



APÓLICE

CONDIÇÕES GERAIS E ESPECIAIS

(REF. 01/2021)

ÍNDICE

CONDIÇÕES GERAIS

Cláusula 1ª - Definições	pág. 3
Cláusula 2ª - Objeto do contrato	pág. 6
Cláusula 3ª - Âmbito das coberturas	pág. 6
Cláusula 4ª - Âmbito territorial	pág. 6
Cláusula 5ª - Exclusões	pág. 6
Cláusula 6ª - Dever de declaração inicial do risco	pág. 8
Cláusula 7ª - Incumprimento doloso do dever de declaração inicial do risco	pág. 8
Cláusula 8ª - Incumprimento negligente do dever de declaração inicial do risco	pág. 8
Cláusula 9ª - Coberturas e tipos de prestações	pág. 9
Cláusula 10ª - Prestações convencionadas	pág. 9
Cláusula 11ª - Prestações indemnizatórias	pág. 9
Cláusula 12ª - Períodos de carência	pág. 10
Cláusula 13ª - Procedimentos e regularização de sinistros	pág. 10
Cláusula 14ª - Início e duração do contrato	pág. 11
Cláusula 15ª - Livre resolução do contrato	pág. 11
Cláusula 16ª - Alteração ao contrato	pág. 12
Cláusula 17ª - Termo do contrato	pág. 13
Cláusula 18ª - Prémio, modalidades de pagamento e pagamento por terceiro	pág. 13
Cláusula 19ª - Pagamento do prémio	pág. 13
Cláusula 20ª - Aviso de pagamento do prémio	pág. 13
Cláusula 21ª - Falta de pagamento do prémio	pág. 14
Cláusula 22ª - Coexistência de contratos	pág. 14
Cláusula 23ª - Sub-rogação	pág. 14
Cláusula 24ª - Comunicações e notificações	pág. 14
Cláusula 25ª - Dados pessoais	pág. 15
Cláusula 26ª - Cessão da posição contratual	pág. 15
Cláusula 27ª - Reclamações	pág. 15
Cláusula 28ª - Lei aplicável e foro competente	pág. 16

CONDIÇÕES ESPECIAIS

01 - Internamento hospitalar	pág. 17
02 - Subsídio diário de hospitalização	pág. 17
03 - Parto normal, cesariana e interrupção involuntária da gravidez	pág. 18
04 - Assistência ambulatória (consultas, exames e tratamentos)	pág. 18
05 - Consultas	pág. 19
06 - Acesso à rede de ambulatório (consultas, exames e tratamentos)	pág. 19
07 - Medicina dentária e estomatologia	pág. 20
08 - Acesso à rede de medicina dentária e estomatologia	pág. 20
09 - Próteses e ortóteses	pág. 21
10 - Medicamentos	pág. 21
11 - Extensão de coberturas ao estrangeiro	pág. 22
12 - Medicina preventiva (check up)	pág. 22
13 - Assistência médica domiciliária	pág. 22
14 - Acesso à rede saúde complementar e bem-estar	pág. 22
15 - Saúde complementar e bem-estar	pág. 23

CONDIÇÕES GERAIS

Entre a Planicare - Companhia de Seguros S.A., adiante designada por “Segurador”, e o tomador do seguro identificado nas Condições Particulares (o “Tomador do Seguro”), é celebrado o presente contrato de seguro de saúde, que se rege pelas Condições Gerais, pelas Condições Especiais e pelas Condições Particulares constantes da Apólice. O contrato de seguro é também composto pelas declarações constantes da Proposta de Seguro ou Boletins de Adesão, que lhe serviu de base, bem como pela documentação de caráter clínico necessária à aceitação dos riscos pelo Segurador.

CLÁUSULA 1ª - DEFINIÇÕES

Para os efeitos do presente Contrato, os termos abaixo indicados terão o seguinte significado:

1. ENTIDADES ENVOLVIDAS NO CONTRATO

- **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.
- **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.
- **SEGURADOR:** Planicare - Companhia de Seguros, S.A., entidade legalmente autorizada (pela Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões) a exercer a atividade seguradora em Portugal, no âmbito do ramo “doença”.
- **TITULAR DO CERTIFICADO:** Entidade que subscreve a adesão a um Seguro Individual ou de Grupo.
- **TOMADOR DO SEGURO:** Entidade que celebra o Contrato com o Segurador e que é responsável pelo pagamento do Prémio.

2. DOCUMENTOS QUE TITULAM O CONTRATO

- **APÓLICE:** Documento que titula o Contrato, constituído pelas respetivas Condições Gerais, Especiais e Particulares ou Certificado Individual de Seguro, a Proposta de Seguro ou Boletim de Adesão, no caso de Seguro de Grupo, o Questionário Individual de Saúde e a documentação de caráter clínico necessária à aceitação dos riscos pelo Segurador, bem como as Atas Adicionais e demais elementos que, nos termos legais, integrem a Apólice.
- **ATA ADICIONAL:** Documento escrito que formaliza uma alteração ao Contrato.
- **CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO:** Documento emitido pelo Segurador para cada uma das Pessoas Seguras, comprovativo da sua inclusão no Contrato.
- **CONDIÇÕES ESPECIAIS:** Cláusulas que complementam ou especificam as Condições Gerais, prevalecendo sobre estas em caso de divergência.
- **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.
- **CONDIÇÕES PARTICULARES:** Cláusulas que complementam as Condições Gerais e Especiais 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.

3. SUBSCRIÇÃO DO CONTRATO

- **BOLETIM DE ADESÃO:** Ver “PROPOSTA DE SEGURO”.
- **CONTRATO:** Contrato de seguro de saúde celebrado entre o Segurador e o Tomador do Seguro, titulado pela Apólice.
- **CONTRATO À DISTÂNCIA:** Contrato cuja formação e conclusão sejam efetuadas exclusivamente através de meio de comunicação à distância (meio de comunicação que possa ser utilizado sem a presença física e simultânea do Segurador e do Tomador do Seguro), que se integre num sistema de venda ou prestação de serviços organizados, com esse objetivo, pelo Segurador. As disposições deste Contrato que atribuem determinados efeitos jurídicos à celebração de Contrato à Distância apenas relevam quando o Tomador do Seguro possa ser qualificado como consumidor, nos termos da lei.
- **PROPOSTA DE SEGURO:** Documento fornecido pelo Segurador, a ser preenchido e assinado pelo Tomador do Seguro ou por cada Titular do Certificado (neste caso, “Boletim de Adesão”), do qual constam os elementos de informação essenciais para a aceitação do Contrato 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 Titular do Certificado e o Segurador.
- **QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL DE SAÚDE:** Formulário contendo um conjunto de informações relativos ao estado de saúde de cada proponente, de modo a permitir a correta avaliação do risco a assumir pelo Segurador, cujo preenchimento e assinatura pelo Titular do Certificado equivale a declaração pessoal exata relativa aos seus dados de saúde.

