Seguro de Saúde Ageas Seguros Médis

Condições Gerais e Especiais da Apólice

Linha Médis: 218 458 888
Custo de chamada para a rede fixa nacional
Triagem clínica: atendimento por enfermeiros 24 horas
Assuntos administrativos: 2ª a 6ª feira das 8h00 às 20h00

www.medis.pt
www.ageas.pt

Médis - Companhia Portuguesa de Seguros de Saúde, S.A., sede Praça Príncipe Perfeito 2, 1990-278 Lisboa. Matrícula / Pessoa Coletiva 503496944. CRC Lisboa. Capital Social 12.000.000 Euros. Registo ASF 1131, www.asf.com.pt
Ageas Portugal - Companhia de Seguros, S.A., sede Praça Príncipe Perfeito 2, 1990-278 Lisboa. Matrícula / Pessoa Coletiva 503454109. CRC Porto. Capital Social 7.500.000 Euros. Registo ASF 1129, www.asf.com.pt

ÍNDICE

CONDIÇÕES GERAIS

04 CLÁUSULA 1.ª - DEFINIÇÕES
10 CLÁUSULA 2.ª - OBJETO
10 CLÁUSULA 3.ª - BASE DO CONTRATO
10 CLÁUSULA 4.ª - DEVER DE DECLARAÇÃO INICIAL DO RISCO
11 CLÁUSULA 5.ª - INCUMPRIMENTO DOLOSO DO DEVER DE DECLARAÇÃO INICIAL DO RISCO
12 CLÁUSULA 6.ª - INCUMPRIMENTO NEGLIGENTE DO DEVER DE DECLARAÇÃO INICIAL DO RISCO
12 CLÁUSULA 7.ª - ÂMBITO TERRITORIAL
13 CLÁUSULA 8.ª - PESSOAS SEGURAS
13 CLÁUSULA 9.ª - COBERTURAS E MODALIDADES
13 CLÁUSULA 10.ª - PRESTAÇÕES CONVENCIONADAS
14 CLÁUSULA 11.ª - PRESTAÇÕES INDEMNIZATÓRIAS
14 CLÁUSULA 12.ª - ASSISTÊNCIA
15 CLÁUSULA 13.ª - EXCLUSÕES
18 CLÁUSULA 14.ª - PERÍODOS DE CARÊNCIA
19 CLÁUSULA 15.ª - INÍCIO E DURAÇÃO DO CONTRATO
20 CLÁUSULA 16.ª - TERMO DO CONTRATO
21 CLÁUSULA 17.ª - PAGAMENTO DO PRÉMIO
21 CLÁUSULA 18.ª - AVISO DE PAGAMENTO DO PRÉMIO
22 CLÁUSULA 19.ª - FALTA DE PAGAMENTO DO PRÉMIO
22 CLÁUSULA 20.ª - ACESSO, PROCEDIMENTOS E REGULARIZAÇÃO
24 CLÁUSULA 21.ª - SUB-ROGAÇÃO
25 CLÁUSULA 22.ª - ALTERAÇÕES AOS TERMOS DO CONTRATO
25 CLÁUSULA 23.ª - COORDENAÇÃO DE PRESTAÇÕES
25 CLÁUSULA 24.ª - ARBITRAGEM
26 CLÁUSULA 25.ª - COMUNICAÇÕES E NOTIFICAÇÕES
26 CLÁUSULA 26.ª - LEI APLICÁVEL E FORO COMPETENTE

CONDIÇÕES ESPECIAIS

27 SUBSÍDIO DIÁRIO DE HOSPITALIZAÇÃO
27 ASSISTÊNCIA CLÍNICA EM REGIME HOSPITALIZAÇÃO
29 ASSISTÊNCIA CLÍNICA EM REGIME AMBULATÓRIO
30 SAÚDE MENTAL
30 PROTEÇÃO ONCOLÓGICA REFORÇADA
34 ESTOMATOLOGIA E MEDICINA DENTÁRIA
35 MEDICAMENTOS
36 PARTO
37 PRÓTESES E ORTÓTESES
39 ASSISTÊNCIA CLÍNICA NO ESTRANGEIRO
40 DOENÇAS GRAVES
46 VACINA CONTRA A GRIPE

47 ASSISTÊNCIA VINTAGE
50 ASSISTÊNCIA AO DOMICÍLIO
52 CONDIÇÃO ESPECIAL DE ASSISTÊNCIA PARA EXPATRIADOS
56 CONDIÇÃO ESPECIAL DE ONCOLOGIA EM NAVARRA
57 2ª OPINIÃO
58 CLÁUSULA DE COSSEGURO

CONDIÇÕES GERAIS

CLÁUSULA 1.ª - DEFINIÇÕES

Definições de termos e expressões úteis para facilitar a perceção 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 atividade 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 reta ou colateral até ao 2° grau e que 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 respetivas Condições gerais, Especiais e Particulares acordadas, bem como as Atas 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.

ATA ADICIONAL
Documento que titula uma alteração da Apólice.

3. Relativos à subscrição do seguro de saúde:

SEGURO DE SAÚDE AGEAS SEGUROS MÉDIS
Contrato de seguro de saúde celebrado entre o Segurador e o Tomador do Seguro, titulado pela emissão de uma Apólice, pelo 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 os mesmos, 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 AGEAS SEGUROS MÉDIS
Documento, sob modelo de formulário do Segurador, a ser preenchido e assinado pelo Tomador do seguro ou por cada Aderente (Proposta 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 correta avaliação do risco, a assumir pelo Segurador, cujo preenchimento e assinatura pelo Aderente equivale a declaração pessoal exata 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.

COPAGAMENTO
Valor que fica a cargo da Pessoa segura por cada ato ou conjunto de atos 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 diretamente ao prestador de cuidados de saúde, sem prejuízo de exigibilidade de Copagamento ou franquias às Pessoas Seguras.

COMPARTICIPAÇÃO POR REEMBOLSO
Valor reembolsado pelo Segurador, após dedução das Franquias e Copagamentos 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 ato médico ou procedimento, nos termos e limites das coberturas do seguro aplicáveis, até ao máximo do capital garantido e 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 convencionadas, conforme listagem própria ou indicação da Linha Médis[1], de escolha livre e de acesso sujeito a critérios de utilização constantes do Guia Médis, nomeadamente intervenção do Médico Assistente ou necessidade de referenciação de especialidade médica ou autorização de atos e procedimentos.

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

OCORRÊNCIA / SINISTRO
Todo e qualquer evento suscetível de desencadear o funcionamento das garantias do contrato.

ACIDENTE
Acontecimento fortuito, súbito e anormal, devido a causa exterior e alheia à vontade da Pessoa Segura e que nesta origine lesões corporais, clínica e objetivamente constatadas, suscetíveis de acionar as coberturas do contrato.

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

[1] Linha Médis - 218 458 888 - Triagem clínica 24 horas/7dias e assuntos administrativos de 2ª a 6ª feira das 8h00 às 20h00 (Custo de chamada para a rede fixa nacional)

DOENÇA PREEXISTENTE

Considera-se preexistente ao contrato de seguro e por isso excluída do seu âmbito de cobertura a condição patológica que a Pessoa Segura não poderia ignorar, ou da qual deveria ter conhecimento, anteriormente à data de subscrição do seguro, nomeadamente por ter sido objeto de investigação clínica, tratamento prévio ou outro ato médico, ou ainda por ser manifesta a existência de sinais ou sintomas específicos da patologia em causa à data da referida subscrição, para a qual já houvesse sido estabelecido um diagnóstico, ainda que não definitivo.

DOENÇA CONGÉNITA

Doença presente à nascença, em resultado de fatores 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 atividade.

PSICÓLOGO

Licenciado em Psicologia, legalmente autorizado a exercer a profissão em Portugal e inscrito na Ordem dos Psicólogos Portugueses.

UNIDADE DE SAÚDE

Estabelecimento, integrado ou não no Serviço Nacional de Saúde, que tenha por objeto 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 generalizadas 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 adotada, incluindo Hospitais, Clínicas e Centros de meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

ATO MÉDICO

Ato realizado por médico legalmente habilitado pela respetiva 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 no âmbito do seguro.

DESPESAS DE SAÚDE ELEGÍVEIS

Despesas diretamente relacionadas com a realização de atos médicos ou cirúrgicos, de caráter de diagnóstico 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 atos 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 hidromassagem, 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 objetivamente justificáveis mediante prescrição médica. Salvo indicação expressa em contrário, não são consideradas elegíveis para efeitos do Seguro quaisquer próteses ou ortóteses não cirúrgicas. De igual forma, também não são considerados elegíveis Copagamentos ou Franquias de outra Apólice Médis em vigor para a mesma Pessoa Segura, até ao limite do Copagamento homólogo na Apólice acionada.

SEGURO INDIVIDUAL

Seguro efetuado 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 efetivação do seguro.

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

SISTEMA INTEGRADO DE CUIDADOS DE SAÚDE MÉDIS

Organização que articula o financiamento direto, nos termos e limites convencionados, da Pessoa Segura aos prestadores em rede convencionada, nomeadamente médicos, hospitais, clínicas, centros de meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

MÉDICO ONLINE

Serviço realizado à distância através da app Médis por um médico legalmente habilitado pela respetiva Ordem, que integra a promoção da saúde, a prevenção e o tratamento da doença, bem como a reabilitação das pessoas que optam pela consulta online podendo determinar o encaminhamento a uma consulta presencial, ou a procedimentos complementares realizados por outros profissionais de saúde.

LINHA MÉDIS

Apoio telefónico permanente, através do qual a Pessoa Segura pode ser encaminhada para os cuidados mais adequados, tendo em vista a melhoria da sua saúde e, se necessário, contato telefónico com o Médico Assistente. Os enfermeiros da Linha Médis realizam ações de contacto com as Pessoas Seguras para acompanhar o seu estado de saúde e realizar ações integradas de prevenção informativas, no âmbito da relação contratual existente entre a Pessoa Segura e a Médis.

REDE FARMÁCIAS

Acesso à Rede de Farmácias aderentes que disponibilizam vários serviços com comparticipação direta conforme as coberturas contratadas. As farmácias aderentes estão devidamente identificadas no Guia Médis disponível no site.

CARTÃO AGEAS SEGUROS MÉDIS

Cartão pessoal e intransmissível, que identifica o respetivo titular, perante o Segurador e perante a Rede Médis, de modo a permitir-lhe o acesso ao sistema de cuidados de saúde, registando, no caso de integrar dispositivo próprio, as consultas, atos 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 Médis ou outro médico integrado da Rede Médis. Pode o mesmo médico integrado proceder a autorreferenciação, o que consiste na indicação para a mesma especialidade com vista ao acompanhamento sucessivo do paciente, dentro dos limites previstos nas Condições Particulares.

