

A. DENOMINAÇÃO DA FIRMA E ESTATUTO LEGAL DA EMPRESA DE SEGUROS

UNA SEGUROS, S.A.

Pessoa Coletiva n.º 502661321

Capital Social - € 21.200.000,00

Matriculada na Conservatória do Registo Comercial de Lisboa

Sede Social: Av. de Berna, 24 D - 1069-170 Lisboa – PORTUGAL

Sujeita à supervisão da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões (ASF), enquanto empresa de seguros, onde se encontra registada sob o n.º 1097.

B. PRODUTO

Seguro de Saúde Individual Viva+Saudável.

C. COBERTURAS E CAPITALIS SEGUROS

1. O contrato garante à pessoa segura, em caso de sinistro ocorrido durante a sua vigência, um conjunto de coberturas integradas na respetiva condição especial no domínio dos cuidados de saúde que pode integrar prestações na rede, prestações por reembolso e serviços de assistência.
2. O contrato de seguro pode garantir, nos termos e limites para o efeito fixados nas condições especiais e particulares, as seguintes coberturas desde que contratadas conforme o plano escolhido:

1. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR
2. PARTOS
3. ASSISTÊNCIA AMBULATORIA
4. ESTOMATOLOGIA
5. PRÓTESES E ORTÓTESES
6. SEGUNDA OPINIÃO MÉDICA INTERNACIONAL
7. DOENÇAS GRAVES INTERNACIONAL
8. MÉDICO ONLINE
9. ASSISTÊNCIA ÀS PESSOAS
10. ACESSO ÀS REDES ADVANCECARE

3. As coberturas efetivamente contratadas constam das Condições Particulares e o seu âmbito encontra-se em cada condição especial conforme o plano contratado e que se detalham abaixo.
4. O seguro de Saúde é comercializado em cinco opções conforme os planos de coberturas abaixo indicados.
5. O contrato não garante quaisquer despesas médicas ou medicamentosas reclamadas pelo Serviço Nacional de Saúde.

PLANOS

COBERTURAS / PLANOS	LIGHT	LIGHT +	MIDDLE	PLUS	BEST +	COPAGAMENTOS (a cargo do Cliente)		Períodos de Carência ⁽ⁱ⁾
	CAPITAL	CAPITAL	CAPITAL	CAPITAL	CAPITAL	REDE	FORA DE REDE	Em dias
ASSISTÊNCIA HOSPITALAR ^(a) (internamentos, cirurgias, oncologias)	17.500 €	17.500 €	75.000 €	75.000 €	100.000 €	10% mín 250€, máx 500 € ^{(b) (c)}	50%	90
PARTOS	-	⊗	2.000 €	2.000 €	2.500 €	10% mín 250€, máx 500 € ^(c)	50%	365
ASSISTÊNCIA AMBULATORIA	⊗	8 consultas, 3 análises e 3 exames ^(f)	2.750 €	2.750 €	2.750 €		50%	90
. Consultas						15 €	50% (max.35€)	
. Urgência ^(d)						37,50 €	50%	
. Análises e Exames ^(e)						10% mín 2 €		
. Anatomia Patológica / Raio-X ^(e)						10% mín 7,5 €		
. Ecografias ^(e)						10% mín 15 €		
. TAC ^(e)						10% mín 25 €		
. Ressonância Magnética ^(e)						10% mín 50 €		
. Outros atos						10%		
. Fisioterapia / Terapia da Fala /Cinesioterapia						10 €	-	
ESTOMATOLOGIA	⊗	⊗	⊗	250 € (reembolso)	500 € (reembolso)	Valores contratados Rede Global ou Dentinet ^(g)	50%	90
PRÓTESES E ORTÓTESES	⊗	⊗	⊗	⊗	2.000 € (reembolso)	-	50%	90
. Ortóteses oculares (sublimite)					250 € (reembolso)	-		
2ª OPINIÃO MÉDICA	✓	✓	✓	✓	✓	-	-	-
DOENÇAS GRAVES INTERNACIONAL ^(h)	⊗	⊗	⊗	1.000.000 €	1.000.000 €	-	-	180
MÉDICO ONLINE	✓	✓	✓	✓	✓	2 cons. gratuitas Restantes 15 € ⁽ⁱ⁾	-	-
ASSISTÊNCIA ÀS PESSOAS	✓	✓	✓	✓	✓	15 €	-	-
. Médico ao Domicílio						1€ por entrega (necessita receita)		
. Envio de Medicamentos ao Domicílio								
. Enfermagem ao Domicílio	10 dias max. 300 €	10 dias max. 300 €	10 dias max. 300 €	10 dias max. 300 €	10 dias max. 300 €	depende do serviço		
ACESSO ÀS REDES	✓	✓	✓	✓	✓	Valores convencionados na Rede	-	-
. Rede Médica Portugal Global								
. Rede Médica Espanha HNA								
. Rede Estom. e Medicina Dentária DENTINET								
. Rede de Bem-Estar								