4. VALORES REFERIDOS NO CONTRATO

- **CAPITAL SEGURO:** Montante máximo de participação no pagamento de Despesas de Saúde Elegíveis, definido, por Pessoa Segura ou Agregado Familiar, para cada uma das coberturas definidas no Contrato e por cada Sinistro ou período de vigência do Contrato.
- **COPAGAMENTO:** Valor que fica a cargo da Pessoa Segura por cada Ato ou conjunto de Atos Médicos, independentemente da expressão do Ato ou do conjunto de Atos Médicos, nos termos estipulados nas Condições Particulares ou no Certificado Individual de Seguro.
- **FRANQUIA:** Importância que, em caso de Sinistro, fica a cargo da Pessoa Segura ou do Agregado Familiar, em função da cobertura e do Capital Seguro, e cujo montante é estipulado nas Condições Particulares ou no Certificado Individual de Seguro. Ficam sempre a cargo da Pessoa Segura ou do Agregado Familiar as Despesas de Saúde Elegíveis que tenham expressão inferior ao da Franquia acordada, respondendo o Segurador apenas em excesso desta.
- **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.
- **PRÉMIO:** Preço pago pelo Tomador do Seguro ao Segurador pela cobertura do risco. Em Seguros de Grupo Contributivos, o Prémio pode ser suportado, no todo ou em parte, pelas Pessoas Seguras.

5. COBERTURAS DO CONTRATO

- **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.
- **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.
- **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.
- **CONDIÇÕES DE ADESÃO:** As estabelecidas nas Condições Particulares ou no Certificado Individual de Seguro relativamente a cada Pessoa Segura, Agregado Familiar ou grupo seguro.
- **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.
- **DESPESAS DE SAÚDE NÃO ELEGÍVEIS:** Despesas que não constituam Despesas de Saúde Elegíveis, tais como despesas com serviços clínicos sem prescrição de um Médico; despesas para aquisição de bens, ainda que sob prescrição de um Médico, cuja utilidade não se esgote na finalidade terapêutica (por exemplo, cosméticos, colchões, cadeiras, almofadas, desumidificadores, aspiradores, aparelhos de ar condicionado, bicicletas, aparelhos de musculação, banheiras de hidromassagem ou óculos de sol); e despesas para aquisição de consumíveis, enquanto bens cuja utilidade se esgote no próprio uso, mas que não tenham finalidade terapêutica ou não sejam objetivamente justificáveis mediante prescrição médica.
- **DOENÇA:** Toda a alteração involuntária do estado de saúde da Pessoa Segura, diagnosticada por um Médico e não causada por Acidente.
- **DOENÇA CONGÉNITA:** Doença, malformação ou deficiência presente à nascença, em resultado de fatores hereditários ou de condições verificadas durante a gravidez e até ao momento do nascimento. A Doença Congénita pode ser evidente ou reconhecida logo após o nascimento.
- **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 celebração ou 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 celebração ou adesão, para a qual já tivesse sido estabelecido um diagnóstico, ainda que não definitivo.
- **DOENÇA SÚBITA:** Qualquer Doença que requeira tratamento de urgência em unidade hospitalar, quer em regime de internamento, quer em regime de ambulatório, por se tratar de situação aguda que requer atenção médica imediata, por estar comprometida a vida da Pessoa Segura de forma iminente.
- **MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO:** Tratamento de recuperação funcional de lesões dos ossos, músculos, tendões, articulações e nervos.
- **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 o profissional exerça a sua atividade.

- **PERÍODO DE CARÊNCIA:** Período que decorre entre o início de vigência do Contrato ou a data de adesão da Pessoa Segura e a data em que podem ser acionadas as coberturas do risco, nos termos previstos no Contrato.
- **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.
- **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.
- **PRESTAÇÕES INDEMNIZATÓRIAS:** Prestações cujo objeto depende do valor das Despesas de Saúde Elegíveis resultantes da realização de Atos Médicos por prestadores que não integrem a Rede de Prestadores Planicare, sendo determinado 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 prestadores que não integrem a Rede de Prestadores Planicare, a Pessoa Segura pagará as Despesas Elegíveis ao prestador, sendo posteriormente reembolsada pelo Segurador, em valor a determinar nos termos do Contrato.
- **PROFISSIONAL DE SAÚDE:** Profissional titular de habilitações académicas e autorização para o exercício em Portugal de uma atividade de Prestação de Cuidados de Saúde.
- **SEGURO DE GRUPO:** Seguro de um conjunto de pessoas ligadas entre si e ao Tomador do Seguro por um vínculo que não seja o de segurar. O Contrato que respeite a um Agregado Familiar é havido como Seguro Individual.
- **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.
- **SEGURO DE GRUPO NÃO CONTRIBUTIVO:** Seguro de Grupo em que o Tomador do Seguro suporta a totalidade do Prémio.
- **SEGURO INDIVIDUAL:** Seguro efetuado relativamente a pessoas singulares que, podendo incluir no âmbito de cobertura um Agregado Familiar, não consubstancia um Seguro de Grupo.
- **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.
- **SINISTRO:** Evento que desencadeia o acionamento da cobertura do risco prevista no Contrato.
- **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.

6. REDES DE CUIDADOS DE SAÚDE PLANICARE

- **CARTÃO CLIENTE PLANICARE:** Cartão pessoal e intransmissível, físico ou digital, que identifica o seu titular e agiliza o acesso à Rede de Prestadores Planicare, efetuando os registos dos serviços prestados na base de dados do Segurador.
- **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 permanentemente atualizada no sítio do Segurador na Internet.
- **SERVIÇO DE APOIO AO CLIENTE:** Serviço de apoio telefónico através do qual o Tomador do Seguro e as Pessoas Seguras podem obter esclarecimentos e/ou solicitar serviços de assistência.
- **SERVIÇO DE ATENDIMENTO PERMANENTE:** Serviço disponível em qualquer momento do dia ou da noite, limitado a uma capacidade mínima de diagnóstico, nomeadamente consulta de clínica geral e exames auxiliares de diagnóstico básicos.

CLÁUSULA 2.ª - OBJETO DO CONTRATO

O Contrato garante à Pessoa Segura, em caso de Doença manifestada, Acidente ou outro evento (especificamente indicado no Contrato) ocorrido durante a sua vigência, um conjunto de coberturas no domínio da Prestação de Cuidados de Saúde. Para o efeito, o Segurador garante o pagamento ou o reembolso de Despesas de Saúde Elegíveis, através da realização, conjunta ou isoladamente, de Prestações Convencionadas ou Prestações Indemnizatórias ou do acesso a serviços de assistência, conforme definido nas Condições Gerais, nas Condições Especiais e nas Condições Particulares aplicáveis.

