

**I – INFORMAÇÕES PRÉ-CONTRATUAIS SOBRE AS CONDIÇÕES DO CONTRATO DE SEGURO
(artigos 18.º e 78.º, n.º 1 e 5, do Regime Jurídico do Contrato de Seguro, constante do anexo ao Decreto-lei n.º 72/2008, de 16 de abril)**

A presente informação não substitui a leitura das Condições Gerais, Especiais e Particulares aplicáveis ao contrato de seguro de saúde (Seguro de Grupo), nem do Certificado Individual de Seguro (a entregar ao Titular do Certificado), constituindo apenas um resumo das mesmas.

A – SEGURADOR/PRODUTOR DO SEGURO

PLANICARE-COMPANHIA DE SEGUROS, S.A.

Entidade legalmente autorizada pela Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões a exercer a atividade seguradora, no âmbito do ramo “doença”, sob o código 1206.

Sede: Rua Fernão de Magalhães, n.º 2, fração C, 4400-629 Vila Nova de Gaia;

NIPC: 515 580 996; Capital social: € 2.500.000;

Serviço de apoio ao cliente T. 222 469 000; Email: apoiocliente@planicare.pt; www.planicare.pt

Atendimento telefónico: dias úteis, das 9h às 19h.

B – PRODUTO

Seguro de saúde de grupo PME “Easy +”.

C – COBERTURAS E CAPITAL SEGURO

COBERTURA	CAPITAL SEGURO
	EASY + PME
	100 € ⁽¹⁾
INTERNAMENTO HOSPITALAR	✓
AMBULATÓRIO (CONSULTAS EXAMES TRATAMENTOS) ⁽²⁾	✓
MEDICINA DENTÁRIA E ESTOMATOLOGIA	✓
SAÚDE COMPLEMENTAR E BEM-ESTAR ⁽³⁾	✓
SUBSÍDIO DIÁRIO DE HOSPITALIZAÇÃO ⁽⁴⁾	50 €

✓ Cobertura incluída

1. Capital Seguro por pessoa segura e anuidade.
2. Limite de 6 consultas de psiquiatria por anuidade.
3. Apenas cobre consultas, nomeadamente Psicologia, Acupuntura, Osteopatia, Podologia e Nutrição
4. Máximo de 30 dias por ano, com uma franquia de 5 dias por sinistro.

D – FRANQUIAS E COPAGAMENTOS

COBERTURAS	COPAGAMENTOS	REDE
INTERNAMENTO HOSPITALAR Despesas Hospitalares Honorários Médicos	0%	Exclusivo de Rede de Prestadores Planicare Unidades Trofa Saúde (TS)
AMBULATÓRIO Consultório Urgências EXAMES AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO (EAD'S) Análises Clínicas Anatomia Patológica Raio X Ecografia TAC Ressonância Magnética Análise Covid (PCR) Outros EAD's OUTROS TRATAMENTOS	15,00 € 40,00 € 10 % (mín. 1,50 €) 7,50 € 7,50 € 12,50 € 27,50 € 65,00 € 35,00€ 10 % 10%	Exclusivo de Rede de Prestadores Planicare Unidades Trofa Saúde (TS)
MEDICINA DENTÁRIA E ESTOMATOLOGIA	30%	Exclusivo de Rede de Prestadores Planicare Unidades Trofa Saúde (TS)
SAÚDE COMPLEMENTAR E BEM-ESTAR	15,00 €	Exclusivo de Rede de Prestadores Planicare Unidades Trofa Saúde (TS)

E – PERÍODOS DE CARÊNCIA

O período de carência, em todas as coberturas do contrato, é de 120 dias.

F – EXCLUSÕES GERAIS

- Ficam sempre excluídas da cobertura do risco do contrato quaisquer prestações resultantes de:
 - Doenças ou Lesões Preexistentes à data da celebração do contrato, no caso da cobertura de Subsídio Diário de Hospitalização;
 - Acidentes de viação, Acidentes de trabalho ou Doenças profissionais, bem como outros Acidentes, Doenças ou eventos cobertos por outros seguros obrigatórios;
 - Doenças infetocontagiosas, quando em situação de epidemia declarada pelas autoridades de saúde;
 - Quaisquer patologias resultantes, direta ou indiretamente, do Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH);
 - Perturbações do foro da saúde mental, consequentes ou não de outra Doença que careça de internamento, sessões de psicologia, psicanálise, psicoterapia, hipnose e terapia do sono, no caso da cobertura de Subsídio Diário de Hospitalização;
 - Tratamentos relacionados com problemas do desenvolvimento físico, cognitivo ou da linguagem, bem como de aprendizagem ou comportamentais, designadamente dislexia, défice de atenção ou hiperatividade, no caso da cobertura de Subsídio Diário de Hospitalização;
 - Perturbações resultantes de intoxicação alcoólica, uso de estupefacientes ou narcóticos não prescritos por médico ou da utilização abusiva de medicamentos;
 - Doenças ou ferimentos em consequência da prática de quaisquer atos dolosos ou gravemente culposos da Pessoa Segura, autoinfligidos, como tentativa de suicídio, ou resultantes de atos ilícitos praticados pela Pessoa Segura;
 - Métodos anticoncepcionais e/ou planeamento familiar e interrupção voluntária da gravidez, assim como todos os atos médicos com ela relacionados;
 - Disfunções sexuais, exceto em consequência de Doença coberta pelo contrato;
 - Consultas, testes e tratamentos de infertilidade, bem como os métodos de inseminação artificial e suas consequências;
 - 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 e coberto pelo contrato;
 - iv. De correção da obesidade (incluindo mórbida), tratamento de emagrecimento e afins e suas consequências;
 - m) Tratamentos ou cirurgias, destinados à correção de Doenças congénitas, exceto quando digam respeito a crianças nascidas durante a vigência do Contrato, no caso da cobertura de Subsídio Diário de Hospitalização;
 - n) Tratamentos de hemodiálise;
 - o) Transplante de órgãos e suas implicações, incluindo a medula, tanto para o dador como para o recetor;
 - 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 pública competente;
 - r) Acidentes ocorridos e Doenças contraídas em virtude de:
 - i. Prática profissional de desportos e participação, como amador, em provas desportivas integradas em 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, paraquedismo, tauromaquia, barrage/saltos em equitação, espeleologia, canoing, 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 resultantes de serviços prestados por 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 e/ou tratamentos de carácter experimental, assim como todos os procedimentos diagnósticos e terapêuticos cuja segurança e eficácia clínica não estejam 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 cuidados de saúde que não sejam Serviços Clinicamente Necessários, assim como assistência e tratamento hospitalar por razões de carácter social;
 - x) Despesas de transporte da Pessoa Segura 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 ou de pessoas portadoras de deficiência congénita ou adquirida.
2. No âmbito da cobertura de “Internamento hospitalar”, ficam sempre excluídas do contrato:
- a) Todas as técnicas cirúrgicas destinadas a corrigir erros de refração da visão, nomeadamente:
 - i. Queratotomia radial;
 - ii. Queratotomia fotorefrativa (queratotomia com laser excimer/lasix);
 - iii. Queratomieleusis por laser in situ;
 - iv. Inserção de lentes fáquicas intraoculares;
 - b) Intervenções cirúrgicas para correção da roncopatia, exceto em caso de apneia;
 - 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 em caso 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 de Seguro ou ao abrigo de Condição Especial, estão igualmente excluídas as prestações decorrentes de:
- a) Medicamentos;
 - b) Próteses e ortóteses não cirúrgicas;
 - c) Parto normal, cesariana e interrupção involuntária da gravidez;
 - d) Exames gerais de saúde (check-up).

