abrange a prestação de cuidados de saúde em hospital, incluindo a assistência hospitalar em regime externo, desde que a necessidade de ambiente hospitalar para a realização dos mesmos seja clinicamente comprovada.

3 - Constituem despesas financiáveis no âmbito da Rede Médis ou reembolsáveis, as efectuadas em pagamento de actos médicos, cirúrgicos ou diagnósticos que requeiram meios e serviços específicos imprescindíveis em ambiente hospitalar para a sua realização, nomeadamente:

- a) honorários relacionados com os actos realizados em ambiente hospitalar, tais como honorários de médico/cirurgião, anestesista, ajudante e instrumentista;
- b) meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica associados aos actos realizados em ambiente hospitalar;
- c) medicamentos quando administrados durante o período de hospitalização;
- d) materiais, equipamentos e produtos quando associados aos actos realizados em ambiente hospitalar;
- e) honorários de enfermagem relacionados com os actos realizados em ambiente hospitalar;
- f) instalações necessárias à realização dos actos em ambiente hospitalar, tais como bloco operatório, sala de recobro e quarto;
- g) transporte de ambulância, de e para o estabelecimento hospitalar, desde que o estado de saúde da Pessoa segura o justifique;
- h) próteses implantadas cirurgicamente;
- i) outros actos ou procedimentos contidos nos termos convencionados de preços fechados, quando aplicáveis.

4 - A cobertura de Assistência Clínica em Regime de Hospitalização encontra-se sujeita a Período de carência de 90 dias.

5 - As participações, reembolsos, capitais, Franquias, Co-pagamentos e períodos de carência encontram-se previstos nas Condições particulares.

CONDIÇÃO ESPECIAL - ASSISTÊNCIA CLÍNICA EM REGIME AMBULATORIO

1 - Nos termos desta Condição especial, o Segurador obriga-se a:

- a) no âmbito das prestações convencionadas, financiar o acesso da Pessoa segura a prestadores de serviços clínicos em regime ambulatorio integrados na Rede Médis, nos termos e com os limites fixados nas Condições particulares;
- b) no âmbito das prestações indemnizatórias, reembolsar a Pessoa segura das despesas efectuadas com cuidados médicos em regime ambulatorio, nos termos e com os limites fixados nas Condições particulares.

2 - Constituem despesas financiáveis ao abrigo do regime de acesso a prestadores de serviços clínicos integrados ou reembolsáveis, as efectuadas em pagamento de actos médicos, cirúrgicos ou diagnósticos que não requeiram meios e serviços específicos em ambiente hospitalar para a sua realização, mesmo que neste ocorram:

- a) consultas médicas;
- b) honorários médicos relacionados com os actos realizados em ambiente não hospitalar;
- c) meios complementares de diagnóstico e terapêutica realizados em ambiente não hospitalar;
- d) materiais e equipamentos quando associados a actos específicos e utilizados durante a execução destes;
- e) honorários de enfermagem relacionados com os actos realizados em ambiente não hospitalar;
- f) serviços de enfermagem ao domicílio;
- g) transporte de ambulância, de e para unidades de saúde, desde que o estado de saúde da Pessoa segura o justifique.

3 - A cobertura de Assistência Clínica em Regime Ambulatorio encontra-se sujeita a Período de carência de 60 dias.

4 - As participações, reembolsos, capitais, Franquias, Co-pagamentos e períodos de carências encontram-se previstos nas Condições particulares.

CONDIÇÃO ESPECIAL - ESTOMATOLOGIA E MEDICINA DENTÁRIA

1 - Nos termos desta Condição especial, o Segurador obriga-se a:

- a) no âmbito das prestações convencionadas, financiar o acesso da Pessoa segura a prestadores de serviços clínicos de estomatologia e medicina dentária integrados na Rede Médis, nos termos e com os limites fixados nas Condições particulares;
- b) no âmbito das prestações indemnizatórias, reembolsar a Pessoa segura das despesas efectuadas com cuidados médicos de estomatologia e medicina dentária, nos termos e com os limites fixados nas Condições particulares.