CLÁUSULA 3ª - ÂMBITO DAS COBERTURAS

1. O Contrato cobre o pagamento ou o reembolso de Despesas de Saúde Elegíveis nos termos previstos em cada uma das seguintes coberturas:

- 1 - Internamento hospitalar;
- 2 - Subsídio diário de hospitalização;
- 3 - Parto normal, cesariana e interrupção involuntária da gravidez; 04 - Assistência ambulatoria (consultas, exames e tratamentos);
- 5 - Consultas;
- 6 - Acesso à rede de ambulatório (consultas, exames e tratamentos);
- 7 - Medicina dentária e estomatologia;
- 8 - Acesso à rede de medicina dentária e estomatologia; 09 - Próteses e ortóteses;
- 10 - Medicamentos;
- 11 - Extensão de coberturas ao estrangeiro;
- 12 - Medicina preventiva (check-up);
- 13 - Assistência médica domiciliaria;
- 14 - Acesso à rede de saúde complementar e bem-estar;
- 15 - Saúde complementar e bem-estar.

As coberturas efetivamente contratadas (conteúdo e Capital Seguro) constam das Condições Particulares e/ou do 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.

2. As coberturas indicadas podem ser contratadas conforme as opções de planos de coberturas disponíveis, nos termos e com os limites enunciados nas Condições Particulares ou no Certificado Individual de Seguro e definidos nas respectivas Condições Especiais.

CLÁUSULA 4.ª - ÂMBITO TERRITORIAL

1. Salvo convenção em contrário, expressa nas Condições Especiais ou Particulares ou no Certificado Individual de Seguro, o presente 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.

CLÁUSULA 5.ª - EXCLUSÕES

1. Ficam sempre excluídas da cobertura do risco do presente Contrato quaisquer prestações resultantes de:

- a) Doenças ou Lesões Preexistentes à data da celebração do Contrato;
- b) Acidentes de viação, Acidentes de trabalho ou Doenças profissionais, bem como outros Acidentes, Doenças ou eventos cobertos por outros seguros obrigatórios;
- c) Doenças infetocontagiosas, quando em situação de epidemia declarada pelas autoridades de saúde;
- d) Quaisquer patologias resultantes, direta ou indiretamente, do Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH);
- e) 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;
- 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, como tentativa de suicídio, ou resultantes de atos ilícitos praticados pela Pessoa Segura;

- i) Métodos anticoncepcionais e/ou planeamento familiar e interrupção voluntária da gravidez, assim como todos os Atos Médicos com ela relacionados;
- j) Disfunções sexuais, exceto em consequência de Doença coberta pelo Contrato;
- k) Consultas, testes e tratamentos 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 sã 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;
- 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, para-quedismo, tauromaquia, barragem/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 à 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 portadores 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. Queratomielesis por laser in situ;**
- iv. Inserção de lentes fáquicas intraoculares;**

b) Intervenções cirúrgicas para correção da roncopia, 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).

CLÁUSULA 6.^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, nomeadamente no Questionário Individual de Saúde.

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.

CLÁUSULA 7.^a - INCUMPRIMENTO DOLOSO DO DEVER DE DECLARAÇÃO INICIAL DO RISCO

1. Em caso de incumprimento doloso do dever referido no número 1 da cláusula 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 número 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 número 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 8.^a - INCUMPRIMENTO NEGLIGENTE DO DEVER DE DECLARAÇÃO INICIAL DO RISCO

1. Em caso de incumprimento com negligência do dever referido no número 1 da cláusula 6.^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 proporcionalmente (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 9.^a - COBERTURAS E TIPOS DE PRESTAÇÕES

1. As coberturas são definidas nas Condições Especiais, integrando o Contrato as que sejam indicadas nas respetivas Condições Particulares e, quando aplicável, no Certificado Individual de Seguro.
2. O Contrato pode garantir Prestações Convencionadas, Prestações Indemnizatórias, combinações dos dois tipos de prestações e/ou serviços de assistência, nos termos das cláusulas seguintes e das respetivas Condições Particulares e/ou Especiais.

CLÁUSULA 10.^a - PRESTAÇÕES CONVENCIONADAS

1. No âmbito das Prestações Convencionadas, o Segurador garante às Pessoas Seguras o acesso direto aos Médicos e Unidades de Saúde integrantes da Rede de Prestadores Planicare, cujas condições de utilização se encontram estabelecidas nas Condições Particulares ou no Certificado Individual de Seguro.
2. Relativamente a cuidados de saúde que não estejam contratados com os prestadores de cuidados de saúde que integrem a Rede de Prestadores Planicare, é aplicável o regime de Prestações Indemnizatórias previsto na cláusula 11.^a. No entanto, se a Rede de Prestadores Planicare disponibilizar os Serviços Clinicamente Necessários à Prestação de Cuidados de Saúde à Pessoa Segura, considerando o seu quadro clínico, as coberturas do presente Contrato apenas serão aplicáveis aos serviços prestados pela Rede de Prestadores Planicare.
3. O acionamento das coberturas previstas nas Condições Particulares ou no Certificado Individual de Seguro poderá ser objeto de análise de processo clínico e depender de Pré-Autorização, a qual obedece, exclusivamente, a critérios de natureza médica, de acordo com os princípios da boa prática clínica.
4. O Segurador disponibiliza no seu sítio na Internet a lista de prestadores de cuidados de saúde que, em cada momento, integram a Rede de Prestadores Planicare, ficando ao critério da Pessoa Segura a escolha da entidade adequada às suas necessidades.
5. Quando a Pessoa Segura recorrer a uma entidade que não integre a Rede de Prestadores Planicare, aplicar-se-á 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, bem como no Certificado Individual de Seguro, ao reembolso das Despesas de Saúde Elegíveis realizadas pela Pessoa Segura junto de prestadores de cuidados de saúde que não integram a Rede de Prestadores Planicare, com sujeição 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 entidades que integrem a Rede de Prestadores Planicare, 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 ou no Certificado Individual de Seguro.

CLÁUSULA 12.^a - PERÍODOS DE CARÊNCIA

1. São fixados nas Condições Particulares ou no Certificado Individual de Seguro os Períodos de Carência que intercedem entre a data de início de vigência do Contrato (ou, num Seguro de Grupo, da adesão ao mesmo) e a data em que as respetivas coberturas podem ser acionadas.