G – ÂMBITO DAS COBERTURAS, TIPOS DE PRESTAÇÕES E EXCLUSÕES ESPECÍFICAS

1. Para os efeitos das presentes Informações Pré-Contratuais, os termos abaixo indicados terão o seguinte significado:
 - a) Acidente: Acontecimento fortuito, súbito e anormal, devido a causa exterior e alheia à vontade da Pessoa Segura, e que nesta origem lesões corporais, clínica e objetivamente constatadas, suscetíveis de desencadear o acionamento da cobertura do risco prevista no contrato;
 - b) Agregado Familiar: Conjunto das pessoas identificadas nas Condições Particulares ou no Certificado Individual de Seguro que vivam em economia comum com a Pessoa Segura, e que integra, além do Titular do Certificado, o seu cônjuge ou pessoa que com ele viva em união de facto e os filhos, enteados e adotados do casal ou de qualquer deles, desde que economicamente dependentes (ainda que apenas de um dos membros do casal) até ao limite de idade de 24 anos, desde que sejam estudantes;
 - c) Ambiente Hospitalar: Conjunto de meios humanos, técnicos e logísticos diferenciados que caracterizam uma Unidade de Saúde e permitem a execução de cada Ato Médico com qualidade e segurança, incluindo a capacidade de resposta eficaz para eventos súbitos que ponham em risco a vida da Pessoa Segura;
 - d) Ato Médico: Ato, tratamento ou procedimento realizado por médico ou, após prescrição e/ou sob supervisão de médico, por outro profissional de saúde, com o objetivo de Prestação de Cuidados de Saúde a Pessoa Segura;
 - e) Certificado Individual de Seguro: Documento emitido pelo segurador para cada uma das Pessoas Seguras, comprovativo da sua inclusão no contrato;
 - f) Condições Especiais: Cláusulas que complementam ou especificam as Condições Gerais do contrato, prevalecendo sobre estas em caso de divergência;
 - g) Condições Gerais: Cláusulas que definem disposições gerais do contrato, tendo em conta o ramo de seguro em causa, e que serão complementadas ou especificadas nas Condições Especiais e Particulares do contrato;
 - h) Condições Particulares: Cláusulas que complementam as Condições Gerais e Especiais do contrato e expressam os respetivos elementos específicos, identificando, entre outros, o seu início e duração, os períodos de carência, os riscos cobertos, os capitais seguros, as franquias, os copagamentos, o prémio, o Tomador do Seguro e as Pessoas Seguras;
 - i) Despesas de Saúde Elegíveis: Despesas diretamente relacionadas com a realização de um Ato Médico, com caráter de diagnóstico ou terapêutico, em consequência de diagnóstico clínico e sempre sob supervisão de um médico, que determina o âmbito de atuação dos intervenientes;**
 - j) Doença: Toda a alteração involuntária do estado de saúde da Pessoa Segura, diagnosticada por um médico e não causada por Acidente;
 - k) Doença ou Lesão Preexistente: Considera-se preexistente ao contrato, e 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 adesão ao contrato, 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 adesão, para a qual já tivesse sido estabelecido um diagnóstico, ainda que não definitivo;
 - l) Pessoa Segura/Segurado: Pessoa singular identificada nas Condições Particulares e/ou no Certificado Individual de Seguro, que é titular do interesse seguro e dos direitos emergentes do contrato;
 - m) Pré-Autorização: Documento emitido pelo segurador, no qual assume a obrigação de pagamento, total ou parcial, de Despesas de Saúde Elegíveis, nos termos e limites das coberturas aplicáveis, até ao máximo do capital seguro e disponível em cada período de vigência do contrato;
 - n) Prestação de Cuidados de Saúde: Atividade de promoção da saúde da Pessoa Segura e de prevenção ou tratamento de Doença, de Acidente ou de evento especificamente abrangido na cobertura do contrato, e que integra apenas Serviços Clinicamente Necessários;
 - o) Prestações Convencionadas: Prestações de valor predeterminado, correspondentes ao valor das Despesas de Saúde Elegíveis resultantes da realização de Atos Médicos por prestadores da Rede de Prestadores Planicare, e após aplicação das previsões contratuais que condicionem o valor da prestação a realizar pelo segurador (tais como franquias e copagamentos). Em caso de realização de Atos Médicos por entidades que integrem a Rede de Prestadores Planicare, as Despesas de Saúde Elegíveis são pagas diretamente pelo segurador ao prestador de cuidados de saúde e a Pessoa Segura suporta o pagamento das franquias e/ou copagamentos, desde que sejam observados os procedimentos definidos pelo segurador, incluindo a Pré-Autorização, nos termos previstos no Contrato;
 - p) Rede de Prestadores Planicare: Conjunto de entidades (pessoas singulares ou coletivas) titulares de Unidades de Saúde que prestam serviços convencionados, aos quais as Pessoas Seguras podem aceder, nos termos e limites convencionados. A lista de entidades que integram a Rede de Prestadores Planicare encontra-se definida no Ponto D e é permanentemente atualizada no sítio do segurador na Internet;
 - q) Seguro de Grupo: Seguro que cobre riscos de um conjunto de pessoas ligadas entre si e ao Tomador do Seguro por um vínculo que não seja o de segurar;
 - r) Seguro de Grupo Contributivo: Seguro de Grupo em que as Pessoas Seguras/Titulares do Certificado suportam, no todo ou em parte, o pagamento do montante correspondente ao prémio devido pelo Tomador do Seguro;
 - s) Seguro de Grupo Não Contributivo: Seguro de Grupo em que o Tomador do Seguro suporta a totalidade do prémio;
 - t) Serviços Clinicamente Necessários: Cuidados de saúde que sejam consistentes com o quadro clínico da Pessoa Segura, de acordo com os protocolos e os padrões reconhecidos pela comunidade médica;
 - u) Titular do Certificado: Entidade que subscreve a adesão ao contrato;
 - v) Tomador do Seguro: Entidade que celebra o contrato com o segurador e que é responsável pelo pagamento do prémio (porém, no caso de celebração de Seguro de Grupo Contributivo, o prémio é parcial ou integralmente suportado pelas Pessoas Seguras/Titulares do Certificado);
 - w) Unidade de Saúde: Estabelecimento prestador de cuidados de saúde, detido por pessoa singular ou coletiva, que se encontre registado na Entidade Reguladora da Saúde e licenciado nos termos legais aplicáveis, abrangendo entidades com internamento ou sala de recobro, entidades generalizadas para serviços de hospitalização e ambulatório e entidades especializadas para serviços de ambulatório e meios complementares de diagnóstico e terapêutica, independentemente da sua natureza jurídica, incluindo hospitais, clínicas, consultórios e centros de meios complementares de diagnóstico e terapêutica.
2. **O contrato cobre apenas o pagamento de Despesas de Saúde Elegíveis mediante a realização de Prestações Convencionadas, conforme previsto nos Pontos C e D.**
3. **O contrato engloba as coberturas do risco que, de entre as coberturas especificadas abaixo, se encontrem especificamente indicadas nas Condições Particulares e/ou no Certificado Individual de Seguro. O contrato**