2 - Constituem despesas financiáveis ao abrigo do regime de acesso à Rede Médis, ou reembolsáveis, as efectuadas no caso de:

- a) consultas;
- b) dentisteria (restauração e obturação de cavidades);
- c) paradontologia (destartarização);
- d) pequena cirurgia oral;
- e) próteses;
- f) ortóteses (aparelhos de correcção);
- g) meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

3 - Para efeitos do número anterior consideram-se:

Próteses - todo o instrumento clinicamente concebido ou recomendado que tem por finalidade a substituição total ou parcial de um membro ou órgão;

Ortótose - todo o instrumento clinicamente concebido ou recomendado que tem por finalidade ajudar o membro ou órgão a cumprir, no todo ou em parte, a sua função.

4 - A cobertura de Estomatologia e Medicina Dentária encontra-se sujeita a Período de carência de 60 dias.

5 - As garantias previstas nesta Condição especial admitem o estabelecimento de Períodos de Carência e Franquias, bem como valores mínimos ou máximos a reembolsar, devidamente estipulados nas Condições particulares.

CONDIÇÃO ESPECIAL - MEDICAMENTOS

1 - Nos termos desta Condição especial, o Segurador obriga-se a reembolsar a Pessoa segura, nos termos e limites fixados nas Condições particulares, das despesas efectuadas com a aquisição de medicamentos, como tal

oficialmente qualificados, participáveis pelo Serviço Nacional de Saúde.

2 - Constitui despesa reembolsável o montante não participável pelo Serviço Nacional de Saúde, relativamente ao preço de venda ao público do medicamento.

3 - Não constituem despesas reembolsáveis as efectuadas em pagamento de:

- a) medicamentos não sujeitos a receita médica (venda livre);
- b) vacinas;
- c) alimentação infantil;
- d) produtos dietéticos, naturistas, suplementos e manipulados;
- e) produtos de estética e cosmética, higiene geral, incluindo bucal e dental;
- f) artigos sanitários e anti-sépticos;
- g) material de penso.

4 - O reembolso das despesas efectuadas fica dependente da verificação dos seguintes pressupostos:

- a) os medicamentos deverão ser prescritos por um médico e destinar-se ao tratamento de lesões consequentes de situações clínicas cuja cobertura seja contratualmente garantida;
- b) deverão ser enviados ao Segurador, conforme os casos, o original ou a cópia da prescrição médica, firmados pela farmácia fornecedora e com a exibição das vinhetas e/ou códigos de barras ou número de registo dos medicamentos prescritos, e ainda o correspondente recibo, com a menção expressa e legível dos medicamentos fornecidos e das importâncias que, após dedução do montante da participação, se a houver, ficam a cargo da Pessoa segura, nos termos dispostos quanto à coordenação de prestações.

O Segurador não procederá ao reembolso de despesas relativas às quais não possua os necessários elementos de prova.

5 - A cobertura de Medicamentos encontra-se sujeita a Período de carência de 60 dias.

6 - As participações, reembolsos, capitais, Franquias, Co-pagamentos e períodos de carências encontram-se previstos nas Condições particulares.

CONDIÇÃO ESPECIAL - PARTO

1 - Nos termos desta Condição especial, o Segurador obriga-se a financiar o acesso da Pessoa segura a prestadores de serviços clínicos de parto ou interrupção involuntária da gravidez

com causa de exclusão da ilicitude e se, em caso de decurso do período normal de gestação, o parto ocorreria após o termo do Período de carência, nos termos dos números seguintes e com os limites fixados nas Condições particulares;

- a) no âmbito das prestações convencionadas, assegurar o acesso da Pessoa segura a prestadores de serviços clínicos integrados;
- b) no âmbito das prestações indemnizatórias, reembolsar a Pessoa segura das despesas efectuadas.

2 - Constituem despesas reembolsáveis, ou financiáveis ao abrigo do regime de acesso a prestadores de serviços clínicos integrados, as efectuadas em pagamento de:

- a) honorários médicos do obstetra;
- b) honorários médicos do anestesista, ajudante e instrumentista, quando tal se justifique;
- c) honorários médicos do pediatra, enquanto durar o internamento da parturiente ao abrigo desta Condição especial;
- d) meios complementares de diagnóstico realizados durante o período de hospitalização;
- e) medicamentos quando administrados durante o período de hospitalização;
- f) materiais, produtos e equipamentos quando associados aos actos realizados durante o período de hospitalização;
- g) instalações necessárias à realização dos actos (bloco operatório, sala de recobro, sala de partos, quarto);
- h) diária do recém-nascido, enquanto durar o internamento da parturiente ao abrigo desta Condição especial;
- i) transporte de ambulância, de e para o estabelecimento hospitalar, desde que o estado de saúde da parturiente e/ou recém-nascido o justifique.