(a) Os honorários do cirurgião, anestesista e ajudantes Fora da Rede ficam limitados ao valor de K médico de 7€.

(b) Em caso de intervenção cirúrgica ao joelho, os copagamentos a cargo da Pessoa Segura dentro e fora da Rede serão aumentados em 10%, no mínimo de 500€ e máximo de 1.000€.

(c) Valor pago por internamento/cirurgia.

(d) O copagamento é único por consulta independentemente do nº de especialistas consultado.

(e) Valor pago por ato médico (no caso das análises considera-se valor por cada análise).

(f) Apenas disponível dentro da Rede (nesta opção não existe reembolso fora da Rede). São consideradas 3 prescrições de análises e 3 prescrições de exames.

(g) Nos planos Plus e Best + poderá enviar a despesa para reembolso, sendo comparticipada em 50% dentro da rede.

(h) 1.000.000.00 € por ano com um limite máximo de 2.000.000.00 € por todo o período de vigência do Contrato.

(i) As duas primeiras consultas são gratuitas.

(j) O período de carência poderá ser alargado para 1 ano (365 dias) em determinadas despesas identificadas na condição especial.

D. LIMITE DE IDADE DAS GARANTIAS

À exceção da garantia de Doenças Grave Internacional, que cessa aos 75 anos da pessoa segura, as garantias não cessam automaticamente por limite de idade da Pessoa Segura titular ou do cônjuge, sem prejuízo do direito de denúncia do contrato, por parte do Tomador do Seguro ou do Segurador, nos termos do artigo 16º das Condições Gerais.