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

COBERTURAS

01 INTERNAMENTO HOSPITALAR

1. Esta Condição Especial cobre o pagamento das Despesas de Saúde Elegíveis cuja realização requeira os meios e serviços específicos de Ambiente Hospitalar, nos termos e com os limites fixados nos Pontos C e D.
2. Por via desta cobertura, o segurador garante Prestações Convencionadas, sempre mediante pedido de Pré-Autorização.
3. O âmbito desta cobertura abrange a realização de Atos Médicos em hospital, incluindo a assistência hospitalar em regime externo, desde que a necessidade de Ambiente Hospitalar para a realização dos mesmos seja clinicamente comprovada.
4. Constituem Despesas de Saúde Elegíveis as efetuadas com pagamentos de Atos Médicos que requeiram meios e serviços específicos imprescindíveis em Ambiente Hospitalar para a sua realização, nomeadamente:
 - a) Honorários relacionados com os Atos Médicos realizados em Ambiente Hospitalar, tais como honorários de médico, cirurgião, anestesista, ajudante e instrumentista, ainda que realizados em regime de admissão e alta no mesmo dia (cirurgia em Ambiente Hospitalar sem internamento);
 - b) Meios complementares de diagnóstico e terapêutica associados aos Atos Médicos realizados em Ambiente Hospitalar;
 - c) Medicamentos, quando administrados durante o período de hospitalização e associados aos Atos Médicos realizados;
 - d) Materiais, equipamentos e produtos, quando associados aos Atos Médicos realizados em Ambiente Hospitalar;
 - e) Instalações necessárias à realização dos Atos Médicos em Ambiente Hospitalar, tais como bloco operatório, sala de recobro e quarto;
 - f) Próteses implantadas cirurgicamente;
 - g) Cirurgias de estomatologia, medicina dentária e cirurgia maxilofacial que resultem de Acidente e/ou Doença cobertos pelo contrato;
 - h) Tratamentos de quimioterapia citostática e radioterapia, ainda que realizadas em ambulatório.
5. Para além das exclusões previstas no Ponto F, a presente Condição Especial não cobre despesas:
 - a) Efetuadas por acompanhantes da Pessoa Segura, exceto em caso de internamento hospitalar de menores até aos 14 anos de idade ou de pessoas portadoras de deficiência congénita ou adquirida;
 - b) De natureza particular ou que não tenham natureza clínica.

04 ASSISTÊNCIA AMBULATÓRIA (CONSULTAS, EXAMES E TRATAMENTOS)

1. Esta Condição Especial cobre, nos termos e com os limites fixados nos Pontos C e D, o pagamento das Despesas de Saúde Elegíveis decorrentes da realização de Atos Médicos que não requeiram meios e serviços específicos em Ambiente Hospitalar para a sua realização, mesmo que neste ocorram.
2. Por via desta cobertura, o segurador garante Prestações Convencionadas, sendo que o acesso aos seguintes serviços carece de Pré-Autorização:
 - a) Consultas: genética e consultas domiciliárias;
 - b) Exames auxiliares de diagnóstico: exames de genética, serviços especiais de neurofisiologia (eletroencefalografia, potenciais evocados) e meios invasivos de diagnóstico e/ou terapêutica;
 - c) Tratamentos: Medicina Física e de Reabilitação e terapia da fala;
 - d) Quaisquer outras consultas e meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica que o segurador defina, em qualquer momento, no seu sítio da Internet, como carecendo de Pré-Autorização.
3. Constituem Despesas de Saúde Elegíveis as efetuadas em pagamento de:
 - a) Honorários de consultas médicas;
 - b) Honorários médicos e de enfermagem relacionados com os Atos Médicos realizados em meio que não constitua Ambiente Hospitalar;
 - c) Exames auxiliares de diagnóstico realizados em meio que não constitua Ambiente Hospitalar;
 - d) Materiais e produtos associados aos Atos Médicos realizados em meio que não constitua Ambiente Hospitalar;
 - e) Tratamentos do foro da Medicina Física e de Reabilitação, incluindo terapia da fala, desde que prescritos por médico.
4. Para além das exclusões previstas no Ponto F, a presente Condição Especial não cobre:
 - a) Despesas decorrentes de cirurgia realizada em Ambiente Hospitalar, conforme definido na Condição Especial "Internamento hospitalar";
 - b) Consultas, tratamentos, cirurgia e próteses e ortóteses do foro estomatológico;

- c) Exercícios de ortóptica, exceto se forem prescritos por médico da especialidade;
- d) Próteses e ortóteses;
- e) Medicamentos.