3 - A cobertura de Parto encontra-se sujeita a Período de carência de 365 dias.

4 - As participações, reembolsos, capitais, Franquias, Co-pagamentos e períodos de carências encontram-se previstos nas Condições particulares.

CONDIÇÃO ESPECIAL - PRÓTESES E ORTÓTESES

1 - Nos termos desta Condição especial, o Segurador obriga-se a reembolsar a Pessoa segura, nos termos e de acordo com os limites fixados nas Condições particulares, pelas despesas efectuadas com a aquisição, ou aluguer, segundo prescrição médica, de próteses e ortóteses.

2 - Para efeitos da presente Condição especial, considera-se:

Prótese - todo o instrumento clinicamente concebido ou recomendado, que tem por finalidade a substituição total ou parcial de um membro ou órgão;

Ortótese - todo o instrumento clinicamente concebido ou recomendado, que tem por finalidade ajudar um membro ou órgão a cumprir, no todo ou em parte, a sua função.

3 - São susceptíveis de comparticipação as despesas resultantes da aquisição de próteses e ortóteses oftalmológicas, desde que prescritas por médico oftalmologista, nos termos e limites constantes das Condições particulares da Apólice, mas sempre com a exclusão das despesas com óculos de sol, incluindo, isoladamente ou em conjunto, armações e lentes graduadas ou não.

4 - Ao abrigo da presente Condição especial, será atribuída comparticipação nas despesas com a aquisição de próteses oculares, nomeadamente para substituir olhos enucleados.

5 - Ao abrigo da presente Condição especial, será atribuída comparticipação nas despesas com a aquisição de ortóteses oftalmológicas, desde que prescritas por médico oftalmologista, nas seguintes condições:

- a) um par de lentes de contacto ou outras, em cada anuidade do contrato de seguro, ou até 2 pares no caso de a Pessoa segura ter menos de 16 anos de idade à data de realização da despesa; as lentes de contacto descartáveis são comparticipáveis, independentemente do seu número, até ao limite anual do capital previsto nas Condições particulares da Apólice;
- b) uma armação por cada duas anuidades do contrato de seguro, ou uma armação em cada anuidade no caso de Pessoa segura com menos de 16 anos de idade à data de realização da despesa.

6 - Para atribuição de comparticipação nas despesas de aquisição de próteses oculares ou ortóteses oftalmológicas, é necessária a apresentação dos seguintes documentos:

- a) fotocópia da prescrição do médico oftalmologista, devendo esta ter sido emitida num prazo não superior a 90 dias até à data de aquisição da prótese/ortótese;
- b) recibo da entidade fornecedora da prótese/ortótese, indicando, nomeada e expressamente, a qualidade, quantidade e o preço dos materiais adquiridos.

7 - Para além das exclusões nas Condições gerais, a presente Condição especial não garante:

- a) próteses estomatológicas;

- b) cintas medicinais, meias elásticas e colchões ortopédicos;
- c) calçado ortopédico.

8 - A cobertura de Próteses e Ortóteses encontra-se sujeita a Período de carência de 60 dias.

9 - As participações, reembolsos, capitais, Franquias, Co-pagamentos e períodos de carências encontram-se previstos nas Condições particulares.

CONDIÇÃO ESPECIAL - ASSISTÊNCIA CLÍNICA NO ESTRANGEIRO

1 - Nos termos desta Condição especial o Segurador obriga-se a prestar um serviço de assistência às Pessoas Seguras que careçam de cuidados de saúde no estrangeiro, relativamente a situação clínica garantida por esta Apólice, até ao limite fixado nas Condições particulares.