E. EXCLUSÕES APLICÁVEIS A TODAS AS COBERTURAS

1. Salvo convenção expressa em contrário nas respetivas Condições Particulares, não ficam garantidas ao abrigo do contrato as prestações resultantes de:
- a) Doenças ou lesões consequentes de acidente pré-existentes, conforme definido na alínea d), do nº4, do artigo 1.º das Condições Gerais;
 - b) Gravidez pré-existente, conforme definido na alínea e), do nº 4, do artigo 1.º das Condições Gerais;
 - c) Interrupção voluntária da gravidez;
 - d) Doenças ou malformações congénitas, exceto quando digam respeito a crianças nascidas durante a vigência do contrato e incluídas no contrato de seguro no prazo de trinta (30) dias a contar do nascimento, desde que a totalidade do agregado familiar já se encontre incluída no contrato e que este se encontre em vigor na Apólice há, pelo menos, um ano;
 - e) Consultas, tratamentos e/ou cirurgias de carácter estético ou plástico, exceto quando consequência de acidente ocorrido ou doença manifestada durante a vigência do contrato;
 - f) Consultas, exames ou tratamentos de emagrecimento e rejuvenescimento;
 - g) Tratamentos ou cirurgias para correção de obesidade, incluindo situações de obesidade mórbida;
 - h) Consultas, exames e tratamentos do foro da nutrição e dietética;
 - i) Consultas, exames e/ou tratamentos de infertilidade ou qualquer método de fecundação artificial e suas consequências, nomeadamente as interrupções involuntárias da gravidez, ficando, no entanto, garantidas as despesas com o parto normal ou cesariana que venha a resultar dos tratamentos, quando tenha sido contratada a respetiva cobertura;
 - j) Alcoolismo e tratamentos relativos à toxicodependência, bem como todas as doenças ou lesões adquiridas pela Pessoa Segura por ter agido sob influência de álcool, estupefacientes, outras drogas ou produtos tóxicos, quando não prescritos por receita médica;
 - k) Doenças resultantes dos efeitos de radioatividade;
 - l) Tratamentos de Hemodiálise;
 - m) Transplante de órgãos, tecidos e suas implicações, salvo convenção expressa em contrário nos termos de cobertura adicional, quando contratada e indicada nas Condições Particulares;
 - n) Quaisquer patologias resultantes, direta ou indiretamente da ação do vírus da imunodeficiência humana (S.I.D.A.);
 - o) Tratamento às varizes, nomeadamente injeções esclerosantes e laser;
 - p) Internamento/tratamento refrativo à miopia, astigmatismo e hipermetropia (cirúrgico ou laser);
 - q) Cirurgias para correção da roncopia;
 - r) Doenças epidémicas oficialmente declaradas;
 - s) Acidentes de trabalho e doenças profissionais bem como outros acidentes ou doenças que devam ficar garantidos por seguro obrigatório;
 - t) Quaisquer lesões resultantes de:
 - ✓ Calamidades naturais;

- ✓ Atos de terrorismo, incluindo aqueles que se consubstanciem na utilização de armas bacteriológicas ou agentes químicos ou ainda na contaminação do meio ambiente;
 - ✓ Atos de guerra, guerra civil e perturbações da ordem pública;
 - ✓ Intervenção em atos criminosos;
 - ✓ Intervenção em rixas, salvo em caso de legítima defesa, própria ou alheia de bens e pessoas;
- u) Os acidentes derivados de:
- ✓ Prática de esqui e outros desportos na neve, mergulho, caça submarina, esqui aquático, motonáutica, canoagem, rafting, equitação, tauromaquia ou largada de touros, caça de animais ferozes ou que sejam considerados perigosos, pugilismo, artes marciais, luta, boxe, espeleologia, escalada, slide, rappel, alpinismo, bungee-jumping, BTT, queda livre, parapente, asa delta e paraquedismo;
 - ✓ Participação em competições desportivas e respetivos treinos, quer como profissional quer como amador;
 - ✓ Prática de desportos motorizados, a título profissional ou amador, pontualmente ou com caráter de regularidade;
- v) Os acidentes inerentes à utilização de veículos motorizados, incluindo os de duas rodas, quando as despesas deles resultantes devam ser indemnizadas no âmbito da responsabilidade civil automóvel;
- w) Atos médicos praticados em consequência de doença ou acidente que tenha sido intencionalmente provocado pela Pessoa Segura, incluindo a tentativa de suicídio ou o agravamento do seu estado de saúde.