07 MEDICINA DENTÁRIA E ESTOMATOLOGIA

1. Esta Condição Especial cobre, nos termos e com os limites fixados nos Pontos C e D, o pagamento de Despesas de Saúde Elegíveis resultantes da realização de Atos Médicos do foro estomatológico e de Medicina Dentária.
2. Por via desta cobertura, o segurador garante Prestações Convencionadas.
3. Constituem Despesas de Saúde Elegíveis as efetuadas com pagamentos de:
 - a) Honorários médicos;
 - b) Tratamentos e outros Atos Médicos;
 - c) Exames auxiliares de diagnóstico e terapêutica;
 - d) Próteses estomatológicas;
 - e) Aparelhos de ortodontia e respetivos moldes e estudos (incluindo imagiologia específica) e consultas de controlo;
 - f) Ortóteses estomatológicas.
4. Para efeitos do número anterior, considera-se:
 - a) Próteses: instrumento clinicamente concebido ou recomendado que tem por finalidade a substituição total ou parcial de um membro ou órgão humano;
 - b) Ortótese: instrumento clinicamente concebido ou recomendado que tem por finalidade ajudar o membro ou órgão humano a cumprir, no todo ou em parte, a sua função.
5. Para além das exclusões previstas no Ponto F, esta Condição Especial não cobre a realização de tratamentos com utilização de metais preciosos.
6. Carece de Pré-Autorização a realização de Atos Médicos do foro estomatológico e de Medicina Dentária que o Segurador defina, em cada momento, no seu sítio da Internet.

02 SUBSÍDIO DIÁRIO DE HOSPITALIZAÇÃO

1. Esta Condição Especial cobre, nos termos e com os limites fixados nos Pontos C e D, o pagamento à Pessoa Segura de um subsídio diário, em consequência de internamento em unidade hospitalar localizada em Portugal, resultante de Doença ou Acidente que ocorram durante a vigência do contrato.
2. O reembolso das Despesas de Saúde Elegíveis fica dependente do envio ao segurador, nos 30 dias imediatamente a seguir à data de início da hospitalização, da seguinte documentação:
 - a) Declaração da alta de internamento, que identifique as datas de início e termo da hospitalização da Pessoa Segura na unidade hospitalar;
 - b) Atestado subscrito pelo médico responsável pela hospitalização, especificando a causa e a natureza da Doença ou do Acidente e, no primeiro caso, contendo o seguinte detalhe:
 - i. Doença que causou a hospitalização;
 - ii. Data em que se manifestaram os respetivos sintomas;
 - iii. Data do diagnóstico;
 - iv. Data em que foi recomendada a hospitalização e respetiva duração; e
 - v. Outros elementos de interesse para a apreciação do sinistro;
 - c) Participação do sinistro, descrevendo as circunstâncias em que a Pessoa Segura sofreu o sinistro, bem como a justificação das Despesas de Saúde Elegíveis realizadas, com descrição e/ou indicação pormenorizada dos cuidados de saúde prestados, nomeadamente quanto ao número de dias de internamento, descrição da intervenção cirúrgica realizada e outras análogas.
3. Em caso de não cumprimento do prazo estabelecido no número anterior, será considerada como data do início da hospitalização a data de receção dos referidos documentos.
4. O segurador não procederá ao reembolso das Despesas de Saúde Elegíveis relativamente às quais não possua os necessários elementos de prova.
5. Para efeitos desta Condição Especial, para além das exclusões previstas no Ponto F, não estão contempladas as hospitalizações em consequência de tratamentos não reconhecidos oficialmente pela medicina convencional.

15 SAÚDE COMPLEMENTAR E BEM-ESTAR

1. Esta Condição Especial cobre, nos termos e com os limites fixados nos Pontos C e D, o pagamento de Despesas de Saúde Elegíveis resultantes da realização de consultas abaixo enunciadas:
 - a) Psicologia;
 - b) Podologia;
 - c) Acupuntura;
 - d) Osteopatia.
 - e) Nutrição.
2. Para além das exclusões previstas no Ponto F, esta Condição Especial não cobre o pagamento ou o reembolso do custo de tratamentos, medicamentos ou quaisquer produtos com fins terapêuticos.
3. Os cuidados de saúde abrangidos por esta Condição Especial são prestados exclusivamente por prestadores que integrem a Rede de Prestadores Planicare. Por via desta cobertura, o Segurador garante exclusivamente Prestações Convencionadas.

H – DEVER DE DECLARAÇÃO INICIAL DO RISCO

1. O Tomador do Seguro ou a Pessoa Segura está obrigado, antes da celebração ou da adesão ao 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.
3. O segurador que tenha aceite o contrato, salvo havendo dolo do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura com o propósito de obter uma vantagem, não pode prevalecer-se de:
 - a) Omissão de resposta a pergunta do questionário;
 - b) Resposta imprecisa a questão formulada em termos demasiado genéricos;
 - c) Incoerência ou contradição evidente nas respostas ao questionário;
 - d) Facto que o seu representante, aquando da celebração do contrato, saiba ser inexato ou, tendo sido omitido, conheça;
 - e) Circunstâncias conhecidas do segurador, em especial quando são públicas e notórias.