2. Sem prejuízo do disposto no número anterior, o pagamento e o reembolso de Despesas de Saúde Elegíveis encontram-se sujeitos a um Período de Carência de um ano (365 dias) sempre que resultem 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;**
- k) Aparelhos de ortodontia e respetivos moldes e estudos;**
- l) Implantes do foro estomatológico.**

CLÁUSULA 13.^a - PROCEDIMENTOS E REGULARIZAÇÃO DE SINISTROS

1. Havendo necessidade de realização de Atos Médicos, a Pessoa Segura pode aceder à Rede de Prestadores Planicare ou recorrer, à sua escolha, a qualquer Médico ou Unidade de Saúde em caso de necessidade de internamento, devendo observar, em qualquer caso, as prescrições do Médico assistente e os procedimentos previstos nos números seguintes.

2. No regime de acesso em Prestações Convencionadas, a Pessoa Segura deve dirigir-se a um dos prestadores de cuidados de saúde que integra a Rede de Prestadores Planicare e agendar o serviço pretendido.

3. A Pessoa Segura deve observar o seguinte procedimento:

- a) Identificar-se como titular de direitos emergentes do Contrato junto dos serviços de atendimento do prestador selecionado, respeitando as diretrizes definidas pelo Segurador;**
- b) Fornecer a informação necessária à correta avaliação do seu estado de saúde;**
- c) Assegurar a solicitação de Pré-Autorização por parte do Médico que a assiste, nos casos em que esta constitui requisito de desembolso das Despesas de Saúde Elegíveis, para efeitos de cobertura dos correspondentes Atos Médicos;**
- d) Submeter-se a exame por Médico designado pelo Segurador, caso este o considere necessário.**

4. As Despesas de Saúde Elegíveis resultantes da realização de Atos Médicos por entidades não integradas da Rede de Prestadores Planicare serão reembolsadas como Prestação Indemnizatória, nos termos e com os limites previstos nas Condições Particulares ou no Certificado Individual de Seguro.

5. O reembolso das Despesas de Saúde Elegíveis será efetuado mediante a entrega dos documentos comprovativos do pagamento, emitidos segundo as normas legais em vigor, e a observância dos seguintes procedimentos:

- a) Menção, em caso de Acidente, da data, hora, local, intervenientes, causas e consequências da sua ocorrência, testemunhas, autoridade que lavrou o auto e identificação do eventual responsável;**
- b) Apresentação de todos os documentos justificativos das despesas, os quais discriminem os Atos Médicos realizados, acompanhados de prescrição médica. O Segurador poderá aceitar fotocópias se a Pessoa Segura necessitar dos originais para solicitar 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.**

6. Os documentos referidos na alínea b) do número anterior devem ser apresentados ao Segurador no prazo máximo de 120 dias a contar da data da efetivação da Despesa de Saúde Elegível, sob pena de redução ou perda da prestação do Segurador, atendendo ao dano causado ao Segurador.

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/ou, quando aplicável, do diretor clínico da Unidade de Saúde e a obter cópias de relatórios clínicos ou de quaisquer outros documentos referentes à realização de Atos Médicos, com estrita observância do dever de confidencialidade e da legislação em vigor.

8. Sem prejuízo do disposto nas Condições Especiais e Particulares ou no Certificado Individual de Seguro, o montante do reembolso das Despesas de Saúde Elegíveis incide sobre o valor efetivamente suportado pela Pessoa Segura e não reembolsado por outra entidade, desde que sejam observados os seguintes procedimentos:

- a) Quando sejam apresentados os documentos comprovativos de qualquer Despesa de Saúde Elegível, a percentagem de reembolso incidirá sobre a totalidade do valor da Despesa de Saúde Elegível;
- b) Quando sejam apresentados documentos provenientes de outra entidade, comprovativos da Despesa de Saúde Elegível e respetiva comparticipação a que a Pessoa Segura tenha previamente recorrido, a percentagem de reembolso incidirá apenas sobre o remanescente da Despesa de Saúde Elegível não comparticipada.

CLÁUSULA 14.^a - INÍCIO E DURAÇÃO DO CONTRATO

1. Desde que o Prémio ou fação inicial seja pago, o Contrato produz os seus efeitos a partir das zero horas do dia da aceitação da Proposta de Seguro pelo Segurador. No Seguro de Grupo, o Contrato produz efeitos, para cada Pessoa Segura, às zero horas do dia indicado no respetivo Certificado Individual de Seguro. Por acordo das partes, pode ser estabelecida outra data para a produção de efeitos, a qual terá que ser igual ou posterior à data da receção da Proposta de Seguro pelo Segurador.
2. Tratando-se de Seguro Individual em que o Tomador do Seguro seja uma pessoa singular, o Contrato tem-se por concluído nos termos propostos, em caso de silêncio do Segurador, no 14.º dia a contar da data de receção da Proposta de Seguro feita em impresso próprio do Segurador, devidamente preenchido, acompanhado dos documentos que o Segurador tenha indicado como necessários e entregue ou recebido no local indicado pelo Segurador. A aceitação será confirmada pelo Segurador através da emissão das respetivas Condições Particulares ou do Certificado Individual de Seguro, que serão enviados para a área reservada de cliente no sítio do Segurador na Internet, em formato digital, ou, em caso de indicação expressa do Tomador do Seguro, para o endereço eletrónico ou postal indicado na Proposta de Seguro.
3. Não será aplicável o disposto no número anterior quando:
- a) Antes do decurso do prazo de 14 dias, o candidato a Tomador do Seguro seja notificado da recusa ou da sua antecipada aprovação, ou ainda da necessidade de recolher esclarecimentos essenciais para a avaliação do risco, ficando a aprovação, neste caso, dependente do envio e análise dos elementos solicitados; ou
 - b) Em caso de silêncio do Segurador, este demonstre que, em caso algum, celebra contratos com as características constantes da Proposta de Seguro.
4. **As coberturas contratadas, os respetivos Períodos de Carência, Franquias, Copagamentos e os valores máximos indemnizáveis, de acordo com o previsto nas presentes Condições Gerais e nas Condições Especiais, 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.**
5. **O Contrato pode ser celebrado por um ano a continuar pelos seguintes ou por um período certo e determinado, estando a sua duração definida nas Condições Particulares ou no Certificado Individual de Seguro.**
6. **Quando o Contrato for celebrado por prazo certo, os seus efeitos cessam às 24 horas do último dia do referido período.**
7. **Quando o Contrato for celebrado por um ano a continuar pelos seguintes, considera-se sucessivamente renovado, salvo se qualquer das partes o 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.**
8. **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, salvo o disposto no número seguinte.**
9. **Em caso de não renovação do Contrato ou da cobertura 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, à realização das prestações resultantes de Doença manifestada ou de Acidente ou outro evento ocorrido na vigência do Contrato, desde que cobertos pelo Contrato. 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, salvo justo impedimento.**
10. **Em de cessação do Contrato, independentemente do motivo que lhe tenha dado causa, o Tomador do Seguro não terá direito a quaisquer outras prestações ou quantias para além das indicadas no número anterior.**