2. De igual modo, ao abrigo do contrato não fica garantido o pagamento de quaisquer despesas relacionadas com:

- a) Curas de repouso, exames gerais de rotina e check-up;
- b) Despesas de saúde, quando, de acordo com o estado de saúde da Pessoa Segura, os tratamentos a realizar tenham uma finalidade meramente paliativa, para convalescença, reabilitação psicomotora ou motivos sociais.
- c) Métodos contraceptivos ou realizadas com essa finalidade, nomeadamente quaisquer métodos de controlo de natalidade e planeamento familiar, incluindo despesas com medicamentos, tratamentos ou intervenções cirúrgicas com finalidades contraceptivas;
- d) Consultas e/ou tratamentos não reconhecidos oficialmente pela Ordem dos Médicos portuguesa;
- e) Todas as despesas associadas a procedimentos médicos classificados como experimentais, assim como novas técnicas e/ou tecnologias cuja evidência de eficácia clínica ainda não esteja devidamente comprovada;
- f) Serviços que não sejam clinicamente necessários, conforme definidos no artigo 1.º das condições gerais;
- g) Aquisição ou aluguer dos seguintes artigos medicinais, nomeadamente:
 - ✓ Algalias e sacos de contenção de urina;
 - ✓ Sacos de colostomia e urostomia;
 - ✓ Seringas de insulina ou agulhas para canetas de insulina;
 - ✓ Tapetes anti-escara;
 - ✓ Fraldas de contenção;
 - ✓ Lombostatos;

- ✓ Fundas;
 - ✓ Cintas de sustentação;
 - ✓ Colares cervicais;
 - ✓ Fitas teste para diabéticos;
 - ✓ Meias elásticas;
 - ✓ Palmilhas;
 - ✓ Aparelhos de aerossóis;
 - ✓ Seringas e agulhas;
 - ✓ Imobilizadores articulares;
 - ✓ Suspensores braquiais;
 - ✓ Ligaduras, joelheiras, punhos e pés elásticos;
 - ✓ Soutiens;
 - ✓ Almofadas e colchões medicinais;
- h) Tratamentos de enfermagem prestados no domicílio ou em internamento hospitalar não contemplados nos serviços do hospital;
- i) Atos realizados por profissionais de saúde que sejam cônjuge, pais, filhos ou irmãos da Pessoa Segura;
- j) Despesas com acompanhantes, exceto nos casos de internamento de crianças de idade inferior a 14 anos;
- k) Despesas de natureza particular, tais como, comunicações, aluguer de equipamentos de som e/ou imagem, etc.;
- l) Deslocações e alojamento em Portugal e no estrangeiro, salvo quando as mesmas se encontrarem garantidas ao abrigo das coberturas contratadas, conforme indicado nas respetivas Condições Especiais.

3. Sempre que a cobertura fornecida pela apólice implique a violação de quaisquer embargos ou sanções financeiras ou económicas emitidas pela União Europeia, pelo Conselho de Segurança das Nações Unidas, pelo OFAC (Office of Foreign Assets Control) ou pelo HM Treasury, a cobertura será considerada nula, não produzindo quaisquer efeitos.

Em complemento do disposto no ponto anterior, de acordo com as normas nacionais e internacionais e com as boas práticas de negócio, o Segurador reserva-se o direito de se abster de executar qualquer operação sobre a apólice, que esteja ou que se suspeite estar relacionada com a prática dos crimes de branqueamento de capitais e/ou financiamento ao terrorismo.

F. PERÍODOS DE CARÊNCIA

1. São fixados, nas Condições Particulares e nas Condições Especiais aplicáveis, os períodos de tempo que medeiam entre a data de adesão ao seguro e a data em que as respetivas garantias podem ser acionadas.
2. O período de carência é alargado para 1 ano (365 dias) nos casos de despesas motivadas por:
 - ✓ Intervenção cirúrgica às varizes;
 - ✓ Intervenção cirúrgica do foro ginecológico e urológico por patologia benigna;
 - ✓ Litotricia renal e vesicular;
 - ✓ Cirurgia e tratamentos proctológicos;
 - ✓ Cirurgia da mama por patologia benigna;
 - ✓ Cirurgia da tiroide por patologia benigna;

- ✓ Colecistectomia;
 - ✓ Operações aos ouvidos, nariz e garganta;
 - ✓ Qualquer ato cirúrgico ao joelho ou anca;
 - ✓ Excisão de lesões cutâneas ou subcutâneas benignas;
 - ✓ Tratamento/cirurgia do foro oftalmológico;
 - ✓ Intervenção cirúrgica a hérnias;
 - ✓ Aritmologia;
 - ✓ Gravidez;
 - ✓ Interrupção involuntária da gravidez;
 - ✓ Parto.
3. Não haverá lugar à aplicação de qualquer período de carência em caso de acidente que requeira tratamento de urgência em hospital, quer em regime de internamento, quer em regime ambulatorio.
- Para efeito do acima disposto, considera -se tratamento de urgência aquele que deva ser efetuado no prazo máximo de 48 horas após o sinistro.