I – PRÉMIO, MODALIDADES DE PAGAMENTO E PAGAMENTO POR TERCEIRO

1. O prémio a pagar será calculado por aplicação das taxas de tarifa ou de referência do segurador, tendo em consideração a avaliação do risco efetuada pelo segurador.
2. O prémio pode ser pago por débito em conta ou multibanco ou em numerário.
3. O pagamento por débito em conta fica subordinado à condição da não anulação posterior do débito por retratação do autor do pagamento no quadro de legislação especial que a permita.
4. A anulação do débito equivale à falta de pagamento do prémio.
5. O prémio pode ser pago, nos termos previstos na lei, por terceiro, interessado ou não no cumprimento da obrigação.

J – PAGAMENTO DO PRÉMIO

1. A cobertura dos riscos depende do prévio pagamento do prémio.
2. O prémio corresponde ao período de duração do contrato e é devido por inteiro, sem prejuízo de o seu pagamento poder ser fracionado, por acordo entre o segurador e o Tomador do Seguro e/ou, em caso de Seguro de Grupo Contributivo, as Pessoas Seguras/Titulares do Certificado.
3. O prémio inicial, ou a primeira fração deste, é devido na data da celebração ou da adesão ao contrato.
4. As frações seguintes do prémio inicial, o prémio de anuidades subsequentes e as sucessivas frações deste são devidos nas datas estabelecidas no contrato.
5. 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.
6. Em caso de cessação antecipada do contrato, o segurador procederá ao estorno do prémio pago relativamente ao período não decorrido, exceto quando tenha havido pagamento da prestação decorrente de sinistro ou quando o Tomador do Seguro ou a Pessoa Segura tenha incumprido dolosamente o dever previsto no número 1 do Ponto H, com o propósito de obter uma vantagem.
7. O Tomador do Seguro ou a Pessoa Segura, quando seja o caso, indica na proposta de seguro, no boletim de adesão ou em documento autónomo o número da sua conta bancária (*IBAN - International bank account number*) que pretenda seja debitada pelo valor do prémio e creditada pelo valor das prestações do segurador.

8. No Seguro de Grupo Contributivo, as Pessoas Seguras/Titulares do Certificado suportarão parte ou a totalidade do pagamento do prémio consoante o que se encontrar previsto nas Condições Particulares e nos Certificados Individuais de Seguro.
9. O montante do prémio que cabe ao Tomador do Seguro e às Pessoas Seguras/Titulares do Certificado poderá ser modificado, com efeitos no período de renovação subsequente do contrato, mediante acordo entre o segurador e o Tomador do Seguro. Caso a Pessoa Segura/Titular do Certificado não aceite as alterações, o vínculo resultante da adesão extingue-se na data da respetiva renovação, mediante envio de declaração de denúncia.
10. No Seguro de Grupo Contributivo, as Pessoas Seguras/Titulares do Certificado pagarão diretamente ao segurador a respetiva parte do prémio.

L – FALTA DE PAGAMENTO DO PRÉMIO

1. A falta de pagamento do prémio ou de uma sua fração na data do vencimento constitui o Tomador do Seguro em mora.
2. A falta de pagamento do prémio inicial, ou da primeira fração deste, na data do vencimento, por parte do Tomador do Seguro, determina a resolução automática do contrato a partir da data da sua celebração.
3. A falta de pagamento do prémio de anuidades subsequentes, ou da primeira fração deste, na data do vencimento, por parte do Tomador do Seguro, impede a prorrogação do contrato.
4. A falta de pagamento por parte do Tomador do Seguro determina a resolução automática do contrato na data do vencimento de:
 - a) Uma fração do prémio no decurso de uma anuidade;
 - b) Um prémio de acerto ou parte de um prémio de montante variável;
 - c) Um prémio adicional resultante de uma modificação do contrato fundada num agravamento superveniente do risco.
5. O não pagamento por parte do Tomador do Seguro, até à data do vencimento, de um prémio adicional resultante de uma modificação contratual determina a ineficácia da alteração, subsistindo o contrato com o âmbito e nas condições que vigoravam antes da pretendida modificação, a menos que a subsistência do contrato se revele impossível, caso em que se considera resolvido na data do vencimento do prémio não pago.
6. No Seguro de Grupo Contributivo, quando a Pessoa Segura/Titular do Certificado não pague ao segurador a respetiva parte do prémio, extinguir-se-á o vínculo resultante da sua adesão ao contrato. A extinção produzirá efeitos na data de vencimento da obrigação de pagamento da parte do prémio ou da fração desta. É correspondentemente aplicável o disposto nos números anteriores.
7. A cessação do contrato ou do vínculo resultante da adesão da Pessoa Segura/Titular do Certificado por efeito do não pagamento do prémio, ou de parte ou fração deste, não exonera o Tomador do Seguro ou a Pessoa Segura/Titular do Certificado da obrigação de pagamento do prémio, ou da parte deste, correspondente ao período em que o contrato ou o vínculo tenha vigorado, acrescido dos juros de mora devidos.

M – ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA DO RISCO

1. Salvo convenção em contrário, expressa nas Condições Especiais ou Particulares ou no Certificado Individual de Seguro, o contrato apenas cobre riscos situados em território Português.
2. Apenas são abrangidas as Despesas de Saúde Elegíveis realizadas ou a realizar no estrangeiro nos casos de Acidente ou Doença súbita, devidamente justificados por relatório médico, e que ocorram durante uma permanência ocasional no estrangeiro não superior a 45 dias.
3. As coberturas do contrato são suspensas pelo período em que se verifique, relativamente a alguma Pessoa Segura, ausência no estrangeiro por período superior a 45 dias. Esta suspensão produzirá efeitos a partir da data do início da ausência, mesmo que esta apenas posteriormente seja conhecida pelo segurador.

N – INÍCIO E DURAÇÃO DO CONTRATO

1. Desde que o prémio ou fração inicial seja total ou parcialmente pago pelo Tomador do Seguro, quando aplicável, o contrato produz efeitos a partir das zero horas do dia da aceitação da proposta de seguro pelo segurador, sem prejuízo do disposto no número seguinte. Em relação a cada Pessoa Segura, o vínculo resultante da adesão ao contrato produz efeitos às zero horas do dia indicado no respetivo Certificado Individual de Seguro, desde que aquela pague a sua parte do prémio ou da fração inicial desta, quando aplicável, e sem prejuízo do disposto no número seguinte. Por acordo das partes, pode ser estabelecida outra data para a produção de efeitos do contrato ou da adesão, a qual terá que ser igual ou posterior à data da receção da proposta de seguro e/ou do boletim de adesão pelo segurador.
2. O contrato apenas iniciará a sua vigência às zero horas do dia em que o grupo incluía três Pessoas Seguras/Titulares do Certificado.