2 - A aplicação desta cobertura e das garantias constantes desta Condição especial dependem de autorização dos serviços clínicos do Segurador, a solicitar directamente ou através da Linha Médica, devendo este ser notificado no prazo de 48 horas, em caso de urgência.

3 - Consideram-se despesas reembolsáveis:

3.1. Admissão

Em caso de doença ou acidente sobrevindos à Pessoa segura que implique a necessidade do seu internamento ou tratamento, devidamente justificado, em hospital ou clínica, o Segurador tratará dos procedimentos necessários à admissão da Pessoa segura na unidade hospitalar escolhida.

3.2. Transporte

- a) No caso da Pessoa segura necessitar de transporte para a unidade onde irá ser internada, ou tratada, e esteja fisicamente impossibilitada de utilizar um meio de transporte normal, o Segurador obriga-se a organizar o seu transporte, em ambulância, veículo sanitário ligeiro ou outro meio de transporte que a gravidade da doença justifique, até à unidade de internamento ou tratamento indicada pela Pessoa segura. Por solicitação da Pessoa segura, o Segurador organizará idêntico serviço para um acompanhante, seja médico, familiar ou outro.
- b) Após alta médica, o Segurador organizará o transporte de regresso, em meio de transporte adequado, para a Pessoa segura, bem como para o acompanhante, conforme condições definidas na Apólice.

3.2.1. O Segurador somente se obriga a transportar a Pessoa segura sujeita a internamento numa unidade hospitalar fora do

território nacional, quando esta já se encontre no estrangeiro à data do evento ocorrido de modo súbito ou desde que não exista no nosso país qualquer unidade onde o tratamento possa ser desenvolvido. O serviço é ainda garantido quando não haja possibilidade de internamento em tempo útil em unidade de saúde no território nacional, estando em risco de vida a Pessoa segura.

3.2.2. Se a Pessoa segura for portadora de doença contagiosa, a utilização do transporte em avião de linha fica condicionada à autorização da companhia aérea transportadora. No caso de não ser concedida autorização, a Pessoa segura, se o desejar, poderá optar por qualquer outro meio de transporte, se previamente acordado entre o seu médico e os serviços clínicos do Segurador.

3.3. Despesas de Funeral e Repatriamento

Se, durante o período de internamento hospitalar, a Pessoa segura falecer, o Segurador suportará eventuais despesas relacionadas com as formalidades legais a cumprir no local do falecimento, bem como com as decorrentes da organização do transporte do corpo e da urna, desde o local do evento até ao do funeral em Portugal, até aos limites previstos nas Condições particulares.

3.4. Alta sob vigilância médica

Se para efeitos de consulta, ou após alta médica em consequência do internamento hospitalar, a Pessoa segura necessitar de ficar alojada fora da sua residência habitual para vigilância médica, o Segurador garante a marcação no alojamento por ela escolhido.

3.5. Saída da unidade de saúde

Após a alta médica em consequência de internamento hospitalar, o Segurador encarregar-se-á de todos os procedimentos administrativos necessários à saída da Pessoa segura, junto da unidade hospitalar, garantindo-se igual serviço em caso de morte da Pessoa segura durante o internamento.

3.6. Envio de medicamentos

No caso de o médico ter prescrito à Pessoa segura medicamentos, o Segurador garantirá a sua procura e envio, se os mesmos não se encontrarem disponíveis no local onde a Pessoa segura se encontra.

4. As participações, reembolsos, capitais, Franquias, Co-pagamentos e períodos de carências encontram-se previstos nas Condições particulares.

CONDIÇÃO ESPECIAL - DOENÇAS GRAVES

1 - Nos termos desta Condição especial, o contrato de seguro garante, de acordo com os limites fixados nas Condições particulares, o pagamento das despesas suportadas pela Pessoa

segura com diagnósticos, tratamentos, serviços, provisões ou prescrições médicas consideradas clinicamente necessárias, sempre que as mesmas resultem ou sejam consequência de qualquer uma das doenças graves ou situações clínicas a seguir indicadas e cujos primeiros sintomas e primeiro diagnóstico tenham ocorrido durante o período de vigência da garantia.