AUTORIZAÇÃO

Ato através do qual os serviços clínicos do Segurador permitem o acesso às coberturas de hospitalização, de alguns atos 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 MÉDIS

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

MÉDICO INTEGRADO DA REDE MÉDIS

Médico de qualquer das especialidades reconhecidas pela Ordem competente que tenha sido contratado, pela Médis, 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 Médis 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 outra especialidade que não as que integram a rede de cuidados primários e que tenha aderido à rede de prestadores de cuidados de saúde Médis.

MÉDICO ASSISTENTE MÉDIS

Médico Especialista em Medicina Geral e Familiar ou em Medicina Interna, acessível e disponível em razão da sua proximidade ao Cliente Médis, com um conhecimento profundo dos procedimentos do Segurador e que, em articulação com a Linha Médis[1], auxilia no usufruto rápido e adequado dos benefícios do plano de saúde, garantindo uma gestão mais adequada das necessidades de saúde dos clientes Médis.

CLÁUSULA 2.ª - OBJETO

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 respetivas 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, a proposta 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. 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 4.ª - DEVER DE DECLARAÇÃO INICIAL DO RISCO

1. O Tomador do seguro ou a Pessoa Segura está obrigado, antes da celebração do contrato, a declarar com exatidão todas as circunstâncias que conheça e razoavelmente deva 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 eventualmente fornecido pelo Segurador para o efeito.

[1] Linha Médis - 218 458 888 - Triagem clínica 24 horas/7dias e assuntos administrativos de 2ª a 6ª feira das 8h00 às 20h00 (Custo de chamada para a rede fixa nacional)

3. O Segurador que tenha aceitado o contrato, salvo havendo dolo do Tomador do seguro ou da Pessoa Segura com o propósito de obter uma vantagem, não pode prevalecer-se:

a) da omissão de resposta a pergunta do questionário;

b) de resposta imprecisa a questão formulada em termos demasiado genéricos;

c) de incoerência ou contradição evidente nas respostas ao questionário;

d) de facto que o seu representante, aquando da celebração do contrato, saiba ser inexato ou, tendo sido omitido, conheça;

e) de circunstâncias conhecidas do Segurador, em especial quando são públicas e notórias.

4. O Segurador, antes da celebração do contrato, deve esclarecer o eventual Tomador do seguro ou a Pessoa Segura acerca do dever referido no n.º 1, bem como do regime do seu incumprimento, sob pena de incorrer em responsabilidade civil, nos termos gerais.

CLÁUSULA 5.ª - INCUMPRIMENTO DOLOSO DO DEVER DE DECLARAÇÃO INICIAL DO RISCO

1. Em caso de incumprimento doloso do dever referido no n.º 1 do artigo anterior, o contrato é anulável mediante declaração enviada pelo Segurador ao Tomador do seguro.

2. Não tendo ocorrido sinistro, a declaração referida no número anterior deve ser enviada no prazo de três meses a contar do conhecimento daquele incumprimento.

3. O Segurador não está obrigado a cobrir o Sinistro que ocorra antes de ter tido conhecimento do incumprimento doloso referido no n.º 1 ou no decurso do prazo previsto no número anterior, seguindo-se o regime geral da anulabilidade.

4. O Segurador tem direito ao prémio devido até ao final do prazo referido no n.º 2, salvo se tiver concorrido dolo ou negligência grosseira do Segurador ou do seu representante.

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

CLÁUSULA 6.ª - INCUMPRIMENTO NEGLIGENTE DO DEVER DE DECLARAÇÃO INICIAL DO RISCO

1. Em caso de incumprimento com negligência do dever referido no n.º 1 da Cláusula 4.ª o Segurador pode, mediante declaração a enviar ao Tomador do seguro, no prazo de três meses a contar do seu conhecimento:

a) propor uma alteração do contrato, fixando um prazo, não inferior a 14 dias, para o envio da aceitação ou, caso a admita, da contraproposta;

b) fazer cessar o contrato, demonstrando que, em caso algum, celebra contratos para a cobertura de riscos relacionados com o facto omitido ou declarado inexatamente.

2. O contrato cessa os seus efeitos 30 dias após o envio da declaração de cessação ou 20 dias após a receção pelo Tomador do seguro da proposta de alteração, caso este nada responda ou a rejeite.

3. No caso referido no número anterior, o prémio é devolvido pro rata temporis atendendo à cobertura havida.

4. Se, antes da cessação ou da alteração do contrato, ocorrer um Sinistro cuja verificação ou consequências tenham sido influenciadas por facto relativamente ao qual tenha havido omissões ou inexatidões negligentes:

a) o Segurador cobre o sinistro na proporção da diferença entre o prémio pago e o prémio que seria devido, caso, aquando da celebração do contrato, tivesse conhecido o facto omitido ou declarado inexatamente;

b) o Segurador, demonstrando que, em caso algum, teria celebrado o contrato se tivesse conhecido o facto omitido ou declarado inexatamente, não cobre o Sinistro e fica apenas vinculado à devolução do Prémio.

CLÁUSULA 7.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, 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 8.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 da Apólice:

a) preencham o Questionário Individual de Saúde com veracidade e exatidão;

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 acionamento das garantias seguras e da 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, seleção e aceitação de riscos próprias do Segurador, tendo por base dados estatísticos e atuariais rigorosos considerados relevantes.

CLÁUSULA 9.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 das cláusulas seguintes e das respetivas Condições Especiais.

CLÁUSULA 10.ª - PRESTAÇÕES CONVENCIONADAS

1. No âmbito das prestações convencionadas, o Segurador garante às Pessoas Seguras o acesso direto 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 e no Guia Médis.

2. Relativamente a 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 Copagamentos ou franquias a cargo da Pessoa Segura, relativamente a atos médicos concretos, independentemente dos capitais garantidos ou disponíveis em cada momento.

4. O acionamento das coberturas previstas nas Condições Particulares é objeto 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 o Guia Médis com 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, exceto relativamente às consultas de especialidade e à realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica que requeiram referenciação ou Autorização.

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

CLÁUSULA 11.ª - PRESTAÇÕES INDEMNIZATÓRIAS

1. O Segurador obriga-se, nos termos e com os 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 atos médicos de acordo com a tabela de valores relativos estabelecida pela Ordem dos Médicos.

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

CLÁUSULA 12.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 13.ª - EXCLUSÕES

1. **Ficam sempre excluídos do presente contrato as prestações decorrentes de:**
   a) **doenças preexistentes ou que sejam consequência de acidentes ocorridos antes da data de início ou de adesão ao seguro;**
   b) **acidentes de viação, acidentes de trabalho ou doenças profissionais, bem como outros acidentes e doenças cobertas por outros seguros obrigatórios;**
   c) **doenças infetocontagiosas, quando em situação de epidemia declarada pelas autoridades de saúde;**
   d) **quaisquer patologias resultantes, direta ou indiretamente, da ação do Vírus da imunodeficiência humana;**
   e) **Doenças crónicas do foro psíquico e quaisquer prestações decorrentes de terapia do sono, salvo expressa convenção em contrário nos termos estabelecidos nas Condições Particulares.**
   f) **tratamentos relacionados com problemas do desenvolvimento físico, cognitivo ou da linguagem, bem como de aprendizagem ou comportamentais, designadamente dislexia, défice de atenção ou hiperatividade;**
   g) **perturbações resultantes de intoxicação alcoólica, uso de estupefacientes ou narcóticos não prescritos por médico, ou da utilização abusiva de medicamentos;**
   h) **doenças ou ferimentos em consequência da prática de quaisquer atos dolosos ou gravemente culposos da Pessoa Segura, autoinfligidos ou resultantes de atos ilícitos praticados pela Pessoa Segura;**
   i) **qualquer método de controlo de natalidade e planeamento familiar e ainda de interrupção voluntária da gravidez, assim como todos os atos médicos com ela relacionados;**
   j) **disfunções sexuais, qualquer que seja a sua causa;**
   k) **consultas, tratamentos e teste de infertilidade, bem como os métodos de inseminação artificial e suas consequências;**
   l) **qualquer tratamento:**
      i) **ou intervenção cirúrgica realizada com a intenção de melhorar a aparência pessoal ou remover tecido corporal são e suas consequências;**
      ii) **ou terapêutica esclerosante de insuficiência crónica dos membros inferiores;**
      iii) **ou cirurgias de cariz estético ou reconstrutivo e suas consequências, exceto se incluídas no tratamento de doença maligna ou consequentes de acidente ocorrido durante a vigência da Apólice;**
      iv) **De correção da obesidade, tratamento de emagrecimento e afins e suas consequências.**

m) **tratamentos, cirurgia e outros atos destinados à correção de doenças ou malformações congénitas, salvo convenção expressa em contrário nos termos estipulados nas Condições Particulares no que respeite a recém-nascidos garantidos por Apólice Médis desde o seu nascimento;**

n) **tratamentos de Hemodiálise;**

o) **transplantes de órgãos e suas implicações, salvo convenção expressa em contrário nos termos de cobertura adicional quando especialmente contratada**

p) **tratamentos em sanatórios, termas, casa 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 atos médicos ou terapêuticos que não sejam reconhecidos pela Ordem dos Médicos portuguesa;**

q) **medicamentos cuja introdução no mercado ainda não foi autorizada pela entidade competente;**

r) **acidentes ocorridos e doenças contraídas em virtude de:**

   i) **prática profissional de desportos e participação, como amador, em provas desportivas integrada sem campeonatos e respetivos treinos;**

   ii) **participação em competições desportivas e respetivos treinos com veículos, providos ou não de motor (skate, BTT, rafting, asa-delta, parapente e ultraleve incluídos);**

   iii) **prática de ski na neve e aquático, surf, snowboard, caça submarina, mergulho com escafandro autónomo, pugilismo, artes marciais, para-quedismo, tauromaquia, barrage/saltos em equitação, espeleologia, canooing, escalada, rappel, alpinismo, bungee-jumping e outros desportos análogos na sua perigosidade;**

   iv) **utilização de veículos motorizados de duas rodas, três rodas ou moto quatro;**

   v) **cataclismos da natureza, atos de guerra, declarada ou não, ações de terrorismo, sabotagem, perturbações da ordem pública e utilização de armas químicas ou bacteriológicas;**

   vi) **consequências da exposição a radiações.**

s) **despesas realizadas com médicos que sejam cônjuges, pais, filhos ou irmãos da Pessoa Segura;**

t) **tratamentos de enfermagem prestados no domicílio ou em internamento hospitalar não contemplados nos serviços do hospital;**

u) **procedimentos de caráter 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;**

v) cuidados continuados, entendidos como os serviços clínicos que não careçam de internamento em instituição hospitalar, podendo e devendo ser prestados em internamento em unidade própria;

w) despesas com serviços que não sejam clinicamente necessários, assim como assistência e tratamento hospitalar por razões de caráter social;

x) despesas de transporte do Segurado relacionadas com fisioterapia e diálise;

y) 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;

z) despesas efetuadas por acompanhantes da Pessoa Segura exceto em caso de internamento hospitalar de menores de 14 anos.