3. A adesão a um Seguro de Grupo Contributivo em que a Pessoa Segura seja pessoa singular considera-se efetuada nos termos propostos se, decorridos 30 dias após a receção do boletim de adesão pelo Tomador do Seguro que seja simultaneamente mediador de seguros com poderes de representação, o segurador não tiver notificado o proponente da recusa ou da necessidade de recolher informações essenciais à avaliação do risco.
4. O disposto no número anterior é igualmente aplicável no caso em que, tendo sido solicitadas informações essenciais à avaliação do risco, o segurador não notifique o proponente da recusa no prazo de 30 dias após a prestação dessas informações, independentemente de estas lhe serem prestadas diretamente ou através do Tomador do Seguro que seja simultaneamente mediador de seguros com poderes de representação.
5. Para efeitos do disposto nos números 3 e 4, o segurador fornecerá ao proponente cópia do respetivo boletim de adesão ou dos documentos em que sejam prestadas informações essenciais à avaliação do risco, nos quais esteja averbada indicação da data em que foram recebidos.
6. As coberturas contratadas, os respetivos períodos de carência, franquias, copagamentos e os valores máximos indemnizáveis, de acordo com o previsto nos Pontos C a E, estão identificados nas Condições Particulares ou no Certificado Individual de Seguro. As previsões contratuais que condicionem o valor da prestação em caso de sinistro aplicam-se independentemente do capital seguro ou dos limites disponíveis em cada período de vigência do contrato.
7. O contrato pode ser celebrado por um ano a continuar pelos seguintes ou por um período certo e determinado, estando a sua duração definida nas Condições Particulares ou no Certificado Individual de Seguro.
8. Quando o contrato for celebrado por prazo certo, os seus efeitos cessam às 24 horas do último dia do referido período.
9. Quando o contrato for celebrado por um ano a continuar pelos seguintes, considera-se sucessivamente renovado, salvo se qualquer das partes o denunciar mediante declaração escrita enviada com a antecedência mínima de 30 dias em relação à data da prorrogação do contrato, ou se não for pago o prémio da anuidade seguinte ou da primeira fração deste. Nos Seguros de Grupo Contributivos, esta disposição é correspondentemente aplicável à renovação ou denúncia do vínculo resultante da adesão da Pessoa Segura/Titular do Certificado.
10. As prestações do segurador respeitam exclusivamente a cada período de vigência do contrato, não havendo lugar a qualquer prorrogação da vigência de coberturas ou à realização de quaisquer prestações após a data da cessação do contrato ou da adesão, salvo o disposto no número seguinte.
11. Em caso de não renovação do contrato, da cobertura ou da adesão da Pessoa Segura/Titular do Certificado, e não estando o risco coberto por um contrato de seguro posterior, o segurador permanece obrigado, nos dois anos subsequentes e até que se mostre esgotado o capital seguro no último período de vigência do contrato ou da adesão, à realização das prestações resultantes de Doença manifestada ou de Acidente ou outro evento ocorrido na vigência do contrato, desde que cobertos pelo contrato ou pelo vínculo resultante da adesão da Pessoa Segura/Titular do Certificado. Para efeitos do disposto neste número, o segurador deverá ser informado da Doença, do Acidente ou do evento nos 30 dias imediatos ao termo do contrato ou da adesão, salvo justo impedimento.
12. Em caso de cessação do contrato ou da adesão, independentemente do motivo que lhe tenha dado causa, o Tomador do Seguro ou a Pessoa Segura/Titular do Certificado não terá direito a quaisquer outras prestações ou quantias para além das indicadas no número anterior.

O – DEVER DE INFORMAR

1. Cabe ao segurador prestar todos os esclarecimentos exigíveis e informar as Pessoas Seguras/Titulares do Certificado de todos os elementos necessários à efetiva compreensão do contrato. Em particular, o segurador deverá informar acerca das condições do contrato, das obrigações e direitos em caso de sinistro e das alterações ao contrato, sem prejuízo do disposto no número 4 do Ponto P. Para o efeito, o segurador comunicará diretamente com as Pessoas Seguras/Titulares do Certificado e entregar-lhes-á a documentação relevante.
2. Na vigência de um Seguro de Grupo Contributivo, o Tomador do Seguro deve fornecer às Pessoas Seguras/Titulares do Certificado todas as informações a que um tomador de um seguro individual teria direito em circunstâncias análogas.
3. O incumprimento do dever previsto no número anterior determina a obrigação de o Tomador do Seguro suportar a parte do prémio correspondente à Pessoa Segura/Titular do Certificado, sem perda das respetivas coberturas, até à data de renovação do Seguro de Grupo Contributivo.
4. **O Tomador do Seguro deverá comunicar ao segurador, no prazo de dez dias, a ocorrência dos factos previstos nas alíneas c) e d) do número 1 do Ponto P.**