2 - A aplicação das garantias constantes desta Condição especial depende de autorização prévia dos serviços clínicos do Segurador, a solicitar com uma antecedência mínima de 14 dias úteis, devendo a Pessoa segura, em qualquer circunstância, autorizar os médicos e hospitais a que tenha recorrido a facultarem aos serviços clínicos do Segurador os relatórios clínicos e quaisquer outros elementos que esta tenha por convenientes para documentar o processo.

3 - As prestações convencionadas previstas nesta Condição especial são válidas apenas na Rede de Prestadores Convencionados da *Best Doctors*⁽¹⁾ fora do território nacional.

4 - Para efeitos desta Condição especial, considera-se doença grave ou situação clínica garantida:

- a) tratamento de cancro, implicando o tratamento de um tumor maligno caracterizado por não estar encapsulado e pelo crescimento e dispersão descontrolada de células malignas e pela invasão dos tecidos;
- b) qualquer intervenção cirúrgica ao crânio ou a outra estrutura intracraniana;
- c) tratamento cirúrgico envolvendo cirurgia de coração aberto e utilização de *by-pass* para corrigir a estenose de, pelo menos, duas artérias coronárias;
- d) procedimentos cirúrgicos para substituição de válvulas do coração, designadamente a substituição total de uma ou mais válvulas do coração;
- e) transplante de órgãos, designadamente o transplante cirúrgico de coração, pulmão, fígado, rim, pâncreas ou medula óssea resultante da perda total e irreversível da respectiva função orgânica, devendo o órgão ou medula óssea ser substituído por outro do mesmo tipo e proveniente de outro ser humano identificado como dador.

5 - Relativamente às doenças graves ou situações clínicas abrangidas por esta Condição especial, o Segurador garante o financiamento das despesas abaixo referidas, de acordo com os limites fixados nas Condições particulares:

- a) despesas de internamento em hospital, designadamente:
 - i) despesas de serviço geral de enfermagem durante o internamento num quarto, sala ou pavilhão, ou unidade de vigilância ou cuidado intensivo;
 - ii) outros serviços hospitalares, incluindo os serviços prestados no departamento de consulta externa de um hospital;
 - iii) diárias da Pessoa segura;
 - iv) despesas correspondentes ao custo de uma cama adicional ou de acompanhante, se o hospital disponibilizar esse serviço.
- b) despesas realizadas em centros de cirurgia ambulatória ou independente, desde que o tratamento, cirurgia ou prescrição estiver coberta no âmbito da presente Condição especial;
- c) honorários médicos relativos a consultas, tratamentos, cuidados médicos ou cirurgias;
- d) honorários de consultas médicas efectuadas à Pessoa segura, enquanto estiver internada num hospital;
- e) despesas suportadas com os seguintes serviços, tratamentos ou prescrições médicas e cirúrgicas:
 - i) anestesia e respectiva aplicação, sempre que tenha sido proporcionada por um anestesista profissional;
 - ii) exames de laboratório e patologia, radiografias com fins diagnósticos, radioterapia, isótopos radioactivos, quimioterapia, electrocardiogramas, ecocardiografias, mielogramas, electroencefalogramas, angiografias, tomografias computadorizadas e outros exames e tratamentos similares, requeridos para o diagnóstico e tratamento de uma doença coberta, sempre que tenham sido fornecidos por um médico, ou com a supervisão de um médico;
 - iii) transfusões de sangue, aplicação de plasma e soros;
 - iv) consumo de oxigénio e aplicação de soluções intravenosas e injeções.
- f) despesas com produtos farmacêuticos ou medicamentos aplicados por prescrição médica enquanto a Pessoa segura estiver hospitalizada, ou após a alta pelo período máximo de 30 dias, desde que os produtos em causa sejam prescritos no âmbito de processos pós-operatórios.
- g) despesas com deslocações e transportes em ambulâncias terrestres e aéreas quando a sua utilização for indicada e prescrita por um médico.
- h) despesa com uma viagem de ida e volta em linha aérea regular (classe económica) para a Pessoa segura e um acompanhante.

⁽¹⁾ *Best Doctors* é a marca registada pela *Best Doctors, Inc.*, com sede em One Boston Place, 32nd Floor, Boston, Estados Unidos da América.