G. ÂMBITO DAS COBERTURAS

G1. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR – TODOS OS PLANOS

GARANTIA

1. Ao abrigo da presente Condição Especial, quando contratada e expressamente indicada nas Condições Particulares, fica garantido o **pagamento das despesas** efetuadas pela Pessoa Segura em regime de prestações convencionadas ou prestações indemnizatórias em consequência de **Hospitalização** da Pessoa Segura numa unidade hospitalar, motivada por **doença ou acidente** garantido pelo contrato.
2. Fica nomeadamente garantido o pagamento das despesas relacionadas com:
 - a) Honorários médicos, nomeadamente os relativos ao médico-cirurgião, anestesista, ajudantes e instrumentistas;
 - b) Internamento em unidades de cuidados intensivos;
 - c) Quimioterapia realizada em regime ambulatorio ou adquirida em hospital e efetuada no domicílio;
 - d) Radioterapia realizada em regime ambulatorio, em hospital ou clínica;
 - e) Cirurgia realizada em regime ambulatorio, em hospital ou clínica;
 - f) Cirurgia do foro estomatológico quando seja consequência de acidente que requeira tratamento de urgência em hospital, quer em regime de internamento, quer em regime ambulatorio;
 - g) Cirurgia do foro maxilo-facial quando seja consequência de acidente que requeira tratamento de urgência em hospital ou de doença coberta pelo Contrato, excluindo-se os tratamentos do foro estomatológico;
 - h) Internamento motivado por doenças do foro psíquico no máximo de quinze (15) dias por anuidade;
 - i) Diárias da Pessoa Segura;
 - j) Enfermagem (não privativa);
 - k) Exames auxiliares de diagnóstico quando prescritos e realizados durante o internamento;
 - l) Medicamentos administrados durante o internamento;

- m) Piso de sala de operação e instalações necessárias à realização dos atos médicos (bloco operatório, sala de recobro, etc.) e material usado (gases de anestesia, oxigénio, material de osteossíntese, prótese intracirúrgicas, etc.);
 - n) Transporte terrestre de ambulância para ou do hospital em Portugal, desde que o estado da Pessoa Segura o justifique.
3. Os Capitais, Comparticipações, Reembolsos, Franquias e Copagamentos encontram-se previstos nas Condições Particulares

DEFINIÇÃO

Para efeito da presente Condição Especial, considera-se **internamento** a estada num Hospital ou Clínica, sob prescrição médica, por um período superior a 24 horas que origine o pagamento de uma diária, e que não se prolongue por um espaço de tempo superior a 365 dias. Internamentos sucessivos são considerados internamentos independentes.

PERÍODOS DE CARÊNCIA

A cobertura Despesas de Assistência Hospitalar encontra-se sujeita a período de carência de noventa (90) dias.

EXCLUSÕES

1. Sem prejuízo das exclusões previstas nas Condições Gerais aplicáveis a esta cobertura, não fica garantido ao abrigo da presente Condição Especial o pagamento das despesas de internamento relacionadas com:
 - a) Cirurgias e tratamentos do foro estomatológico, exceto se resultante de acidente garantido pelo contrato;
 - b) Parto ou interrupção involuntária da gravidez, exceto neste último caso se resultante de doença ou acidente garantido pelo contrato;
 - c) Quaisquer atos cirúrgicos relacionados com doenças que não se tenham manifestado.