CLÁUSULA 15.^a - LIVRE RESOLUÇÃO DO CONTRATO

1. **Nos 30 dias imediatos à data da receção da Apólice, o Tomador do Seguro, sendo pessoa singular, pode resolver o Contrato ou o Contrato à Distância, sem necessidade de invocar justa causa.**
2. O prazo previsto no número anterior conta-se a partir da data da celebração do Contrato ou do Contrato à Distância,

nos termos dos números 1 a 3 da cláusula anterior, desde que o Tomador do Seguro, nessa data, disponha, em papel ou noutro suporte duradouro, de todas as informações relevantes sobre o Contrato ou o Contrato à Distância que tenham de constar da Apólice. A comunicação da resolução considera-se tempestivamente efetuada se for enviada até ao último dia do prazo, inclusive. O direito de livre resolução extingue-se no termo do prazo.

3. A comunicação de resolução do Contrato ou do Contrato à Distância deverá ser remetida ao Segurador nos termos do número 4 da cláusula 24.^a.

4. A livre resolução não se aplica às Pessoas Seguras/Titulares do Certificado nos Seguros de Grupo.

5. A resolução tem efeito retroativo, extinguindo as obrigações e os direitos emergentes do Contrato com efeitos à data da sua celebração. No entanto, o Segurador terá direito às seguintes prestações:

a) Valor do Prémio calculado proporcionalmente (pro rata temporis), na medida em que tenha suportado o risco até à resolução do Contrato. Caso contrário, o Segurador restituirá o Prémio recebido no prazo de 30 dias contados da receção da notificação de livre resolução;

b) Montante das despesas razoáveis que tenha efetuado com exames médicos, sempre que esse valor seja imputado contratualmente ao Tomador do Seguro;

6. Em caso de celebração de Contrato à Distância:

a) O Tomador do Seguro não está obrigado ao pagamento do Prémio, ou da primeira fração deste, antes do termo do prazo de livre resolução, salvo se tiver pedido o início da execução do Contrato à Distância antes do termo do prazo de livre resolução;

b) Sendo exercido o direito de livre resolução, o Segurador não terá direito às prestações indicadas no número 5, exceto no caso previsto na parte final da alínea anterior.

CLÁUSULA 16.^a - ALTERAÇÕES AO CONTRATO

SEGURADOR

1. O Segurador pode propor a alteração das coberturas, dos Capitais Seguros, das Franquias, dos Copagamentos e dos Prémios, bem como dos critérios de pagamento ou reembolso das Despesas de Saúde Elegíveis, para vigorar na anuidade seguinte do Contrato, desde que estas alterações sejam comunicadas pelo Segurador ao Tomador do Seguro 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 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 as Franquias podem estar sujeitos a uma indexação anual, a considerar automaticamente na data de renovação do Contrato, nos termos previstos nas Condições Particulares ou no Certificado Individual de Seguro.

5. Sempre que se baseiem em escalões etários/idades, os Prémios correspondentes às mudanças de escalão etário/idade da Pessoa Segura são atualizados na data de renovação seguinte do Contrato.

6. O Segurador formaliza as alterações ao Contrato em Ata Adicional, que remete ao Tomador do Seguro em formato digital, através da área reservada de cliente no sítio do Segurador na Internet, ou, em caso de indicação expressa do Tomador do Seguro, através de mensagem de correio eletrónico ou de mensagem postal para o endereço indicado na Proposta de Seguro.

TOMADOR DE SEGURO

7. A inclusão de Pessoas Seguras é solicitada mediante comunicação ao Segurador, com preenchimento de Boletim de Adesão e Questionário Individual de Saúde. A inclusão de recém-nascidos num Contrato que tenha como Pessoa Segura, pelo menos, um dos Pais é aceite, desde a data de nascimento, sem Períodos de Carência, sem Doenças ou Lesões Preexistentes e sem exclusão de Doenças Congénitas. Para o efeito, a adesão deve ser feita, mediante o preenchimento do respetivo Questionário Individual de Saúde, nos primeiros 30 dias de vida do bebé, retroagindo à data do nascimento.

8. A exclusão de Pessoas Seguras é solicitada mediante comunicação ao Segurador, com uma antecedência mínima de 30 dias em relação à data de produção de efeitos. O Segurador procederá ao estorno do Prémio pago relativamente ao período não decorrido, exceto quando tenha havido pagamento da prestação decorrente de Sinistro ou se verifique a hipótese prevista no número 5 da cláusula 7.^a.

9. A alteração das coberturas do Contrato deverá ser solicitada pelo Tomador do Seguro mediante comunicação ao Segurador, com uma antecedência mínima de 90 dias em relação à data de renovação do Contrato, de acordo com a oferta do Segurador. A partir da data de início do novo plano, são conside-

rados Períodos de Carência relativos a novas coberturas ou a aumentos de Capital Seguro nas coberturas do plano anterior.

CLÁUSULA 17.^a - TERMO DO CONTRATO

Sem prejuízo do disposto noutras cláusulas, as coberturas do risco deixam de produzir os seus efeitos em relação a cada Pessoa Segura nas seguintes circunstâncias:

- a) Termo da anuidade em que a Pessoa Segura atinja a idade limite prevista nas Condições Particulares ou no Certificado Individual de Seguro;**
- b) No caso de membro do Agregado Familiar do Titular do Certificado, termo da anuidade em que perca a referida qualidade, nos termos da definição constante da cláusula 1.^a;**
- 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) Cessaçãõ do Contrato nos termos gerais, nomeadamente por (i) falta de pagamento do Prémio pelo Tomador do Seguro, nos termos da cláusula 21.^a; (ii) resolução; (iii) não renovação (denúncia); (iv) caducidade; ou (v) revogaçãõ (acordo entre o Segurador e o Tomador do Seguro).**

CLÁUSULA 18.^a - PRÉMIO, MODALIDADES DE PAGAMENTO E PAGAMENTO POR TERCEIRO

- 1. O Prémio é calculado por aplicação das taxas de tarifa ou de referência do Segurador ao plano de coberturas selecionado, 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 anulaçãõ posterior do débito por retrataçãõ do autor do pagamento no quadro de legislaçãõ especial que a permita.**
- 4. A anulaçãõ 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 obrigaçãõ.**