- i) despesas de alojamento da Pessoa segura e de um acompanhante.
- j) em caso de falecimento da Pessoa segura durante o tratamento, o Segurador suportará as despesas relacionadas com as formalidades legais a cumprir no local do falecimento, bem como as decorrentes do transporte do corpo e da urna desde para o local do funeral em Portugal.

6 - Sem prejuízo das exclusões previstas nas Condições gerais da Apólice, não fica garantido, ao abrigo da presente Condição especial, o pagamento das despesas incorridas ou motivadas por qualquer diagnóstico, tratamento, serviço, provisão ou prescrição médica, de qualquer forma relacionadas com, ou resultante de:

- a) qualquer doença grave ou situação clínica que não prevista no número 4 da presente Condição especial.
- b) a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA), qualquer doença que seja secundária ou provocada pela SIDA, bem como todas aquelas que sejam consequência do seu tratamento, incluindo a doença conhecida como Sarcoma de Kaposi.
- c) despesas incorridas por serviços de custódia, cuidado da saúde em casa ou serviços proporcionados num centro ou instituição de convalescença, asilo ou lar de idosos, mesmo quando esses serviços sejam requeridos ou necessitados como consequência de uma doença coberta.
- d) qualquer despesa realizada fora do quadro de prestadores médicos internacionais recomendados pelo Segurador.
- e) qualquer tipo de próteses, aparelhos ortopédicos, cintas, ligaduras, muletas, membros ou órgãos artificiais, perucas (mesmo quando o seu uso for considerado necessário durante o tratamento de quimioterapia), sapatos ortopédicos, fundas herniárias e outros equipamentos ou artigos similares, com a exceção da prótese do seio.
- f) todo o tipo de produtos farmacêuticos e medicamentos que não tenham sido fornecidos por um farmacêutico licenciado, ou para cuja obtenção não requer receita ou prescrição de um médico.
- g) despesas incorridas com a utilização de medicina alternativa, mesmo quando tenham sido prescritas de forma específica por um médico.
- h) despesas com a compra ou aluguer de cadeiras de rodas, camas especiais, aparelhos de ar condicionado, purificadores de ar, e quaisquer outros artigos ou equipamentos similares.
- i) despesas que não sejam de índole médica, realizadas pela Pessoa segura ou pelos seus acompanhantes, com a exceção das

expressamente garantidas ao abrigo da presente Condição especial.

- j) não ficam garantidos os seguintes tratamentos:
 - i) qualquer tumor histologicamente descrito como pré-maligno ou que apenas mostre as primeiras alterações malignas;
 - ii) cancro não invasivos ou in situ; Cancro in situ: significa que o tumor maligno que fica restringido ao epitélio donde se originou e que não invadiu o estroma ou o tecido contíguo;
 - iii) tumores relacionados com o vírus de imunodeficiência humana adquirida (HIV);
 - iv) cancros de pele à exceção do melanoma maligno;
 - v) cancro papilar da bexiga.
- k) craniotomia quando a patologia for consequência de lesão traumática;
- l) cirurgias derivadas de lesões traumáticas ou alterações congénitas das coronárias aórticas;
- m) quaisquer procedimentos cirúrgicos correctivos de alterações congénitas das válvulas cardíacas;
- n) quaisquer transplantes de órgãos ou tecidos nos casos em que:
 - i) a Pessoa segura é ela própria um dador para um terceiro;
 - ii) a necessidade de transplante resulta de patologia congénita;
 - iii) a necessidade de transplante resulta de cirrose hepática de etiologia alcoólica;
 - iv) o transplante configura um acto cirúrgico de auto-transplante, com exceção de transplante de medula óssea.

7. A cobertura de Doenças Graves encontra-se sujeita a um Período de carência de 180 dias.

8 - As participações, reembolsos, capitais, Franquias, Co-pagamentos e períodos de carências encontram-se previstos nas Condições particulares.

CONDIÇÃO ESPECIAL - ASSISTÊNCIA AO DOMICÍLIO

1 - Nos termos desta Condição especial, o Segurador obriga-se a garantir à Pessoa segura um serviço de consultas médicas, envio de medicamentos e serviços de enfermagem ao domicílio, nos termos e com os limites fixados nas Condições particulares.

2 - Os serviços referidos no número anterior são solicitados pela Pessoa segura através da Linha Médica ⁽¹⁾.