LIMITE DE INDEMNIZAÇÃO DOS HONORÁRIOS MÉDICOS

Salvo disposição em contrário e relativamente às prestações indemnizatórias, os honorários do cirurgião, anestesista e ajudantes ficam limitados ao valor que resulta do produto entre o valor estipulado nas Condições Particulares ao “K” médio e o número de “K” atribuído ao ato médico que originou a despesa, de acordo com o Código de Nomenclatura e Valores Relativos de Atos Médicos.

Por Código da Nomenclatura e Valores Relativos de Atos Médicos entende-se a tabela oficial publicada pela Ordem dos Médicos que inclui todas as intervenções cirúrgicas valorizadas em número de “K”, sendo atribuído tantos mais “K” quanto maior for a complexidade do ato médico efetuado.

A AdvanceCare e/ou o Segurador comprometem-se a informar previamente ao internamento, o número de “K” atribuídos ao ato médico, desde que solicitado pela Pessoa Segura

G2. PARTO – PLANOS MIDDLE, PLUS E BEST +

GARANTIA

1. Ao abrigo da presente Condição Especial, quando contratada e expressamente indicada nas Condições Particulares, fica garantido o **pagamento das despesas** efetuadas pela Pessoa Segura em regime de prestações convencionadas ou prestações indemnizatórias em consequência **de internamento numa unidade hospitalar quando diretamente motivado por:**
 - a) Parto;
 - b) Cesariana;
 - c) Interrupção involuntária da gravidez.
2. Fica nomeadamente garantido o pagamento das despesas relacionadas com:
 - a) Diárias, quer da parturiente, quer do recém-nascido, enquanto durar o internamento da parturiente;
 - b) Honorários médicos, nomeadamente os relativos ao médico obstetra, pediatra, anestesista, ajudantes e instrumentistas quando tal se justifique;
 - c) Instalações necessárias à realização dos atos (bloco operatório, sala de recobro, sala de parto, etc.) e material usado (gases de anestesia, oxigénio, etc.);
 - d) Medicamentos administrados durante o internamento;
 - e) Exames auxiliares de diagnóstico quando prescritos e realizados durante o internamento;
 - f) Enfermagem (não privativa);
 - g) Transporte terrestre de ambulância para ou do hospital, em Portugal, desde que o estado da Pessoa Segura o justifique.
3. Os Capitais, Comparticipações, Reembolsos, Franquias e Copagamentos encontram-se previstos nas Condições Particulares.

PERÍODOS DE CARÊNCIA

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

EXCLUSÕES

Sem prejuízo das exclusões previstas nas Condições Gerais aplicáveis a esta cobertura, não fica garantido ao abrigo da presente Condição Especial o pagamento de honorários de parteiras.

G3. ASSISTÊNCIA AMBULATORIA

G3.1. PLANO LIGHT +

GARANTIA

1. Ao abrigo da presente Condição Especial, quando contratada e expressamente indicada nas Condições Particulares, fica garantido o **pagamento das despesas** efetuadas pela Pessoa Segura em regime de prestações convencionadas.
2. Fica nomeadamente garantido o pagamento das despesas relacionadas com:
 - a) Honorários médicos de consultas de clínica geral e especialidade, até ao limite de oito (8) por anuidade;
 - b) Análises clínicas, até ao limite de três (3) prescrições por anuidade;
 - c) Exames Auxiliares de Diagnóstico, até ao limite de três (3) prescrições por anuidade;

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

PERÍODOS DE CARÊNCIA

A cobertura Despesas de Assistência Ambulatória encontra-se sujeita a período de carência de noventa (90) dias.

EXCLUSÕES

Sem prejuízo das exclusões previstas nas Condições Gerais aplicáveis a esta cobertura, não fica garantido ao abrigo da presente Condição Especial o pagamento das seguintes despesas com cuidados médicos:

- Consultas, tratamentos e cirurgias do foro estomatológico;
- Consultas e tratamentos e apoio e orientação psicológica;
- Consultas, tratamentos ou quaisquer outras despesas realizadas em acupunctura, homeopatia, medicina natural ou qualquer outro tipo de terapêuticas não convencionais.