2. No âmbito da Assistência Hospitalar e Cirúrgica ficam sempre excluídas do presente contrato:

a) todas e quaisquer técnicas cirúrgicas destinadas a corrigir erros de refração da visão, incluindo:

   i) queratotomia radial;

   ii) queratotomia fotorefrativa (queratotomia com laser excimer/lasix);

   iii) queratomieleusis por laser in situ;

   iv) inserção de lentes fáquicas intraoculares.

b) tratamento cirúrgico da roncopatia;

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, exceto os casos de tratamento de doença oncológica;

d) tratamentos e Cirurgias que constituam consequência direta de procedimentos anteriormente recusados pelo Segurador.

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, exceto cirurgia em consequência de acidente abrangido por este contrato e ocorrido durante a sua vigência;

b) implantes e todos os procedimentos relacionados, nomeadamente férulas de diagnóstico e cirurgias, regeneração óssea guiada, pilares transepiteliais, montagem em articulador, coroas provisórias e definitivas sobre implantes entre outros, 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) copagamentos ou franquias resultantes de atos ou procedimentos médicos garantidos por outra Apólice Médis em vigor para a mesma Pessoa Segura, apresentados ao Segurador no regime de prestações indemnizatórias, até ao limite do Copagamento para o mesmo ato ou procedimento médico garantido por essa mesma Apólice.

CLÁUSULA 14.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 respetivas garantias podem ser acionadas.

2. Sem prejuízo do disposto no número 1, estão ainda sujeitas a Período de carência de 6 meses (180 dias), as coberturas relativas às prestações ou atos médicos decorrentes de:

a) Tratamento cirúrgico ou por outros métodos invasivos da hipertrofia benigna da próstata;

b) Tratamento cirúrgico ou por outros métodos invasivos de patologia benigna do útero;

c) Tratamento cirúrgico de cistocelo e rectocelo.

3. 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 atos médicos decorrentes de:

a) tratamento cirúrgico de varizes dos membros inferiores;

b) tratamento cirúrgico de hérnia discal;

c) hemorroidectomia e outros tratamentos da doença hemorroidária bem como tratamento cirúrgico da fistula perianal;

d) tratamento de patologia articular por via artroscópica;

e) septoplastia;

f) amigdalectomia, adenoidectomia, miringotomias com ou sem aplicação de tubos de ventilação;

g) rinoseptoplastia;

h) excisão cirúrgica de lesões benignas da pele e tecido celular subcutâneo;

i) tratamentos com laser a lesões benignas da pele;

j) tratamento cirúrgico da apneia do sono.

CLÁUSULA 15.ª – INÍCIO E DURAÇÃO DO CONTRATO

1. O contrato ou a adesão, uma vez aceites, vigoram a partir da 0 horas do dia 1 ou do dia 15 do mês seguinte ao da receção da proposta no Segurador, consoante tal receção tenha lugar, respetivamente, 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 automaticamente e sucessivamente renovado por períodos anuais, exceto 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 16.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 ao 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, enviado 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 Ageas Seguros 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 17.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 fracionado 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 diretamente o Prémio ao Segurador, a obrigação de pagamento do Prémio impende sobre o Tomador do seguro.

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

5. As frações seguintes do Prémio inicial, o Prémio de anuidades subsequentes e as sucessivas frações 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 respetivos avisos.

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

8. O Tomador do seguro ou a Pessoa Segura, quando seja o caso, indica na proposta de adesão que subscreve, ou em documento autónomo, o Número de Identificação Bancária (NIB) relativo à sua conta bancária que pretenda seja debitada pelo valor do Prémio e creditada pelo valor das prestações do Segurador.

CLÁUSULA 18.ª - AVISO DE PAGAMENTO DO PRÉMIO

1. Na vigência do contrato, o Segurador avisa por escrito o Tomador do seguro ou a Pessoa Segura, no caso de ter sido acordado que esta pague diretamente 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 frações deste.

2. Do aviso constam, de modo legível, as consequências da falta de pagamento do Prémio ou de sua fração.

3. Nos contratos de seguro em que seja convencionado o pagamento do prémio em frações de periodicidade igual ou inferior a três meses e em cuja documentação contratual se indiquem as datas de vencimento das sucessivas frações do Prémio e os respetivos valores a pagar, bem como as consequências do seu não pagamento, o Segurador pode optar por não enviar o aviso referido no n.º1, cabendo-lhe, nesse caso, a prova da emissão, da aceitação e do envio ao Tomador do seguro da documentação contratual referida neste número.

CLÁUSULA 19.ª - FALTA DE PAGAMENTO DO PRÉMIO

1. A falta de pagamento do Prémio inicial, ou da primeira fração 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 fração 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 aquantia destinada ao pagamento do Prémio ou, tendo sido acordado que a Pessoa Segura pague diretamente 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 fração deste, na data de 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 respetiva cessação na data do vencimento do Prémio não pago.

CLÁUSULA 20.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 pode:
   a) escolher um Médico Assistente da Rede Médis;
   b) consultar um médico do Sistema Integrado de Cuidados de Saúde Médis ou contatar a Linha Médis[1] que lhe indica um médico ou serviço de saúde adequado a cada caso. Se necessário, qualquer destes contatos indicará um médico especialista ou uma unidade de saúde da Rede Médis;
   c) contactar a Linha Médis[1] da qual um enfermeiro regista a informação relativa às queixas apresentadas, bem como a suscetibilidade 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 ações, não constituindo este ato, em qualquer circunstância, um ato médico ou um diagnóstico clínico.

3. Em qualquer dos casos previstos no número anterior, de modo a permitir a aplicação da máxima extensão das respetivas coberturas, deve ser observado o seguinte procedimento pela Pessoa segura:
   a) identificar-se como titular de Seguro de Saúde Ageas Seguros Médis ou exibir o seu Cartão Ageas Seguros Médis perante os prestadores de serviços da Rede Médis;
   b) fornecer a informação necessária à correta avaliação do seu estado de saúde;
   c) obter uma referenciação, quando tal seja obrigatório nos termos do respetivo 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 atos médicos;
   e) submeter-se a exame por médico designado pelo Segurador, caso este o considere necessário.

4. O recurso a médicos não integrados nas unidades de saúde da Rede Médis ou que não estejam com as mesmas convencionados é considerado como prestação fora do Sistema Integrado de Cuidados de Saúde Médis e reembolsado como prestação indemnizatória, nos termos e limites das coberturas expressos nas Condições Particulares aplicáveis.

5. Em caso de Prestações Indemnizatórias, a Pessoa Segura deve:
   a) solicitar ao Segurador através do médico que a assiste, a autorização necessária para efeitos de cobertura dos correspondentes procedimentos e atos médicos;
   b) comunicar ao Segurador a situação clínica assim como os atos 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.

[1] Linha Médis - 218 458 888 - Triagem clínica 24 horas/7dias e assuntos administrativos de 2ª a 6ª feira das 8h00 às 20h00 (Custo de chamada para a rede fixa nacional)

6. O reembolso das despesas efetuadas ao abrigo deste contrato é efetuado depois de entregues os documentos comprovativos, válidos segundo as normas legais em vigor e observado os seguintes procedimentos:

a) menção, em caso de acidente, da data, hora, local, intervenientes, causas e consequências da sua ocorrência, testemunhas, autoridade que tenha lavrado auto e identificação do eventual responsável;
b) apresentação, no prazo máximo de 120 dias a contar da data da efetivação da despesa, sob pena de caducidade do direito ao reembolso, de todos os documentos originais justificativos das despesas realizadas, os quais discriminem serviços prestados, 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;
c) submeter-se a exame por médico designado pelo Segurador, caso este o considere necessário.

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 assistam e a obter cópias de relatórios clínicos ou de quaisquer outros documentos referentes à assistência prestada, com estrita observância de dever de confidencialidade e da legislação em vigor.

8. Sem prejuízo do disposto nas Condições Especiais e Particulares da Apólice, o montante do reembolso das despesas médicas incide sobre o valor efetivamente suportado pela Pessoa Segura e não reembolsado por outra entidade, 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 entidade, comprovativos da despesa e respetiva 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 21.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 perante 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 22.ª - ALTERAÇÕES AOS TERMOS DO CONTRATO

1. O Segurador pode 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 comunicadas 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 14 dias contados da receção da proposta.

3. Caso as alterações propostas pelo Segurador não sejam aceites, o contrato extingue-se na data de renovação do contrato ou da cobertura.

4. Os capitais seguros, os Prémios e Franquias, podem 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 tornam-se exigíveis na data de renovação seguinte do contrato.

6. O Segurador formaliza as alterações ao contrato em documento escrito.

CLÁUSULA 23.ª - COORDENAÇÃO DE PRESTAÇÕES

1. A Pessoa Segura informa 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 respetiva prestação.

3. Para efeitos desta cláusula são equiparados a seguros quaisquer sistemas que permitam o reembolso ou comparticipação de despesas de âmbito similar às garantidas por este contrato, de que seja beneficiária a Pessoa Segura.

CLÁUSULA 24.ª - ARBITRAGEM

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

2. No caso enunciado no número anterior, cada parte designa um médico que a representa, cabendo aos designados acordarem na nomeação de um outro médico que preside.

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

CLÁUSULA 25.ª - COMUNICAÇÕES E NOTIFICAÇÕES

1. As comunicações ou notificações previstas nesta Apólice consideram-se válidas e plenamente eficazes caso sejam efetuadas, 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 o Tomador do seguro ou a Pessoa Segura comunicam ao Segurador nos 30 dias subsequentes à data em que se verifique a alteração, sob pena de as comunicações ou notificações que o Segurador venha a efetuar para a última morada conhecida se terem por válidas e eficazes.

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

CLÁUSULA 26.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 é 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 - SUBSÍDIO DIÁRIO DE HOSPITALIZAÇÃO

1. Para efeitos da presente Condição Especial, consideram-se as seguintes definições:

Âmbito Territorial: internamentos efetuados no território Português;

Subsidio Diário: Importância diária e fixa, que é devida enquanto durar o internamento Hospitalar, conforme estabelecido nas Condições particulares.

2. Nos termos desta Condição Especial, quando contratada a cobertura, o Segurador obriga-se a pagar à Pessoa Segura um Subsídio Diário, em consequência de Doença, nos termos e limites fixados nas Condições Particulares, após a data de entrada em vigor das mesmas.

3. O reembolso das despesas efetuadas fica dependente do envio ao Segurador da seguinte documentação:

a) original da declaração da alta de internamento e o respetivo relatório médico;

b) justificativo das despesas realizadas com descrição e/ou indicação pormenorizada dos serviços prestados, nomeadamente quanto ao numero de dias de internamento, descrição da intervenção cirúrgica realizada e outras análogas;

c) o segurador não procede ao reembolso de despesas relativamente às quais não possua os necessários elementos de prova.