CLÁUSULA 19.^a - 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.**
- 3. O Prémio inicial, ou a primeira fraçãõ deste, é devido na data da celebraçãõ do 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 cessaçãõ antecipada do Contrato, o Segurador procederá ao estorno do Prémio pago relativamente ao período não decorrido, exceto quando tenha havido pagamento da prestaçãõ decorrente de Sinistro ou se verifique a hipótese prevista no número 5 da cláusula 7.^a.**
- 7. O Tomador do Seguro ou a Pessoa Segura, quando seja o caso, indica na Proposta de Seguro, no Boletim de Adesãõ 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.**

CLÁUSULA 20.^a - AVISO DE PAGAMENTO DO PRÉMIO

- 1. O Segurador avisará por escrito o Tomador do Seguro do montante a pagar, assim como da forma e do lugar de pagamento, com uma antecedência mínima de 30 dias em relaçãõ à data em que se vence o Prémio ou frações deste.**
- 2. Do aviso constaráõ, de modo legível, as consequências da falta de pagamento do Prémio ou de sua fraçãõ.**
- 3. Nos Contratos em que seja convencionado o pagamento do Prémio em frações de periodicidade igual ou inferior a três meses e em cuja documentaçãõ 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 número 1, cabendo-lhe, nesse caso, a prova da emissãõ, da aceitaçãõ e do envio ao Tomador do Seguro da documentaçãõ contratual referida neste número.**

CLÁUSULA 21ª - 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, 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, impede a prorrogação do Contrato ou da cobertura da Pessoa Segura em causa.**
- 4. 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 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. No Seguro de Grupo Contributivo, quando a Pessoa Segura/Segurado não entregue ao Tomador do Seguro a quantia destinada ao pagamento do Prémio, a Pessoa Segura/Segurado é excluída da cobertura do Contrato.**
- 6. 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 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.**
- 7. A cessação do Contrato de Seguro por efeito do não pagamento do Prémio, ou de parte ou fração deste, não exonera o Tomador do Seguro da obrigação de pagamento do Prémio correspondente ao período em que o Contrato tenha vigorado, acrescido dos juros de mora devidos.**

CLÁUSULA 22ª - COEXISTÊNCIA DE CONTRATOS

- 1. O Tomador do Seguro ou a Pessoa Segura deve informar o Segurador da existência ou da contratação de seguros relativos ao mesmo risco, ainda que garantindo apenas prestações de valor predeterminado.**
- 2. Existindo à data do Sinistro mais do que um contrato de seguro garantindo os mesmos riscos, assiste à Pessoa Segura o direito de escolher o Segurador que pretenda que satisfaça a prestação, dentro dos limites da respetiva obrigação.**
- 3. A omissão fraudulenta das informações referidas nos números anteriores exonera o Segurador da respetiva prestação.**
- 4. Para efeitos desta cláusula, são equiparados a seguros quaisquer sistemas que permitam o reembolso ou a comparticipação de despesas de âmbito similar às abrangidas pelas coberturas deste Contrato, de que seja beneficiária a Pessoa Segura.**

CLÁUSULA 23.ª - SUB-ROGAÇÃO

- 1. O Segurador, uma vez satisfeita a prestação à Pessoa Segura, tratando-se de Prestação Convencional ou de Prestação Indemnizatória, fica sub-rogado, até à concorrência do valor da mesma, nos direitos da Pessoa Segura contra terceiro que tenha dado causa ao Sinistro, obrigando-se aquela a praticar os atos necessários para o exercício desses direitos.**
- 2. A Pessoa Segura responderá por qualquer ato ou omissão que possa impedir ou prejudicar o exercício desses direitos pelo Segurador.**

CLÁUSULA 24.ª - COMUNICAÇÕES E NOTIFICAÇÕES

- 1. As comunicações ou notificações 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 eletrónico). Em caso de indicação expressa do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura, as comunicações ou notificações poderão ser enviadas para o endereço postal indicado na Proposta de Seguro.**
- 2. Em caso de alteração do endereço eletrónico ou postal, o Tomador do Seguro ou a Pessoa Segura devem comunicar imediatamente ao Segurador a alteração, sob pena de as comunicações ou notificações que o Segurador venha a efetuar para o endereço conhecido se terem por válidas e eficazes.**

3. O Segurador só está obrigado a enviar as comunicações 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 comunicações ou notificações 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 eletrónico para o endereço indicado no sítio do Segurador na Internet). O Tomador do Seguro ou a Pessoa Segura poderão, ainda, remeter comunicações ou notificações, por via postal, para a sede do Segurador.

CLÁUSULA 25.ª - DADOS PESSOAIS

1. Os tratamentos de dados pessoais realizados pelo Segurador enquadram-se no âmbito da execução do Contrato e são necessários para o cumprimento de obrigações do Segurador em matéria de proteção social e para a gestão de serviços de saúde ou de ação social, em cumprimento do disposto nos artigos 6.º, n.º 1, alínea b), e 9.º, n.º 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 Proteção de Dados ou “RGPD”), na Lei n.º 58/2019, de 8 de agosto, e na demais legislação relevante em vigor.

2. Neste sentido, o Segurador, na qualidade de responsável pelo tratamento, realizará operações de tratamento de dados pessoais, incluindo, e mediante consentimento, dados relativos à 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 obtenção desses dados pessoais por parte do Segurador constitui um requisito necessário para a celebração e execução do Contrato e dos serviços associados. No contexto da relação 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 relação contratual e de faturação.

3. Os dados relativos à saúde tratados pelo Segurador serão de acesso reservado a Profissionais de Saúde ou a outras pessoas sujeitas a sigilo profissional.

4. 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 presente 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).

5. 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.

6. 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.

CLÁUSULA 26.ª - CESSÃO DA POSIÇÃO CONTRATUAL

1. 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.

2. Transmitindo-se a posição do Tomador do Seguro, o Contrato permanece inalterado, sem prejuízo do eventual aumento do Prémio decorrente de agravamento do risco.

CLÁUSULA 27.ª - RECLAMAÇÕES

1. Quaisquer reclamações relacionadas com a negociação, celebração e vigência deste Contrato poderão ser apresentadas por escrito ao Segurador, através do seu serviço responsável pela gestão de reclamações, 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 e resseguradora e de distribuição de seguros, bem como das atividades conexas ou complementares daquelas.

2. 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.

3. 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.
4. 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.
5. Em caso de celebração de Contrato à Distância por via eletrónica ou informática, os litígios de consumo podem ser resolvidos extrajudicialmente através da “Plataforma Eletrónica de Resolução de Litígios em Linha” (disponibilizada pela Comissão Europeia), cujo contacto é indicado no sítio do Segurador na Internet.