P – TERMO DO CONTRATO OU DA ADESÃO

1. As coberturas dos riscos deixam de produzir os seus efeitos em relação a cada Pessoa Segura, salvo convenção expressa em contrário, nos seguintes casos:
 - a) Termo da anuidade em que a Pessoa Segura atinja a idade limite prevista nas Condições Gerais ou Particulares ou no Certificado Individual de Seguro;
 - b) No caso de membro do Agregado Familiar, termo da anuidade em que deixe de integrar o Agregado Familiar do Titular do Certificado que se encontre vinculado ao Tomador do Seguro, nos termos da definição constante da alínea b) do número 1 do Ponto G;
 - c) Termo da anuidade em que a Pessoa Segura perca a qualidade de Titular do Certificado ou de membro do grupo pelo qual aderiu ao contrato;
 - d) Prática pela Pessoa Segura/Titular do Certificado de atos fraudulentos em prejuízo do segurador ou do Tomador do Seguro;
 - e) Cessação do contrato nos termos gerais, nomeadamente por (i) falta de pagamento do prémio pelo Tomador do Seguro, nos termos dos números 1 a 5 do Ponto L, quando aplicável; (ii) resolu o; (iii) não renova o (denúncia); (iv) caducidade; ou (v) revoga o (acordo entre o segurador e o Tomador do Seguro);
 - f) Cessa o do vínculo resultante da adesão da Pessoa Segura/Titular do Certificado a Seguro de Grupo Contributivo, nos termos gerais, nomeadamente por (i) falta de pagamento da parte do prémio que deva suportar, nos termos do número 6 do Ponto L; (ii) resolu o; (iii) não renova o da adesão (denúncia); (iv) caducidade; ou (v) revoga o (acordo entre o segurador e a Pessoa Segura/Titular do Certificado).
2. O contrato cessará ainda quando, por força da sucessiva extin o dos vínculos resultantes das adesões de Pessoas Seguras/Titulares de Certificados, o grupo se cingir a três Pessoas Seguras/Titulares do Certificado. A cessa o produzirá efeitos no termo da anuidade em curso.
3. Nas hipóteses previstas nas alíneas c) e d) do número 1, a exclusão das Pessoas Seguras/Titulares de Certificados ser-lhes-  comunicada pelo segurador com a antecedência mínima de 30 dias.
4. O Segurador comunicará ainda   Pessoa Segura/Titular do Certificado a cessa o do contrato, nos termos da alínea e) do número 1 e do número 2. Esta comunica o será efetuada com a antecedência de 30 dias em caso de revoga o ou denúncia do contrato.
5. No caso previsto na alínea f) do número 1, a cessa o respeita ao vínculo da Pessoa Segura, não afetando a eficácia do Seguro de Grupo Contributivo nem a cobertura das restantes Pessoas Seguras.

Q – COMUNICA ES E NOTIFICA ES

1. As comunica es ou notifica es do segurador consideram-se válidas e eficazes caso revistam a forma escrita e sejam prestadas por meio de que fique registo duradouro (nomeadamente através da área reservada de cliente no sítio do segurador na *Internet* ou do envio de mensagem de correio eletr nico). Em caso de indica o expressa do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura, as comunica es ou notifica es poderão ser enviadas para o endereço postal indicado na proposta de seguro e no boletim de adesão.
2. **Em caso de altera o do endereço eletr nico ou postal, o Tomador do Seguro ou a Pessoa Segura devem comunicar imediatamente ao segurador a altera o, sob pena de as comunica es ou notifica es que o segurador venha a efetuar para o endereço conhecido se terem por válidas e eficazes.**
3. O segurador s  está obrigado a enviar as comunica es previstas no contrato se o destinatário das mesmas estiver devidamente identificado no contrato, considerando-se, em todo o caso, validamente efetuadas se remetidas para o respetivo endereço constante da apólice.
4. As comunica es ou notifica es ao segurador consideram-se válidas e eficazes caso revistam a forma escrita e sejam prestadas por meio de que fique registo duradouro (nomeadamente através da área reservada de cliente no sítio do segurador na *Internet* ou do envio de mensagem de correio eletr nico para o endereço indicado no sítio do segurador na *Internet*). O Tomador do Seguro ou a Pessoa Segura poderão, ainda, remeter comunica es ou notifica es, por via postal, para a sede do segurador.

R – DADOS PESSOAIS

1. Os tratamentos de dados pessoais realizados pelo segurador enquadram-se no âmbito da execu o do contrato e são necessários para o cumprimento de obriga es do segurador em matéria de prote o social e para a gestão de serviços de saúde ou de a o social, em cumprimento do disposto nos artigos 6. , n.  1, alínea b), e 9. , n.  2, alíneas b) e h), do Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016 (Regulamento Geral sobre a Prote o de Dados ou “**RGPD**”), na Lei n.  58/2019, de 8 de agosto, e na demais legisla o relevante em vigor.
2. Neste sentido, o segurador, na qualidade de responsável pelo tratamento, realizar  opera es de tratamento de dados pessoais, incluindo, e mediante consentimento, dados relativos   saúde, do Tomador do Seguro e/ou da Pessoa Segura (os titulares dos dados). O Tomador do Seguro e a Pessoa Segura reconhecem que a obten o desses dados pessoais por parte do segurador constitui um requisito necessário para a celebra o e execu o do contrato e dos serviços associados. No contexto da rela o com entidades prestadoras de cuidados de saúde, o segurador disponibilizará a estas entidades um conjunto mínimo de dados pessoais do titular que o identifiquem como cliente do segurador, para efeitos de gestão da rela o contratual e de fatura o.
3. O Tomador do Seguro garante   seguradora que obteve antecipadamente os consentimentos por parte das Pessoas Seguras para a comunica o dos dados necessários   celebra o do contrato e que assegurou perante estas o cumprimento dos necessários deveres de informa o, em obediência ao disposto nos artigos 13.  e 14.  do RGPD.

- Os dados relativos à saúde tratados pelo segurador serão de acesso reservado a profissionais de saúde ou a outras pessoas sujeitas a sigilo profissional.
- Os dados pessoais do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura objeto de tratamento pelo segurador serão obtidos através do contrato, de documentos que venham a ser solicitados ao Tomador do Seguro ou à Pessoa Segura e dos mecanismos legalmente previstos, durante a execução do contrato. Estes dados serão conservados apenas durante o período em que o contrato se mantenha em vigor. Ressalva-se o caso de litígio judicial, em que os dados serão conservados até seis meses após o trânsito em julgado da decisão judicial, e os casos em que o segurador se encontre adstrito a obrigações legais de manutenção dos dados pessoais por um período mais extenso (por exemplo, os dados necessários para efeitos de faturação devem ser conservados pelo prazo de 10 anos, para o cumprimento de obrigações do domínio comercial e fiscal).
- As restantes informações sobre o tratamento dos dados pessoais do Tomador do Seguro (caso seja uma pessoa singular) ou da Pessoa Segura (quando o Tomador do Seguro não seja uma pessoa singular), para efeitos dos artigos 13.º e 14.º do RGPD, constam da “Informação relativa aos Tratamentos de Dados Pessoais” e da “Política de Privacidade” do segurador.
- Conforme descrito na “Informação relativa aos Tratamentos de Dados Pessoais” e na “Política de Privacidade” do segurador, o Tomador do Seguro ou a Pessoa Segura poderá exercer os seus direitos (acesso, retificação, limitação, oposição, apagamento e portabilidade) através de solicitação por escrito para o endereço do encarregado de proteção de dados do segurador (indicado no sítio do segurador na Internet) e em conformidade com as disposições legais. O Tomador do Seguro e a Pessoa Segura reconhecem que estes direitos poderão ser limitados com base na legislação em vigor e para cumprimento das obrigações legais a que o segurador se encontre sujeito.