4. Exclusões:

a) as exclusões referidas das Condições Gerais do Seguro de Saúde salvo informação expressa em contrário nos termos estabelecidos nas Condições Particulares.

CONDIÇÃO ESPECIAL - ASSISTÊNCIA CLÍNICA EM REGIME DE HOSPITALIZAÇÃO

1. Nos termos desta Condição Especial, quando contratada a cobertura, 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 efetuadascom 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 efetuadas em pagamento de atos médicos, cirúrgicos ou diagnósticos que requeiram meios e serviços específicos imprescindíveis em ambiente hospitalar para a sua realização, nomeadamente:

a) honorários relacionados com os atos realizados em ambiente hospitalar, tais como honorários de médico, cirurgião, anestesista, ajudante e instrumentista;

b) meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica associados aos atos realizados em ambiente hospitalar;

c) medicamentos quando administrados durante o período de hospitalização e associados aos atos realizados;

d) materiais, equipamentos e produtos quando associados aos atos realizados em ambiente hospitalar;

e) instalações necessárias à realização dos atos em ambiente hospitalar, tais como bloco operatório, sala de recobro e quarto;

f) transporte de ambulância, de e para o estabelecimento hospitalar, desde que o estado de saúde da Pessoa Segura o justifique;

g) próteses implantadas cirurgicamente;

h) outros atos 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 Comparticipações, Reembolsos, Capitais, Franquias e Copagamentos encontram-se previstos nas Condições Particulares.

6. Não são reembolsáveis as despesas de caráter particular ou que não tenham natureza clínica.

CONDIÇÃO ESPECIAL - ASSISTÊNCIA CLÍNICA EM REGIME AMBULATÓRIO

1. Nos termos desta Condição Especial, quando contratada a cobertura, o Segurador obriga-se a:

a) no âmbito das Prestações Convencionadas, financiar o acesso da Pessoa Segura a prestadores de serviços clínicos em regime ambulatório 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 efetuadas com cuidados médicos em regime ambulatório, 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 efetuadas em pagamento de atos 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) médico online;

c) honorários médicos relacionados com os atos realizados em ambiente não hospitalar;

d) meios complementares de diagnóstico e terapêutica realizados em ambiente não hospitalar;

e) materiais e equipamentos quando associados a atos específicos e utilizados durante a execução destes;

f) honorários de enfermagem relacionados com os atos realizados em ambiente não hospitalar;

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 Ambulatório encontra-se sujeita a Período de Carência de 60 dias.

4. As Comparticipações, Reembolsos, Capitais, Franquias e Copagamentos encontram-se previstos nas Condições Particulares.

CONDIÇÃO ESPECIAL - SAÚDE MENTAL

Nos termos desta Condição Especial, quando contratada a cobertura, o Segurador nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, garante o pagamento de despesas efetuadas com:

a) Internamento psiquiátrico efetuado dentro da Rede Médis e para o qual foi dada a respetiva pré autorização pelos serviços clínicos da Médis. Inclui honorários médicos e de enfermagem, medicamentos, materiais e todos os produtos associados aos cuidados prestados,

b) Consultas de psiquiatria,

c) Consultas de psicologia e psicoterapia,

Para além das exclusões previstas nas Condições Gerais da Apólice, a presente cobertura não garante:

a) Estadia de acompanhantes da Pessoa Segura;

b) Despesas de natureza particular ou que não tenham natureza clínica

c) Despesas relacionadas com psicologia vocacional e do desenvolvimento de carreira

d) Despesas relacionadas com Psicologia do trabalho, social e das organizações, incluindo, mas não limitando, Coaching psicológico, psicologia comunitária, psicologia de saúde ocupacional

A cobertura de Saúde Mental encontra-se sujeita aos seguintes períodos de carência

Internamento psiquiátrico - 90 dias.

Consultas de psiquiatria, psicologia e psicoterapia – 60 dias

As Comparticipações, Reembolsos, Capitais, Franquias e Copagamentos encontram-se previstos nas Condições Particulares.

CONDIÇÃO ESPECIAL - PROTEÇÃO ONCOLÓGICA REFORÇADA

Nos termos desta Condição Especial, o Segurador obriga-se a garantir as condições adiante explicitadas a Pessoas Seguras com diagnóstico de doença oncológica comprovada observando-se os preceitos e exclusões estabelecidas nas condições gerais e particulares.

Para efeitos desta Condição Especial, consideram-se as seguintes definições:

Ativação da Proteção Oncológica Reforçada:
Processo através do qual os serviços Clínicos da Medis, confirmam o acesso da Pessoa

Segura com diagnóstico de Doença Oncológica comprovada às garantias constantes desta Condição Especial.

Capital Adicional:
Valor que acresce ao capital seguro do contrato com a ativação da Proteção Oncológica Reforçada, consoante o que esteja estabelecido na Condição Particular.

Doenças Oncológicas:
Consideram-se incluídas todas as doenças classificadas como "neoplasias" no capítulo respetivo da Classificação Internacional de Doenças (ICD); são excluídas as neoplasias aí classificadas como benignas.

Fica abrangido por esta Condição Especial:

1) Capital Adicional na cobertura de Assistência Clínica em regime de Hospitalização, nos termos e limites fixados nas Condições Particulares.

2) Capital Adicional na cobertura de Assistência Clínica em regime de Ambulatório, nos termos e limites fixados nas Condições Particulares.

3) Cobertura de Próteses e Ortóteses nos termos e limites fixados nas Condições Particulares.

Constituem despesas reembolsáveis no âmbito das prestações indemnizatórias, as efetuadas em pagamento de:

1. **Soutiens para prótese mamária;**
2. **Prótese mamária bilateral externa;**
3. **Prótese mamária unilateral externa;**
4. **Cabeleiras;**
5. **Produtos de apoio para ostomia;**

Para a atribuição de comparticipação nos produtos descritos, é necessária a apresentação dos seguintes documentos:

- **Fotocópia da prescrição do médico, devendo esta ter sido emitida num prazo não superior a 90 dias até à data de aquisição dos artigos acima mencionados;**
- **Recibo da entidade fornecedora dos artigos acima mencionados, indicando, nomeadamente e expressamente, a especificação, quantidade e o preço dos artigos adquiridos.**

A presente cobertura de Próteses e Ortóteses encontra-se sujeita a Período de Carência de 60 dias.

4) Cobertura de Serviços de Assistência nos termos e limites fixados nas Condições Particulares relativamente a:

i) Transporte de Doentes

Nos casos em que a Pessoa Segura se encontre incapaz de se deslocar pelos

próprios meios para a realização de prestações de saúde como realização de Exames Complementares de Diagnóstico, Consultas, Internamentos e Altas Hospitalares, o Serviço de Assistência assegura o transporte da Pessoa Segura em ambulância ou táxi, de acordo com as necessidades identificadas.
O transporte apenas é atribuído para situações não urgentes.
Considera-se como uma deslocação a realização do trajeto entre a localização do Cliente, a unidade de saúde e respetivo regresso, para efeito de cálculo dos limites desta garantia.

ii) Apoio Psicológico
Sempre que identificado pela Pessoa Segura ou por um dos membros do Agregado Familiar a necessidade de uma ajuda ou acompanhamento psicológico especializado, o Serviço de Assistência disponibiliza consultas com psicólogo tanto para o doente como para os membros do seu agregado familiar.
A consulta pode ser no domicílio ou em consultório de acordo com o pretendido até ao limite previsto.

iii) Serviços de conforto
Nos casos em que a Pessoa Segura se encontre incapaz de realizar as tarefas regulares do dia-a-dia, o Serviço de Assistência assegura, até ao limite previsto nas Condições Particulares os seguintes serviços de conforto:

a) Transporte Especial para Crianças
O Serviço de Assistência assegurará o transporte das crianças menores de 18 anos que se encontrem a cargo da Pessoa Segura, em transporte especializado até ao limite fixado nas Condições Particulares;

b) Babysitter
O serviço de Assistência organiza e suporta o custo com uma pessoa para cuidar das crianças menores de 18 anos, até ao limite fixado nas Condições Particulares;

c) Serviços de Apoio Administrativo
O Serviço de Assistência suporta o custo com uma pessoa para cuidar, ajudar a dar resposta a questões administrativas da vida da Pessoa Segura, como: pagamento de contas, deslocações aos correios e entrega de documentos em serviços públicos até ao limite fixado nas Condições Particulares;

d) Serviço de Limpeza e Higiene Pessoal
O Serviço de Assistência providencia os necessários serviços de limpeza e higiene pessoal da Pessoa Segura, na sua habitação, suportando os custos até aos limites fixados nas Condições Particulares;

e) Serviços de Alimentação:
O Serviço de Assistência organiza e suporta os respetivos custos com o envio de uma pessoa especializada para providenciar a alimentação, no domicílio da

Pessoa Segura até aos limites fixados nas Condições Particulares, sendo que o custo da alimentação ficará a cargo da Pessoa Segura;

f) Serviços de Fisioterapia:

O Serviço de Assistência, providencia sessões de fisioterapia no domicílio da Pessoa Segura, mediante prescrição médica;

O Serviço de Assistência suporta os custos relativos aos honorários de fisioterapia até ao limite fixado nas Condições Particulares, ficando a cargo da Pessoa Segura o custo dos materiais;

iv) Enfermagem ao Domicílio

No caso de haver uma prescrição médica o Serviço de Assistência assume a deslocação de um profissional de enfermagem e assegura a realização dos atos de enfermagem prescritos.

Estão previstos nesta garantia os seguintes atos de enfermagem:

a) Tratamento de feridas, úlceras de pressão e/ou escaras;

b) Injeções, considerando todas as vias de administração;

c) Algaliações;

d) Entubações naso-gástricas;

e) Colocação de soro e vigilância;

f) Retirar pontos e agrafos;

g) Cuidados de higiene e conforto;

h) Vacinação;

i) Aerossóis;

j) Oxigenoterapia;

k) Cuidados de enfermagem aos estomas;

Ficará a cargo da Pessoa Segura o pagamento dos consumíveis utilizados nos atos a prestar.

A presente cobertura de Serviços de Assistência não se encontra sujeita a Período de Carência. Para solicitação dos serviços a Pessoa Segura deverá contactar a Linha Médis[1].

5) As Comparticipações, Reembolsos, Capitais Seguros, Franquias, Copagamentos e Períodos de Carência relativos a cada uma das coberturas referidas nesta Condição Especial encontram-se previstos nas Condições Particulares.