CLÁUSULA 28.ª - LEI APLICÁVEL E FORO COMPETENTE

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS

01 - INTERNAMENTO HOSPITALAR

1. A presente 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 nas Condições Particulares ou no Certificado Individual de Seguro.
2. Por via desta cobertura, o Segurador garante:
 - a) Prestações Convencionadas, sempre mediante pedido de Pré-Autorização;
 - b) Prestações Indemnizatórias, mediante o reembolso à Pessoa Segura das Despesas de Saúde Elegíveis.
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 nas Condições Gerais, 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.

02 - SUBSÍDIO DIÁRIO DE HOSPITALIZAÇÃO

1. A presente Condição Especial cobre, nos termos e com os limites fixados nas Condições Particulares ou no Certificado Individual de Seguro, 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 da cláusula 5.ª das Condições Gerais, não estão contempladas as hospitalizações em consequência de tratamentos não reconhecidos oficialmente pela medicina convencional.

03 - PARTO NORMAL, CESARIANA E INTERRUPÇÃO INVOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ

1. A presente Condição Especial cobre o pagamento das Despesas de Saúde Elegíveis decorrentes da realização de Atos Médicos inerentes a parto normal, cesariana e interrupção involuntária da gravidez, que requeiram os meios e serviços específicos de Ambiente Hospitalar, nos termos e com os limites fixados nas Condições Particulares ou no Certificado Individual de Seguro.
2. Por via desta cobertura, o Segurador garante:
 - a) Prestações Convencionadas, sempre mediante pedido de Pré-Autorização;
 - b) Prestações Indemnizatórias, mediante o reembolso à Pessoa Segura das Despesas de Saúde Elegíveis.
3. Constituem Despesas de Saúde Elegíveis 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) Exames auxiliares de diagnóstico realizados durante o período de hospitalização;
 - e) Medicamentos, quando administrados durante o período de hospitalização;
 - f) Materiais, produtos e equipamentos, quando associados aos Atos Médicos realizados durante o período de hospitalização;
 - g) Instalações necessárias à realização dos Atos Médicos (bloco operatório, sala de recobro, sala de partos e quarto);
 - h) Diária do recém-nascido, enquanto durar o internamento da parturiente ao abrigo desta Condição Especial.
4. As Despesas de Saúde Elegíveis resultantes da realização de Atos Médicos ao recém-nascido, após alta da mãe, só ficam cobertas pelo Contrato se o Tomador do Seguro solicitar ao Segurador a adesão até 30 dias após o nascimento, nos termos do número 7 da cláusula 16.ª das Condições Gerais.
5. Para além das exclusões previstas nas Condições Gerais, a presente Condição Especial não cobre:
 - a) Despesas de natureza particular;
 - b) Despesas com acompanhantes.

04 - ASSISTÊNCIA AMBULATORIA (CONSULTAS, EXAMES E TRATAMENTOS)

1. A presente Condição Especial cobre, nos termos e com os limites fixados nas Condições Particulares ou no Certificado Individual de Seguro, 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:
 - a) Prestações Convencionadas, sendo que o acesso aos seguintes serviços carece de Pré-Autorização:
 - i. Consultas: genética e consultas domiciliárias;
 - ii. Exames auxiliares de diagnóstico: exames de genética, serviços especiais de neurofisiologia (eletroencefalografia, potenciais evocados) e meios invasivos de diagnóstico e/ou terapêutica;
 - iii. Tratamentos: Medicina Física e de Reabilitação e terapia da fala;
 - iv. 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;
 - b) Prestações Indemnizatórias, mediante o reembolso à Pessoa Segura das Despesas de Saúde Elegíveis.

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 nas Condições Gerais, 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.

05 - CONSULTAS

1. A presente Condição Especial cobre, nos termos e com os limites fixados nas Condições Particulares ou no Certificado Individual de Seguro, o pagamento de Despesas de Saúde Elegíveis resultantes do pagamento de honorários de consultas médicas.
2. Esgotado o número de consultas previsto nas Condições Particulares ou no Certificado Individual de Seguro, a cobertura passa a funcionar em regime de acesso à Rede de Prestadores Planicare, também para consultas.
3. Para além das exclusões previstas nas Condições Gerais, a presente Condição Especial não cobre:
- a) Honorários médicos e de enfermagem relativos a outros Atos Médicos realizados em regime de ambulatório, incluindo cirurgia;
 - b) Materiais e produtos associados aos Atos Médicos realizados em regime de ambulatório;
 - c) Exames Auxiliares de Diagnóstico;
 - d) Tratamentos do foro da Medicina Física e de Reabilitação, incluindo terapia da fala, ainda que prescritos por Médico;
 - e) Despesas decorrentes de cirurgia realizada em Ambiente Hospitalar;
 - f) Consultas, tratamentos, cirurgia e próteses e ortóteses do foro estomatológico;
 - g) Exercícios de ortóptica;
 - h) Consultas domiciliárias e consultas de urgência.
4. As coberturas desta Condição Especial são garantidas exclusivamente no regime de Prestações Convencionadas e, nas condições referidas no número 2, em regime de acesso à Rede de Prestadores Planicare.
5. O acesso a consultas de genética no âmbito do número 1 carece de Pré-Autorização. O Segurador poderá vir a estabelecer que outras consultas careçam de Pré-Autorização.

06 - ACESSO À REDE DE AMBULATÓRIO (CONSULTAS, EXAMES E TRATAMENTOS)

1. A presente Condição Especial cobre, nos termos e com os limites fixados nas Condições Particulares ou no Certificado Individual de Seguro, o acesso a Atos Médicos que não requeiram os meios e serviços específicos de Ambiente Hospitalar para a sua realização, mesmo que nestes ocorram, suportando a Pessoa Segura a totalidade do respetivo custo.
2. Fica abrangido por esta Condição Especial o acesso aos Atos Médicos acima referidos que originem Despesas de Saúde Elegíveis efetuadas com:
- 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 sejam prescritos por Médico.
3. Para efeitos da presente Condição Especial, não são aplicáveis as exclusões constantes da cláusula 5.ª das Condições Gerais.
4. 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.
5. Carece de Pré-Autorização a realização de consultas e meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica que o Segurador defina, em cada momento, no seu sítio da Internet.

07 - MEDICINA DENTÁRIA E ESTOMATOLOGIA

1. A presente Condição Especial cobre, nos termos e com os limites fixados nas Condições Particulares ou no Certificado Individual de Seguro, 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:
- a) Prestações Convencionadas;
 - b) Prestações Indemnizatórias, mediante o reembolso à Pessoa Segura das Despesas de Saúde Elegíveis.
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 nas Condições Gerais, a presente 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.