S – CESSÃO DA POSIÇÃO CONTRATUAL

- O Tomador do Seguro poderá transmitir a sua posição no contrato, sem necessidade de consentimento da Pessoa Segura, desde que o segurador consinta na transmissão.
- Transmitindo-se a posição do Tomador do Seguro, o contrato permanece inalterado, sem prejuízo do eventual aumento do prémio decorrente de agravamento do risco.

T – RECLAMAÇÕES E AUTORIDADE DE SUPERVISÃO

- Quaisquer reclamações relacionadas com a negociação, celebração e vigência do contrato poderão ser apresentadas por escrito ao segurador, através do seu serviço responsável pela gestão de reclamações (reclamacoes@planicare.pt) ou à Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões (ASF). A ASF (www.asf.com.pt) é a entidade pública que tem por atribuição a supervisão e regulação da atividade seguradora, resseguradora, de distribuição de seguros e de fundos de pensões, bem como as atividades conexas ou complementares daquelas.
- As reclamações poderão ser apresentadas junto da ASF através de email, carta ou formulário disponível no Portal do Consumidor, em www.asf.com.pt, no livro de reclamações físico disponível nos estabelecimentos do segurador ou no livro de reclamações eletrónico.
- Por opção expressa de Tomador do Seguro ou de Pessoa Segura que seja qualificada como consumidor nos termos da lei, os conflitos emergentes do contrato cujo valor não exceda a alçada dos Tribunais de 1.ª instância podem ser sujeitos a arbitragem necessária ou mediação, através da sua submissão a tribunal arbitral adstrito aos centros de arbitragem de conflitos de consumo legalmente autorizados.
- O segurador disponibiliza no seu sítio na *Internet* a lista de entidades de resolução alternativa de litígios a que se encontra vinculado, com indicação do respetivo sítio na *Internet*.

U – LEI APLICÁVEL E FORO COMPETENTE

- Quando as partes não tenham escolhido outra lei que lhe seja aplicável, o contrato é regido pela Lei Portuguesa.
- Os litígios emergentes da negociação, celebração e vigência do contrato serão dirimidos pelo Tribunal competente segundo a lei processual civil ou, nos casos de arbitragem necessária, por tribunal arbitral.

II – INFORMAÇÕES PRÉ-CONTRATUAIS SOBRE A DISTRIBUIÇÃO DO SEGURO (artigos 31.º e 37.º, n.os 2 e 3, do Regime Jurídico da Distribuição de Seguros e de Resseguros, constante do anexo à Lei n.º 7/2019, de 16 de janeiro)

V – DISTRIBUIDOR DO SEGURO

PLANICARE-COMPANHIA DE SEGUROS, S.A.

Entidade legalmente autorizada pela Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões (www.asf.com.pt) a exercer a atividade seguradora, no âmbito do ramo “doença” (desde 8 de outubro de 2019), sob o código 1206.

Sede: Rua Fernão de Magalhães, n.º 2, fração C, 4400-629 Vila Nova de Gaia;

NIPC: 515 580 996; Capital social: € 2.500.000;

Serviço de apoio ao cliente T. 222 469 000; Email: apoiocliente@planicare.pt; www.planicare.pt

Atendimento telefónico: dias úteis, das 9h às 19h.

X – ACONSELHAMENTO

O segurador não presta aconselhamento.

Z – POLÍTICA DE TRATAMENTO DOS TOMADORES DE SEGUROS, SEGURADOS E PESSOAS SEGURAS

A política do segurador relativa ao tratamento dos Tomadores de Seguros, Segurados e Pessoas Seguras (a “Política”) encontra-se disponível no respetivo sítio na Internet, em www.planicare.pt/politica-de-tratamento.

A Política visa assegurar a salvaguarda dos melhores interesses dos Tomadores de Seguros, Segurados e Pessoas Seguras em todos os momentos de relacionamento com o segurador (nomeadamente conceção dos produtos de seguro, distribuição dos seguros, gestão de sinistros, gestão de reclamações, apoio ao cliente e publicidade da atividade do segurador), através de um tratamento honesto, correto e leal. Para alcançar este objetivo, o segurador implementou medidas para assegurar, nomeadamente, a prevenção e o tratamento de conflitos de interesses; o respeito pelas necessidades, características e objetivos do mercado-alvo aquando da conceção dos produtos de seguro; o respeito pelas necessidades e exigências do cliente aquando da distribuição dos seguros; a tramitação célere, eficiente, objetiva e justa dos processos de gestão de sinistros e das reclamações; a proteção dos dados dos tomadores de seguros, segurados e pessoas seguras e da confidencialidade de toda a informação recebida e expedida; a idoneidade e a adequação da qualificação profissional de todas as pessoas que se relacionem com o cliente, nomeadamente das “pessoas diretamente envolvidas na atividade de distribuição de seguros” e das pessoas que possam tomar decisões sobre pretensões do cliente.

O Tomador do Seguro e as Pessoas Seguras poderão apresentar as suas reclamações através dos meios indicados no Ponto T.

AA – REMUNERAÇÃO RECEBIDA PELOS TRABALHADORES DO SEGUADOR

Os colaboradores do segurador que distribuem o presente seguro e se encontram em interlocução direta com clientes ou prestam esclarecimentos ou informações sobre produtos de seguro fazem-no na qualidade de “pessoas diretamente envolvidas na atividade de distribuição de seguros” (“PDEADS”), em representação e sob responsabilidade exclusiva do segurador, estando habilitados a apresentar, propor, celebrar ou apoiar a gestão e execução dos contratos de seguro.

No que respeita à celebração do contrato de seguro, não será auferida especificamente qualquer remuneração pelos colaboradores (PDEADS) do segurador.