[1] Linha Médis - 218 458 888 - Triagem clínica 24 horas/7dias e assuntos administrativos de 2ª a 6ª feira das 8h00 às 20h00 (Custo de chamada para a rede fixa nacional)

6) Poderão ser reembolsadas despesas anteriores à data do diagnóstico na cobertura de Hospitalização, mediante prova clínica e inequívoca de que as mesmas despesas decorreram do processo de tratamento/ diagnóstico da doença oncológica em análise, ocorridas após a data início do contrato e respeitando as condições da apólice à data. Ficam excluídas despesas de Ambulatório.

7) Acessos e Procedimentos da Condição Especial de Proteção Oncológica Reforçada.

A Pessoa Segura tem acesso à extensão dos capitais e coberturas, após ativação da Proteção Oncológica Reforçada.

Para proceder à ativação da Proteção Oncológica Reforçada a Pessoa Segura deverá remeter à seguradora o Relatório do exame anatomopatológico ou outro exame complementar, para os casos em que a caraterização da doença oncológica é feita por outro método. Deverá ainda ser remetido relatório médico com a data de diagnóstico inicial.

O processo poderá ser despoletado através de preenchimento de formulário e envio da documentação na área privada no site Médis ou contactando a Linha Médis[1] .

Somente após confirmação clínica do diagnóstico elegível para ativação (Neoplasia Maligna, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças) será iniciada a extensão de capitais e coberturas que advenham deste processo.

A Médis reserva-se no direito de proceder à ativação da Proteção Oncológica Reforçada proativamente, sem necessidade de pedido formal por parte do Cliente, sempre que dispuser da informação necessária para o efeito.

CONDIÇÃO ESPECIAL - ESTOMATOLOGIA E MEDICINA DENTÁRIA

1. Nos termos desta Condição Especial, quando contratada a cobertura, 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 efetuadas 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 efetuadas 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 correção);

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;

Ortótese - 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 Franquias, bem como valores mínimos e máximos a reembolsar, devidamente estipulados nas Condições Particulares.

CONDIÇÃO ESPECIAL - MEDICAMENTOS

1. Nos termos desta Condição Especial, o Segurador, quando contratada a cobertura, obriga-se a reembolsar a Pessoa Segura, nos termos e limites fixados nas Condições Particulares, das despesas efetuadas com a aquisição de medicamentos, como tal oficialmente qualificados, comparticipáveis pelo Serviço Nacional de Saúde.

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

3. Não constituem despesas reembolsáveis as efetuadas 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 antissépticos;

g) material de penso.

4. O reembolso das despesas efetuadas 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 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 comparticipação, se a houver, ficam a cargo da Pessoa Segura, nos termos dispostos quanto à coordenação de prestações. O Segurador não procede ao reembolso de despesas relativamente 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 Comparticipações, Reembolsos, Capitais, Franquias e Copagamentos encontram-se previstos nas Condições Particulares.

CONDIÇÃO ESPECIAL - PARTO

1. Nos termos desta Condição Especial, quando contratada a cobertura, o Segurador obriga-se a financiar o acesso da Pessoa Segura a prestadores de serviços clínicos de parto ou interrupção da gravidez por indicação médica, 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 efetuadas.**

2. Constituem despesas reembolsáveis, ou financiáveis ao abrigo do regime de acesso a prestadores de serviços clínicos integrados, as efetuadas em pagamentos de:

a) **honorários médicos do obstetra;**

b) **honorários do anestesista, ajudante e instrumentista, quando tal se justifique;**

c) **honorários médicos de pediatria, enquanto durar o internamento da parturiente ao abrigo desta Condição Especial;**

d) **meios complementares de diagnósticos realizados durante o período de hospitalização;**

e) medicamentos quando administrados durante o período de hospitalização;

f) materiais, produtos e equipamentos quando associados aos atos realizados durante o período de hospitalização;

g) instalações necessárias à realização dos atos (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 o justifique.

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

4. As Comparticipações, Reembolsos, Capitais, Franquias e Copagamentos encontram-se previstos nas Condições Particulares.

CONDIÇÃO ESPECIAL - PRÓTESES E ORTÓTESES

1. Nos termos desta Condição Especial, quando contratada a cobertura, o Segurador nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, garante o pagamento de despesas efetuadas com a aquisição ou aluguer, segundo prescrição médica, de próteses e ortóteses.

2. Constituem despesas reembolsáveis no âmbito das prestações indemnizatórias, ou financiáveis ao abrigo do regime de acesso a prestadores de serviços clínicos integrados, as efetuadas em pagamentos de:

- Ortóteses oftalmológicas;

Constituem despesas reembolsáveis no âmbito das prestações indemnizatórias as efetuadas em pagamentos de:

- Próteses e ortóteses que não oftalmológicas.

3. 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.

4. Ao abrigo da presente Condição Especial, é atribuída comparticipação nas despesas com a aquisição de:

a) um par de lentes de contacto graduadas ou outras, em cada anuidade do contrato de seguro, ou até dois 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;

c) próteses auditivas, oftalmológicas e correção do calçado ortopédico;

d) aluguer ou aquisição de cadeira de rodas e canadianas desde que o valor do aluguer não exceda o valor de aquisição.

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

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

a) fotocópia da prescrição de médico oftalmologista, devendo esta ter sido emitida em prazo não anterior a 90 dias da data de aquisição da prótese ou ortótese;

b) fotocópia da prescrição do médico no caso Próteses auditivas, oftalmológicas, correção do calçado ortopédico, cadeira de rodas e canadianas;

c) recibo da entidade fornecedora da prótese ou ortótese, indicando, nomeada e expressamente, a qualidade, quantidade e o preço dos materiais adquiridos.

7. Para além das exclusões previstas nas Condições Gerais da Apólice, a presente cobertura não garante:

a) próteses estomatológicas;

b) cintas medicinais, meias elásticas, colchões ortopédicos, almofadas ortopédicas ou calçado ortopédico;

c) outros equipamentos classificados como ajudas técnicas;

d) óculos de sol, incluindo, isoladamente ou em conjunto, armações e lentes graduadas ou não.

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

9. As Comparticipações, Reembolsos, Capitais, Franquias e Copagamentos encontram-se previstos nas Condições Particulares.

CONDIÇÃO ESPECIAL - ASSISTÊNCIA CLÍNICA NO ESTRANGEIRO

1. Nos termos desta Condição Especial, quando contratada a cobertura, 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 prévia dos serviços clínicos do Segurador, a solicitar diretamente ou através da Linha Médis[1], 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 trata 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 organiza idêntico serviço para um acompanhante, seja médico, familiar ou outro;

b) Após alta médica, o Segurador organiza 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 em Portugal qualquer unidade onde o tratamento possa ser efetuado. O serviço é ainda garantido quando não haja possibilidade de internamento em tempo útil em unidade de saúde no território nacional,

[1] Linha Médis - 218 458 888 - Triagem clínica 24 horas/7dias e assuntos administrativos de 2ª a 6ª feira das 8h00 às 20h00 (Custo de chamada para a rede fixa nacional)

estando em risco de vida a Pessoa Segura.

3.2.2. Se a Pessoa Segura for portadora de doença contagiosa, a utilização de transporte em avião de linha regular fica condicionada à autorização da companhia aérea transportadora. No caso de não ser concebida autorização, a Pessoa Segura, se o desejar, pode 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 suporta eventuais despesas relacionadas com as formalidade 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 de alojamento por ela escolhido, suportando a Pessoa Segura o respetivo custo.

3.5. Saída da unidade de saúde

Após a alta médica em consequência de internamento hospitalar, o Segurador encarrega-se 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 garante a sua procura e envio, se os mesmos não se encontrarem disponíveis no local onde a Pessoa Segura se encontra.

4. A cobertura de Assistência Clínica no Estrangeiro encontra-se sujeita a Período de Carência de 180 dias.

5. As Comparticipações, Reembolsos, Capitais, Franquias e Copagamentos encontram-se previstos nas Condições Particulares.

CONDIÇÃO ESPECIAL - DOENÇAS GRAVES

Para efeitos da presente Condição Especial, consideram-se as seguintes definições:

Âmbito Territorial: cuidados de saúde prestados fora de Portugal.

Assessor Médico Pessoal: Médico do prestador responsável pela gestão do serviço, que

ajudará a pessoa segura no preenchimento do pedido de segunda opinião médica para a seleção do melhor centro internacional e exames médicos a anexar.

Seleção dos centros internacionais: A equipa do prestador designado pela Médis para a gestão da cobertura selecionará, com base na sua rede internacional de especialistas, os centros fora de Portugal que oferecerem as melhores alternativas de tratamento para a pessoa segura. O doente e família receberão um relatório com uma proposta dos centros selecionados como as melhores alternativas a nível internacional para o seu tratamento.

Nos termos desta Condição Especial, quando contratada a cobertura, o contrato de seguro garante, de acordo com os limites fixados nas Condições Particulares, as despesas incorridas pela Pessoa Segura com diagnósticos, tratamentos, serviços clínicos, provisões ou prescrições médicas, no âmbito territorial consideradas clinicamente necessárias, sempre que as mesmas resultem ou sejam consequência de qualquer uma das doenças graves ou situações clínicas indicadas no n.º 4 e cujos primeiros sintomas tenham ocorrido durante o período de vigência da garantia tendo já decorrido o Período de Carência

1. A aplicação das garantias constantes desta Condição Especial está sujeita à seleção dos centros internacionais por parte do prestador designado pela seguradora a fim de confirmar o diagnóstico e o tratamento adequado, devendo a Pessoa Segura, em qualquer circunstância, autorizar os médicos e hospitais a que tenha recorrido a facultarem aos serviços clínicos do segurador e do prestador designado pela seguradora, os relatórios clínicos e quaisquer outros elementos que estes tenham por conveniente para documentar o processo.

2. As prestações convencionadas previstas nesta Condição Especial são válidas apenas nos hospitais recomendados pelo prestador responsável pela gestão da cobertura, localizados fora do território nacional.

3. Para efeitos desta Condição Especial, considera-se doença grave ou situação clínica garantida:

a) tratamento de doença maligna exceto em estadio TIS (Cancro in situ);

b) neurocirurgia: qualquer intervenção cirúrgica ao crânio ou a estrutura intracraniana;

c) cirurgia de by-pass das artérias coronárias (revascularização miocárdica), tratamento cirúrgico envolvendo cirurgia de coração aberto e utilização de bypass para correção de estenose, de, pelo menos, duas artérias coronárias;

d) cirurgia das válvulas cardíacas;

e) transplante de órgãos, designadamente o transplante cirúrgico de coração, pulmão, fígado, rim, pâncreas ou medula óssea resultante da perda irreversível

da respetiva função.