08 - ACESSO À REDE DE MEDICINA DENTÁRIA E ESTOMATOLOGIA

1. A presente Condição Especial cobre, nos termos e com os limites fixados nas Condições Particulares ou no Certificado Individual de Seguro, o acesso a Atos Médicos do foro estomatológico e de Medicina Dentária, suportando a Pessoa Segura a totalidade do respetivo custo.
2. Fica abrangido por esta Condição Especial o acesso aos Atos Médicos acima referidos que originem Despesas de Saúde Elegíveis efetuadas com:
- 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.

3. Para efeitos da presente Condição Especial, não são aplicáveis as exclusões constantes da cláusula 5.^a das Condições Gerais.

4. 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.

5. 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.

09 - PRÓTESES E ORTÓTESES

1. A presente Condição Especial cobre, nos termos e com os limites fixados nas Condições Particulares ou no Certificado Individual de Seguro, o pagamento de Despesas de Saúde Elegíveis efetuadas com a aquisição de próteses e ortóteses, desde que prescritas por Médico da especialidade, optometrista ou técnico de ortóptica.

2. Para efeitos da presente Condição Especial, considera-se:

- a) Prótese: 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.

3. Ao abrigo da presente Condição Especial, é atribuída comparticipação nas Despesas de Saúde Elegíveis com a aquisição de:

- a) Um par de lentes de contacto graduadas, em cada anuidade do Contrato, ou até dois pares, no caso de a Pessoa Segura ter menos de 16 anos de idade à data de realização da Despesa de Saúde Elegível. As lentes de contacto descartáveis são comparticipáveis, independentemente do seu número, até ao limite anual do Capital Seguro previsto nas Condições Particulares ou no Certificado Individual de Seguro;
- b) Uns aros e lentes oculares por cada duas anuidades do Contrato, ou em cada anuidade, no caso de a Pessoa Segura ter menos de 16 anos de idade à data de realização da Despesa de Saúde Elegível;
- 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.

4. Para além das exclusões previstas nas Condições Gerais, a presente cobertura não abrange:

- a) Próteses e ortóteses estomatológicas;
- b) Aquisição isolada de aros;
- c) Testes optométricos;
- d) Óculos de sol, incluindo, isoladamente ou em conjunto, armações e lentes graduadas ou não;
- e) Comparticipação por extravio, roubo ou quebra de ortóteses oculares;
- f) Cintas medicinais, meias elásticas, colchões ortopédicos, almofadas ortopédicas ou calçado ortopédico;
- g) Sutiãs, outro vestuário e próteses mamárias. Garante-se, no entanto, a aquisição de prótese mamária em situação pós-mastectomia;
- h) Outros equipamentos classificados como ajudas técnicas.

5. Por via desta cobertura, o Segurador garante exclusivamente Prestações Indemnizatórias.

10 - MEDICAMENTOS

1. A presente Condição Especial cobre, nos termos e com os limites fixados nas Condições Particulares ou no Certificado Individual de Seguro, o pagamento de Despesas de Saúde Elegíveis efetuadas para aquisição de medicamentos, prescritos por receita médica, que como tal se encontrem classificados pela autoridade pública competente e que sejam previamente comparticipados pelo Serviço Nacional de Saúde e/ou outro subsistema ou seguro de saúde.

2. Constitui Despesa de Saúde Elegível o montante não comparticipado pelo Serviço Nacional de Saúde e/ou subsistema ou seguro de saúde, relativamente ao preço de venda ao público do medicamento.

3. Não constituem Despesas de Saúde Elegíveis as efetuadas em pagamento de:
- a) Medicamentos não sujeitos a receita médica (venda livre);
 - b) Medicamentos para regulação de peso;
 - c) Vacinas, com exceção das do foro alergológico;
 - d) Alimentação infantil;
 - e) Anticoncecionais e dispositivos intrauterinos;
 - f) Produtos dietéticos, naturistas, suplementos e manipulados;
 - g) Produtos de estética e cosmética, higiene geral, incluindo bucal e dental;
 - h) Artigos sanitários e antissépticos;
 - i) Material de penso.
4. Por via desta cobertura, o Segurador garante exclusivamente Prestações Indemnizatórias.

11 - EXTENSÃO DE COBERTURAS AO ESTRANGEIRO

1. A presente Condição Especial cobre, nos termos e com os limites fixados nas Condições Particulares ou no Certificado Individual de Seguro e nas Condições Especiais respetivas, o reembolso de Despesas de Saúde Elegíveis resultantes da realização de Atos Médicos fora do território nacional.
2. Para além das exclusões previstas nas Condições Gerais, a presente Condição Especial não cobre as despesas com deslocação e estadia.
3. Por via desta cobertura, o Segurador garante exclusivamente Prestações Indemnizatórias.

12 - MEDICINA PREVENTIVA (CHECK-UP)

1. A presente Condição Especial cobre, nos termos e com os limites fixados nas Condições Particulares ou no Certificado Individual de Seguro, a realização de exames de saúde pela Pessoa Segura. A periodicidade de realização dos exames consta das Condições Particulares ou do Certificado Individual de Seguro.
2. Por via desta cobertura, o Segurador garante exclusivamente Prestações Convencionadas, mediante os requisitos constantes das Condições Particulares ou do Certificado Individual de Seguro.

13 - ASSISTÊNCIA MÉDICA DOMICILIÁRIA

1. A presente Condição Especial garante, sempre que o estado de saúde da Pessoa Segura o justifique e nos termos e com os limites fixados nas Condições Particulares ou no Certificado Individual de Seguro, o serviço de assistência médica a realizar no domicílio da Pessoa Segura.
2. Por via desta cobertura, o Segurador garante exclusivamente Prestações Convencionadas. A Pessoa Segura deverá solicitar a realização de Atos Médicos, no âmbito desta cobertura, através do Serviço de Apoio ao Cliente.

14 - ACESSO À REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAR E BEM-ESTAR

1. A presente Condição Especial cobre, nos termos e com os limites fixados nas Condições Particulares ou no Certificado Individual de Seguro, o acesso a consultas abaixo enunciadas, suportando a Pessoa Segura a totalidade do respetivo custo:
 - a) Psicologia;
 - b) Podologia;
 - c) Acupuntura;
 - d) Osteopatia.
 - e) Nutrição.
2. Para além das exclusões previstas nas Condições Gerais, a presente Condição Especial não cobre o acesso da Pessoa Segura à realização ou ministração 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.

15 - SAÚDE COMPLEMENTAR E BEM-ESTAR

1. A presente Condição Especial cobre, nos termos e com os limites fixados nas Condições Particulares ou no Certificado Individual de Seguro, 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 nas Condições Gerais, a presente 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.