3 - Constituem despesas reembolsáveis ao abrigo da Assistência ao Domicílio:

- a) em caso de urgência, o Segurador garante à Pessoa segura consultas médicas ao domicílio no período das 20:00 horas às 08:00 horas, nos dias úteis, e a qualquer hora nos feriados e fins de semana, ficando a cargo do Segurador os custos de deslocação e honorários do médico, de acordo com os limites fixados nas Condições particulares;
- b) o Segurador garante a entrega de medicamentos ao domicílio sempre que a Pessoa segura disponha de uma receita médica e esteja impossibilitada de os adquirir pelos seus próprios meios, ficando o custo do medicamento a cargo da Pessoa segura;
- c) quando, na sequência de doença grave ou hospitalização, comprovada por relatório médico, a Pessoa segura necessite de serviços de enfermagem no seu domicílio, o Segurador colocará à sua disposição profissionais de enfermagem durante o tempo necessário à sua recuperação. Os referidos serviços de enfermagem poderão prolongar-se para além do limite do capital anual desta cobertura, sendo, nesse caso, os respectivos custos suportados directamente pela Pessoa segura, que será sempre previamente informada, pelos Serviços de Assistência, do seu valor.

4 - A Assistência ao Domicílio prevista nesta Condição especial será exclusivamente prestada por profissionais de saúde pertencentes à rede de prestadores convencionados pelos Serviços de Assistência e aplica-se exclusivamente em território nacional.

5 - As participações, reembolsos, capitais, Franquias, Co-pagamentos e períodos de carências encontram-se previstos nas Condições particulares.

CONDIÇÃO ESPECIAL - REDE DE 2.ª OPINIÃO

1 - Nos termos desta Condição especial, o Segurador obriga-se a garantir à Pessoa segura o acesso, de acordo com os limites fixados nas Condições particulares, a serviços de segundas opiniões médicas prestados pela Rede *Best Doctors* da *Best Doctors, Inc.* ⁽²⁾, mediante solicitação prévia através da Linha Médic ⁽¹⁾.

2 - As prestações convencionadas previstas nesta Condição especial são válidas apenas na Rede de Prestadores Convencionados da *Best Doctors* fora do território nacional.

3. O que fica garantido

3.1. No âmbito da presente Condição especial, o contrato de seguro garante à Pessoa segura, de acordo com os limites fixados nas Condições particulares e para as doenças abaixo listadas, o acesso aos serviços de segundas opiniões médicas prestados pelos profissionais pertencentes à Rede *Best Doctors*, os quais consubstanciam a análise da sua situação clínica com o respectivo diagnóstico e indicação dos cuidados médicos mais adequados.

3.2. Para efeitos do acima disposto, consideram-se como doenças ou situações clínicas ao abrigo desta Condição especial as seguintes:

- a) SIDA;
- b) afasia;
- c) doença de *Alzheimer*;
- d) esclerose múltipla;
- e) cegueira;
- f) transplante de órgãos;
- g) tumor cerebral benigno;
- h) cancro;
- i) doença motora neurológica;
- j) doença cardiovascular;
- k) doença de *Parkinson*;
- l) coma;
- m) paralisia;
- n) surdez;
- o) queimaduras graves;
- p) insuficiência renal.

4 - Fica excluído o financiamento de quaisquer actos médicos adicionais, ainda que resultantes de recomendação obtida no âmbito desta Condição especial.

Ocidental - Companhia Portuguesa de Seguros, S.A .

Sociedade anónima com sede na Avenida José Malhoa, nº 27, em Lisboa, pessoa colectiva nº 501 836 918 e matriculada sob esse número na Conservatória do Registo Comercial de Lisboa, com o capital social de € 12.500.000,00.

Morada para correspondência: Tagus Park, Edifício 10 - Piso 1, 2744-005 Porto Salvo

⁽¹⁾ Linha Médic - 21 845 88 88 / 22 207 88 88 / 91 935 88 88 / 93 522 88 88 / 96 599 88 88

⁽²⁾ *Best Doctors* é a marca registada pela *Best Doctors, Inc.*, com sede em One Boston Place, 32nd Floor, Boston, Estados Unidos da América