4. Relativamente às doenças graves ou situações clínicas abrangidas por esta Condição Especial, o Segurador garante o pagamento das despesas abaixo referidas, de acordo com os limites fixados nas Condições Particulares:

a) Despesas de internamento em hospital, designadamente:

i) Despesas de internamento em quarto, enfermaria ou unidade de cuidados intensivos;

ii) Outros serviços hospitalares, incluindo os serviços prestados no departamento de consulta externa de um hospital;

iii) Despesas correspondentes ao custo de uma cama adicional de acompanhante, se o hospital disponibilizar esse serviço.

b) Despesas realizadas em centros de cirurgia ambulatória, desde que o tratamento, cirurgia ou prescrição estiver coberta no âmbito da presente Condição Especial;

c) Honorários médicos relativos a consultas ou tratamentos;

d) Honorários de consultas médicas efetuadas à Pessoa Segura, enquanto estiver internada num hospital;

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

i) Anestesia e respetiva administração sempre que tenha sido realizada por médico anestesiologista;

ii) Exames de patologia clínica, anatomia patológica, imagiologia e electromedicina, bem como tratamentos de radioterapia e quimioterapia, requeridos para o diagnóstico e tratamento de uma doença coberta, sempre que tenham sido prescritos e supervisionados por um médico;

iii) Transfusões de produtos sanguíneos;

iv) Administração de gases medicinais e terapêutica injetável.

f) Despesas com produtos farmacêuticos ou medicamentos usados 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 e pré-aprovada pelo Segurador;

h) Despesa com viagem de ida e volta em linha regular (classe económica) para a Pessoa Segura e um acompanhante;

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 no local do falecimento, bem como as decorrentes do transporte do corpo para o local do funeral em Portugal.**

5. Sem prejuízo das exclusões previstas nas Condições Gerais da Apólice, não fica garantido, ao abrigo da presente Condição Especial, o pagamento de despesas incorridas ou motivadas por qualquer diagnóstico, tratamento, serviço, provisão ou prescrição médica, de qualquer forma relacionadas com, ou resultantes de:

a) **Qualquer doença grave ou outra situação clínica que não prevista no n.º 4 da presente Condição Especial;**

b) **A Seropositividade para - HIV e Síndroma de Imunodeficiência Adquirida (SIDA), qualquer doença que seja secundária ou provocada por estas condições, bem como todas aquelas que sejam consequência do seu tratamento, incluindo o Sarcoma de Kaposi;**

c) **Despesas incorridas por serviços de custódia, cuidados de saúde domiciliários ou serviços proporcionados num centro ou instituição de cuidados continuados, de convalescença, asilo ou lar, 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 aprovados pelo Segurador;**

e) **Qualquer tipo de prótese ou ortótese, mesmo quando o seu uso for considerado necessário durante o tratamento de quimioterapia, com exceção da prótese mamária na sequencia de mastectomia;**

f) **Todo o tipo de produtos farmacêuticos e medicamentos que não tenham sido fornecidos por um farmacêutico licenciado, ou para cuja obtenção não seja requerida receita ou prescrição médica;**

g) **Despesas incorridas com a utilização de medicina alternativa, mesmo quando tenha sido prescrita 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 ou lesão histologicamente descrita como pré-maligna;**

   ii) **tumor em estadio TIS (Cancro in Situ);**

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) Cirurgia intracraniana quando a patologia for consequência de lesão traumática;

l) Cirurgias derivadas de lesões traumáticas ou alterações congénitas das coronárias aórticas;

m) Quaisquer procedimentos cirúrgicos corretivos 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;

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 ato cirúrgico de autotransplante, com exceção de transplante de medula óssea.

o) qualquer despesa incorrida em data anterior à aprovação por parte da seguradora da seleção dos centros de tratamento;

p) qualquer despesa incorrida num hospital não autorizado ou não incluído na seleção de centros de tratamento aprovada pela seguradora;

q) qualquer despesa efetuada diretamente relacionada com o diagnóstico, tratamento, serviço ou prescrição médica de qualquer natureza realizada em território português;

r) qualquer despesa incorrida sem cumprir os procedimentos definidos no número seguinte;

s) qualquer doença ou situação clínica diagnosticada ou cujos primeiros sintomas se manifestem durante os primeiros 180 dias a contar da data de adesão da Pessoa Segura à apólice;

t) qualquer despesa incorrida diretamente relacionada com o diagnostico, tratamento, serviço ou prescrição médica de qualquer natureza no mundo inteiro, quando a Pessoa Segura viver fora de Portugal por mais de 91 dias consecutivos num período de 12 meses;

u) todo o tipo de condição pré-existente ou doença congénita.

6. Caso tenha sido diagnosticada à Pessoa Segura uma Doença Grave, Situação Clínica Garantida ou lhe tenha sido prescrito um procedimento médico, a Pessoa Segura ou qualquer pessoa que aja em seu nome deverá previamente a receber qualquer

tratamento, serviço ou prescrição médica que pretenda reclamar no âmbito desta Condição Especial, observar obrigatoriamente o seguinte procedimento:

i) Notificação do sinistro

A Pessoa Segura, ou qualquer pessoa que aja em seu nome, entra em contacto com a Linha Médis[1] o mais rapidamente possível para notificar o possível sinistro e solicitar o serviço de seleção dos centros internacionais. A Pessoa Segura é informada pelo prestador responsável pelo serviço, sobre os passos necessários para a revisão do caso clínico, o que inclui uma autorização da Pessoa Segura que permite ao prestador a requisição de informação médica e exames de diagnóstico relevantes para a confirmação da doença grave ou situação clínica ao abrigo desta Condição Especial.

ii) Avaliação do sinistro

Finalizado o serviço de seleção dos melhores centros internacionais, é disponibilizado à Pessoa Segura um relatório do especialista sendo confirmado pela Linha Médis[1] que se trata de uma Doença Grave ou Situação Clínica Garantida ao abrigo da presente Condição Especial. Caso assim seja e caso a Pessoa Segura opte por fazer o tratamento fora de Portugal, a Pessoa Segura tem de informar o prestador responsável pelo serviço, desta decisão.

iii) Seleção do Hospital Internacional

O prestador designado pela seguradora encarrega-se de disponibilizar à Pessoa Segura uma lista dos Hospitais recomendados fora de Portugal.

Assim que a Pessoa Segura tenha confirmado por escrito ao prestador designado, o Hospital que selecionou da lista de Hospitais recomendados, o prestador organiza todos os preparativos para a correta admissão da Pessoa Segura no Hospital selecionado permite à Pessoa Segura, o acesso no referido Hospital, ao tratamento, serviços Hospitalares e medicamentos de prescrição no âmbito das garantias e limites desta Condição Especial detalhados na Certificação Médica permite à Pessoa Segura, o acesso no referido Hospital, ao tratamento, serviços Hospitalares e medicamentos de prescrição no âmbito das garantias e limites desta Condição Especial detalhados na Certificação Médica Prévia.

[1] Linha Médis - 218 458 888 - Triagem clínica 24 horas/7dias e assuntos administrativos de 2ª a 6ª feira das 8h00 às 20h00 (Custo de chamada para a rede fixa nacional)

iv) Tratamento e Pagamento

Após validação e confirmação da aceitação do sinistro pelo prestador responsável pela gestão do serviço, tendo a pessoa segura obtido do mesmo a Certificação Médica Prévia, e o referido prestador ter coordenado o tratamento, serviços hospitalares e medicamentos de prescrição no Hospital, confirmado a este prestador e para o qual foi emitida a Certificação Médica Prévia, o Segurador, ao abrigo das garantias desta Condição Especial, assume diretamente, as despesas médicas incorridas pela Pessoa Segura, sujeito às condições, limites e exclusões previstas na presente Condição Especial.

A Pessoa Segura, ou seus familiares ou representantes legais, deverão permitir a visita de médicos do prestador responsável pela gestão do serviço ou do segurador, assim como a realização de toda e qualquer averiguação que seja considerada necessária pelo prestador ou Segurador. Com este propósito, os médicos ficarão desvinculados da obrigação de manter sigilo profissional.

A violação destas obrigações será considerada como uma renúncia expressa do direito às garantias abrangidas por esta Condição Especial.

Nas situações clinicas mais complexas, a avaliar pela seguradora e prestador responsável pela gestão da cobertura, será designado um médico para acompanhar a pessoa segura no tratamento fora do país.

7. A cobertura de Doenças Graves encontra-se sujeita ao Período de Carência referido nas Condições Particulares.

8. As Comparticipações, Reembolsos, Capitais Seguros, Franquias, Copagamentos e Períodos de Carência encontram-se previstos nas Condições Particulares.

CONDIÇÃO ESPECIAL - VACINA CONTRA A GRIPE

1. Nos termos desta Condição Especial, o Segurador, quando contratada a cobertura, garante o financiamento da aquisição da vacina contra a gripe, nos termos e limites fixados nas Condições Particulares, mediante prescrição médica e disponibilidade na Rede de Farmácias.

2. Constitui despesa financiável o montante não comparticipado pelo Serviço Nacional de Saúde, relativamente ao preço de venda ao público da vacina contra a gripe.

3. Não constituem despesas financiáveis as efetuadas com a aquisição de vacinas contra a gripe que não sejam comparticipadas pelo Serviço Nacional de Saúde.

4. As farmácias aderentes estão devidamente identificadas no Guia Médis disponível no site.

5. A presente cobertura não se encontra sujeita a Período de Carência.

6. As Comparticipações, Capitais Seguros, Franquias e Copagamentos encontram-se previstos nas Condições Particulares.

CONDIÇÃO ESPECIAL - SERVIÇO ASSISTÊNCIA VINTAGE

1. Nos termos da presente Condição Especial, quando contratada a cobertura, o Segurador, através dos Serviços de Assistência, garante a cobertura dos serviços referidos no n.º 2 e no n.º 3, dentro dos limites fixados nas Condições Particulares, observando-se as condições e exclusões estabelecidas na Apólice.

2. Desde que a Pessoa Segura se encontre em situação, comprovada por relatório médico, de dependência de terceira pessoa, o Serviço de Assistência garante os seguintes serviços até ao limite do capital:

i) Serviços de Limpeza e Higiene Pessoal

O Serviço de Assistência providencia os necessários serviços de limpeza e higiene pessoal da Pessoa Segura, na sua habitação, suportando os custos até aos limites fixados nas Condições Particulares;

ii) Serviços de Alimentação

O Serviço de Assistência organiza e suporta os respetivos custos com o envio de uma pessoa especializada para providenciar a alimentação, no domicílio da Pessoa Segura até aos limites fixados nas Condições Particulares, sendo que o custo da alimentação ficará a cargo da Pessoa Segura;

iii) Serviços de Fisioterapia

O Serviço de Assistência, providencia sessões de fisioterapia no domicílio da Pessoa Segura, mediante prescrição médica;

O Serviço de Assistência suporta os custos relativos aos honorários de fisioterapia até ao limite fixado nas Condições Particulares, ficando a cargo da Pessoa Segura o custo dos materiais;

iv) Enfermagem ao Domicílio:

No caso de haver uma prescrição médica, o Serviço de Assistência assume a deslocação de um profissional de enfermagem e assegura a realização dos atos de enfermagem prescritos até aos limites fixados nas Condições Particulares.

Estão previstos nesta garantia os seguintes atos de enfermagem:

a. Tratamento de feridas, úlceras de pressão e/ou escaras;

b. Injeções, considerando todas as vias de administração;

c. Algaliações;

d. Entubações naso-gástricas;

e. **Colocação de soro e vigilância;**
f. **Retirar pontos e agrafos;**
g. **Cuidados de higiene e conforto;**
h. **Vacinação;**
i. **Aerossóis;**
j. **Oxigenoterapia;**
k. **Cuidados de enfermagem aos estomas;**

Ficará a cargo da Pessoa Segura o pagamento dos consumíveis utilizados nos atos a prestar.

3. O Serviço de Assistência garante os seguintes serviços até ao limite fixado nas Condições Particulares sem necessidade de relatório médico:

i) **Check-up**

O Serviço de Assistência organizará a pedido da Pessoa Segura um conjunto de exames complementares de diagnóstico abaixo discriminado, acompanhado de uma consulta médica, para avaliação da condição de Saúde. Caso pretenda, o Segurado poderá contactar o Serviço de Assistência para tirar dúvidas ou pedir aconselhamento médico na sequência dos resultados obtidos.

a. **Exame Médico;**
b. **Eletrocardiograma em repouso, 12 derivações, com relatório;**
c. **RX Tórax PA, com relatório;**
d. **Hemograma com plaquetas;**
e. **Glicémia em jejum;**
f. **Ácido Úrico;**
g. **Creatinina;**
h. **Colesterol Total;**
i. **Colesterol HDL;**
j. **Triglicéridos;**
k. **Urina II;**
l. **Pesquisa de sangue oculto nas fezes;**

ii) **Entrega de medicamentos ao Domicílio**

No seguimento de prescrição médica, o Serviço de Assistência organiza o envio de medicamentos ao domicílio da Pessoa Segura até ao limite fixado nas Condições Particulares;

O custo dos medicamentos ficará a cargo da Pessoa Segura;

iii) Recolha de Análises Clínicas no Domicílio

No seguimento de uma prescrição médica, o Serviço de Assistência organizará a deslocação de um técnico para a recolha de análises clínicas no domicílio da Pessoa Segura até ao limite fixado nas Condições Particulares;

O custo das análises ficará sempre a cargo da Pessoa Segura;

iv) Transporte Não Urgente de Doentes

O Serviço de Assistência organizará o transporte da Pessoa Segura em ambulância ou táxi, para deslocações a Unidades de Saúde para a realização de Exames Complementares de Diagnóstico, Consultas, Internamentos e Altas Hospitalares;

Considera-se como uma deslocação a realização do trajeto entre a localização da Pessoa Segura e a unidade de saúde, e respetivo regresso, para efeito de cálculo dos limites desta garantia.

Para solicitação dos serviços, a Pessoa Segura deverá contactar a Linha Médis[1] .

4. Os Serviços de Assistência previstos nesta Condição Especial são exclusivamente prestados por profissionais pertencentes à rede de prestadores convencionados pelos Serviços de Assistência e aplicam-se exclusivamente ao território nacional.

5. As Comparticipações, Capitais Seguros, Copagamentos e Períodos de Carência relativos a cada uma das coberturas referidas nesta Condição Especial encontram-se previstos nas Condições Particulares.

6. Além das exclusões estabelecidas nas Condições Gerais e as referidas especificamente para cada uma das coberturas, ficam igualmente excluídas as seguintes prestações:

a) Que não tenham sido solicitadas ao Segurador ou que não tenham sido efetuadas com o seu acordo prévio, salvo nos casos de força maior ou de impossibilidade material demonstrada;

b) Decorrentes de apostas, da participação em competições desportivas e dos treinos com vista a essas competições;

c) Decorrentes de greves, tumultos e perturbações da ordem pública.

[1] Linha Médis - 218 458 888 - Triagem clínica 24 horas/7dias e assuntos administrativos de 2ª a 6ª feira das 8h00 às 20h00 (Custo de chamada para a rede fixa nacional)

CONDIÇÃO ESPECIAL - ASSISTÊNCIA AO DOMICÍLIO

1. Definições

Serviço de Assistência

Estrutura de atendimento permanente, mediante Protocolo celebrado com o Segurador e o prestador do serviço, substituindo-se a este nas obrigações decorrentes da presente Condição Especial. A identificação e contactos do prestador podem ser consultados em www.medis.pt.

2. Âmbito da Garantia

Pelo presente contrato, o Segurador, através do Serviço de Assistência, garante a cobertura dos riscos referidos no número 3 da presente Condição Especial, dentro dos limites consignados nas Condições Particulares, observando-se os preceitos e exclusões que nesses números e nas Condições Gerais se estabelecem.

3. Garantias Principais

1. Enfermagem ao Domicílio

Mediante a existência de prescrição médica o Serviço de Assistência assumirá a deslocação de um profissional de enfermagem para a realização dos atos de enfermagem descriminados.

Estão previstos nesta garantia os seguintes atos de enfermagem:

- **Tratamento de feridas, úlceras de pressão e/ou escaras;**
- **Injeções;**
- **Algaliações;**
- **Entubações naso-gástricas;**
- **Colocação de soro e vigilância;**
- **Retirar pontos e agrafos;**
- **Cuidados de higiene e conforto;**
- **Ensino pré e pós parto; cuidados ao recém-nascido;**
- **Vacinação;**
- **Aerossóis;**
- **Oxigenoterapia;**
- **Cuidados de enfermagem às: colostomias, ileostomias, traqueostomias e urostomias.**

Por cada pedido de deslocação efetuado, ficará a cargo da Pessoa Seguras o valor dos consumíveis utilizados nos atos a prestar, nos termos e limites nas Condições Particulares.

2. Transporte da Pessoa Segura aos Serviços Médicos

O Serviço de Assistência organizará o transporte da Pessoa Segura em ambulância ou táxi, para deslocações a Unidades de Saúde, a fim de realizar Exames Complementares de Diagnóstico, Consultas, Internamentos e Altas Hospitalares.

3. Entrega de Medicamentos ao Domicílio

Na sequência de prescrição médica e mediante solicitação da Pessoa Segura o Serviço de Assistência disponibilizará no seu domicilio os medicamentos indispensáveis, no período compreendido entre as 24h00 e as 09h00 nos dias úteis e 24/24 horas nos fins-de-semana e feriados, ficando a cargo da Pessoa Segura, o custo dos medicamentos e do transporte utilizado.

Os termos e limites desta garantia encontram-se descritos nos Condições Particulares.

4. Âmbito Territorial

As Garantias previstas na presente Condição Especial são válidas em Portugal Continental e Regiões Autónomas.

CONDIÇÃO ESPECIAL DE ASSISTÊNCIA PARA EXPATRIADOS

1. Definições

Âmbito das Garantias

As Garantias da presente Condição Especial são válidas para os Expatriados em todo o mundo, exceto território nacional, e apenas em casos de urgência médica, comprovada clinicamente, ou acidente.

Serviço de Assistência

Estrutura de atendimento permanente, mediante Protocolo celebrado com o Segurador e o prestador do serviço, substituindo-se a este nas obrigações decorrentes da presente Condição Especial. A identificação e contactos do prestador podem ser consultados em www.medis.pt.

Urgência

Doença aguda (incluindo sequelas de acidente) ou agudização de doença crónica coberta pelas condições particulares, que motive:

a) internamento hospitalar imediato após observação médica (internamento não eletivo);

b) realização imediata de procedimento terapêutico em Serviço de Urgência hospitalar (excluindo episódios com apenas avaliação médica e eventual prescrição para o exterior).

Expatriado

Todo e qualquer colaborador do Tomador do Seguro com residência fiscal em território nacional e respetivo Agregado Familiar, desde que ao abrigo da apólice, que se ausente do país única e exclusivamente ao serviço da empresa, de forma contínua ou intervalada.

2. Garantia de Assistência às Pessoas

1. Repatriamento ou transporte sanitário de feridos ou doentes e vigilância médica

Se a Pessoa Segura sofrer lesões corporais por acidente ou adoecer, sempre e quando a situação clínica o justifique, o Segurador, através do seu Serviço de Assistência, até ao limite estipulado nas Condições Particulares, encarregar-se-á:

a) Da organização e do custo do transporte em ambulância até à clínica ou hospital mais próximo;

b) Da vigilância por parte da sua equipa médica do Serviço de Assistência, em colaboração com o médico assistente da Pessoa Segura ferida ou doente, para determinação das medidas convenientes ao melhor tratamento a seguir e do meio mais apropriado para a sua eventual transferência para outro Centro Hospitalar mais adequado ou até ao país de origem;

c) Do custo desta transferência pelo meio de transporte mais adequado, sempre e quando não puder ser utilizado o meio de transporte e a data de regresso inicialmente previstos;

Os meios de transporte a utilizar serão decididos pela equipa médica do Segurador e assegurados através do Serviço de Assistência;

d) Sempre que não forem aceites as indicações dadas pela equipa médica do Segurador, através do Serviço de Assistência, as garantias previstas deixam de ser válidas.

2. Transporte ou repatriamento após morte da Pessoa Segura

Em caso de morte da Pessoa Segura, o Segurador, através do Serviço de Assistência, suportará as despesas com todas as formalidades legais a cumprir no local da morte, bem como as relativas ao seu transporte ou repatriamento até ao local do enterro em Portugal, até aos limites previstos nas Condições Particulares.

No caso da Pessoa Segura falecer durante o período de internamento Hospitalar, e desde que acionada a garantia prevista no nº 6, o Segurador, através do Serviço de Assistência, suporta igualmente as despesas de regresso do familiar ou da pessoa que tiver sido designada, até ao seu domicílio em Portugal.

3. Transmissão de mensagens urgentes

Na sequência de sinistro coberto pela presente apólice, o Segurador encarregar-se-á de transmitir as mensagens urgentes que lhes sejam entregues pelo Segurado, através do Serviço de Assistência.

4. Despesas Médicas, Cirúrgicas, Farmacêuticas e de Hospitalização no Estrangeiro

Se em situações de urgência médica, resultante de acidente ou doença, a Pessoa Segura necessitar de assistência médica, cirúrgica, farmacêutica ou hospitalar, o Segurador através do Serviço de Assistência, e após aplicadas as condições referidas nas Condições Particulares, suportará, até ao limite estipulado, ou reembolsará mediante acordo prévio e justificativos:

a) As despesas e honorários médicos e cirúrgicos;

b) As despesas de farmácia, relativas a medicamentos prescritos por médico;

c) As despesas de hospitalização.

Uma eventual intervenção cirúrgica apenas será da responsabilidade do Segurador através do Serviço de Assistência, se a mesma revestir caráter de urgência e for inadiável, não podendo aguardar pelo regresso da Pessoa Segura a Portugal.

5. Acompanhamento da Pessoa Segura Hospitalizada

Se se verificarem internamentos da Pessoa Segura e o seu estado não aconselhar o repatriamento ou regresso imediato, o Segurador, através do Serviço de Assistência, suportará as despesas de estadia em hotel, a um familiar ou pessoa por ela designada, para ficar junto da Pessoa Segura, até aos limites previstos nas Condições Particulares.

6. Transporte de Ida e Volta para um Familiar e Respetiva Estadia

Se o internamento da Pessoa Segura ultrapassar 5 dias e se não for possível acionar a garantia prevista no nº 1, o Segurador, através do Serviço de Assistência, suportará as despesas a realizar por um familiar, com a passagem de ida e volta de comboio em 1ª classe ou de avião em classe turística, com partida de Portugal, para ficar junto da Pessoa Segura, responsabilizando-se ainda pelas despesas de estadia, até aos limites previstos nas Condições Particulares.

7. Prolongamento de Estadia em Hotel

Se em situações de urgência médica, resultante de acidente ou doença, o estado da Pessoa Segura não justificar internamento ou transporte sanitário, e se o seu regresso não se puder realizar na data inicialmente prevista, o Segurador através do Serviço de Assistência suportará, se a elas houver lugar, as despesas com a estadia em hotel, realizadas por si e pelo acompanhante, até aos limites previstos nas Condições Particulares.

8. Bilhete de viagem para regresso antecipado da Pessoa Segura em caso de morte de um familiar

Se, durante o período de expatriamento, falecer em Portugal o cônjuge ou equiparado, ascendentes ou descendentes até ao 2º grau, adotados, irmãos, sogros ou cunhados da Pessoa Segura, e no caso de o meio utilizado para a sua viagem ou bilhete adquirido não lhe permitir a antecipação do regresso, o Segurador, através do Serviço de Assistência, suportará as despesas com a passagem de comboio em 1ª classe ou de avião em classe turística, desde o local da estadia até ao seu domicílio ou até ao local da inumação em Portugal.

Esta garantia funciona ainda no caso do cônjuge da Pessoa Segura ou equiparado, ascendente ou descendente até ao 2º grau, ser vítima de acidente ou doença imprevisível em Portugal cuja gravidade, a confirmar pela equipa médica do Serviço de Assistência depois de contacto com o médico assistente, exija a sua presença urgente e imperiosa.

9. Localização e Envio Urgente de Medicamentos para o Estrangeiro

O Segurador, através do Serviço de Assistência, suportará as despesas com o envio para o local no estrangeiro onde a Pessoa Segura se encontre, dos medicamentos indispensáveis de uso habitual da mesma, desde que não existam no país visitado ou que aí não tenham sucedâneos.

10. EXCLUSÕES

1. Exclusões de caráter geral

Ficam excluídas deste serviço as prestações que não tenham sido solicitadas ao Segurador através do Serviço de Assistência, bem como as despesas que não tenham sido efetuadas com o seu acordo, salvo nos casos de força maior ou de impossibilidade material demonstrada.

2. Exclusões de Garantias relativas às Pessoas Seguras no âmbito da cobertura de Assistência a Expatriados:

2.1. Ficam sempre excluídas do âmbito da cobertura de Assistência a Expatriados:

a) As exclusões referidas das Condições Gerais do Seguro de Saúde, bem como as exclusões particulares relativas à Pessoa Segura;

b) Despesas com próteses, óculos e lentes de contacto, bem como, despesas de odontologia;

c) Partos e complicações devidas ao estado de gravidez;

d) Acidentes resultantes da utilização pela Pessoa Segura de aeronaves ou embarcações não pertencentes a linhas ou carreiras comerciais;

e) Despesas de reabilitação e fisioterapia efetuadas sem o acordo da equipa médica do Segurador, através do Serviço de Assistência;

f) Doenças decorrentes da ausência de realização, por parte da Pessoa Segura, da profilaxia adequada às doenças existentes no país de destino (vacinação recomendada; medicação; entre outros).

CONDIÇÃO ESPECIAL DE ONCOLOGIA EM NAVARRA

1. Para efeitos da presente Condição Especial, consideram-se as seguintes definições:

Âmbito Territorial: Cobertura exclusiva na Clínica Universitária de Navarra, Espanha.

Internamento cirúrgico: Internamento derivado de uma cirurgia.

Internamento médico: Internamento que não implique uma intervenção cirúrgica, decorrente, ou não, de um internamento cirúrgico.

2. Nos termos desta Condição Especial, quando contratada a cobertura, de acordo com os limites fixados nas Condições Particulares, o Segurador obriga-se a garantir as despesas incorridas pela Pessoa Segura com diagnóstico e tratamento de doenças oncológicas, no âmbito territorial considerado e tendo já decorrido o Período de Carência referido no número 5.

3. Relativamente às situações clínicas abrangidas por esta Condição Especial, o Segurador garante o pagamento das despesas abaixo referidas, de acordo com os limites fixados nas Condições Particulares:

a. **Internamente cirúrgico;**
b. **Internamento médico;**
c. **Ambulatório - ambiente hospitalar;**
d. **Consultas de confirmação para tratamento médico e cirúrgico, assim como para os tratamentos cobertos no hospital de dia;**
e. **Exames e análises pré-operatórios, uma vez estabelecida a indicação cirúrgica;**
f. **A primeira reavaliação ambulatória pós-cirúrgica;**
g. **Estadiamento oncológico, uma vez terminado cada ciclo de quimioterapia ou radioterapia;**
h. **Estadia durante os tratamentos de quimioterapia e radioterapia ambulatória para o doente e um acompanhante, em regime de alojamento e pequeno-almoço;**
i. **Despesas e organização das deslocações de ida e volta de avião em classe turística para o doente;**
j. **Próteses cirúrgicas.**

4. Sem prejuízo das exclusões previstas nas Condições Gerais da Apólice, não fica garantido, ao abrigo da presente Condição Especial, o pagamento de despesas incorridas ou resultantes de:

a. Qualquer assistência que não se realize na Clinica Universitária de Navarra;

b. Doenças, patologias ou lesões já existentes à data de início da cobertura, conhecidas pela Pessoa Segura ou que já apresentem algum tipo de sintoma;

c. Medicamentos de qualquer classe e produtos de parafarmácia que, mesmo sendo fornecidos pela Clinica Universitária de Navarra, sejam administrados fora do regime de Hospitalização ou de Hospital de Dia;

d. A cirurgia robótica;

e. A deslocação do acompanhante.

5. A cobertura de Oncologia em Navarra encontra-se sujeita a um Período de Carência de 90 dias.

6. As Comparticipações, Reembolsos, Capitais Seguros, Copagamentos encontram-se previstas nas Condições Particulares.

CONDIÇÃO ESPECIAL - 2ª 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, ao serviço de 2ª opinião médica prestado por entidade especializada contratada pela Médis, mediante solicitação prévia através da Linha Médis[1] .

2. As prestações convencionadas previstas nesta Condição Especial são válidas quando realizadas pela entidade especializada contratada pela Médis.

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 referidas no ponto 3.2, o acesso ao serviço de 2ª opinião médica, o que se consubstancia na análise não presencial da situação clínica, no respetivo diagnóstico e indicação dos cuidados médicos mais adequados.

3.2. Para efeitos desta Condição Especial, consideram-se como doenças ou situações clínicas aquelas que tenham sido diagnosticadas por um médico, mas não abrangendo os diagnósticos efetuados por especialistas em Medicina Geral e Familiar ou Pediatria.

[1] Linha Médis - 218 458 888 - Triagem clínica 24 horas/7dias e assuntos administrativos de 2ª a 6ª feira das 8h00 às 20h00 (Custo de chamada para a rede fixa nacional)

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

5. Ficam excluídas desta cobertura: surtos agudos de doenças de curta duração, doenças psiquiátricas, odontologia, segundas opiniões sobre doentes hospitalizados e sobre admissões hospitalares.

6. Fica garantido um único serviço para a mesma patologia, podendo no entanto estar coberta uma nova consulta pela mesma doença caso exista um novo diagnóstico que implique agravamento significativo da mesma ou modificação substancial do tratamento, devidamente suportado por relatório médico.

7. A cobertura de 2ª opinião médica, encontra-se sujeita a Período de Carência de 60 dias.

8. As Comparticipações, Reembolsos, Capitais Seguros, Franquias e Copagamentos encontram-se previstos nas Condições Particulares.

CONDIÇÃO ESPECIAL - CLÁUSULA DE COSSEGURO

1. Fica estabelecido que este contrato vigora em regime de cosseguro, entendendo-se como tal a assunção conjunta do risco pelos Seguradores Médis - Companhia Portuguesa de Seguros de Saúde, SA e Ageas Portugal - Companhia de Seguros, S.A., denominados Cosseguradores, de entre as quais a Médis é o Cossegurador «leader», sem que haja solidariedade entre eles, através de um contrato de seguro único com as mesmas garantias e período de duração e com um Prémio global.

2. O presente contrato é titulado por uma Apólice única, emitida pela «leader» e assinada por todos os Cosseguradores, na qual figurará a quota-parte ou percentagem do capital assumido por cada um.

3. O «leader» fará a gestão do contrato, em seu nome e no de todos os Cosseguradores, competindo-lhe, nomeadamente:

a) receber por parte do Tomador de seguro, a declaração do risco a segurar, bem como as declarações posteriores de agravamento ou de diminuição desse mesmo risco;

b) fazer a análise de risco e estabelecer as condições de seguro e respetiva tarifação;

c) emitir a Apólice, sem prejuízo de esta dever ser assinada por todos os Cosseguradores;

d) proceder à cobrança dos Prémios, emitindo os respetivos recibos;

e) desenvolver, se for caso disso, as ações previstas na lei em caso de falta de pagamento de um Prémio ou fração de Prémios;

f) receber as participações de sinistro e proceder à sua regularização;

g) aceitar e propor a resolução do contrato.

4. Os sinistros decorrentes deste contrato podem ser liquidados através de qualquer uma das modalidades, a constar expressamente nas Condições particulares da Apólice:

a) o «leader» procede, em seu próprio nome e em nome e por conta dos restantes Cosseguradores à liquidação global do sinistro;

b) cada um dos Cosseguradores procede à liquidação da parte do sinistro proporcional à quota-parte do risco que garantiu ou à parte percentual do capital assumido.

5. O «leader» é civilmente responsável perante os restantes Cosseguradores pelas perdas e danos decorrentes do não cumprimento das funções que lhe são cometidas, não podendo deste facto resultar prejuízo para o Segurado.