G3.2. PLANOS MIDDLE, PLUS E BEST +

GARANTIA

- Ao abrigo da presente Condição Especial, quando contratada e expressamente indicada nas Condições Particulares, fica garantido o **pagamento das despesas** efetuadas pela Pessoa Segura em regime de prestações convencionadas ou prestações indemnizatórias **com cuidados médicos ambulatoriais**.
- Fica nomeadamente garantido o pagamento das despesas relacionadas com:
 - Honorários médicos de consultas de clínica geral e especialidade;
 - Tratamentos ambulatoriais e outros atos clínicos, desde que prescritos por médico;
 - Exames auxiliares de diagnóstico, desde que prescritos por médico;
 - Fisioterapia em caso de acidente ou doença;
 - Cinesioterapia, até ao limite de seis (6) sessões por anuidade;
 - Terapia da fala, até ao limite de seis (6) sessões por sinistro;
 - Consultas com médicos do foro psíquico até ao máximo de três (3) por anuidade;
 - Enfermagem (não privativa);
 - Transporte terrestre de ambulância de e para unidades de saúde em Portugal, desde que o estado da Pessoa Segura o justifique.
- Relativamente a despesas relacionadas com gravidez, a presente cobertura garantirá igualmente:
 - ✓ Despesas do foro da obstetrícia até ao limite de dez (10) consultas e quatro (4) ecografias por anuidade;
 - ✓ Despesas com exames de amniocentese ou outros exames para pesquisa de DNA fetal, quando os mesmos sejam medicamente necessários, entendendo-se como tal os exames efetuados a pessoas seguras com idade superior ou igual a 35 anos ou se comprovadamente existirem antecedentes obstétricos de alterações morfológicas ou de cariotipo fetal;
 - ✓ Rastreios bioquímicos pré-natais.
- Os Capitais, Comparticipações, Reembolsos, Franquias e Copagamentos encontram-se previstos nas Condições Particulares.

PERÍODOS DE CARÊNCIA

A cobertura Despesas de Assistência Ambulatória encontra-se sujeita a período de carência de noventa (90) dias.

EXCLUSÕES

Sem prejuízo das exclusões previstas nas Condições Gerais aplicáveis a esta cobertura, não fica garantido ao abrigo da presente Condição Especial o pagamento das seguintes despesas com cuidados médicos:

- a) Tratamentos cirúrgicos e/ou laser, realizados em regime ambulatorio, incluindo pequenas cirurgias;
- b) Consultas, tratamentos e cirurgias do foro estomatológico;
- c) Exercícios de ortóptica;
- d) Ginástica, natação e massagens;
- e) Consultas e tratamentos e apoio e orientação psicológica;
- f) Consultas, tratamentos ou quaisquer outras despesas realizadas em acupunctura, homeopatia, medicina natural ou qualquer outro tipo de terapêuticas não convencionais.

G4. ESTOMATOLOGIA – PLANOS PLUS E BEST + GARANTIA

1. Ao abrigo da presente Condição Especial, quando contratada e expressamente indicada nas Condições Particulares, fica garantido o **reembolso das despesas** efetuadas pela Pessoa Segura em regime de prestações convencionadas ou prestações indemnizatórias, **com internamentos, consultas ou tratamentos do foro estomatológico**.
2. Fica nomeadamente garantido o pagamento das despesas relacionadas com:
 - a) Intervenções cirúrgicas, com ou sem internamento, quando motivadas por doença;
 - b) Honorários médicos;
 - c) Tratamentos ambulatorios e outros atos clínicos desde que prescritos por estomatologista;
 - d) Exames auxiliares de diagnóstico;
 - e) Limpezas dentárias;
 - f) Próteses dentárias;
 - g) Ortodontia;
 - h) Enfermagem (não privativa) quando haja lugar a internamento.
3. Os Capitais, Participações, Reembolsos, Franquias e Copagamentos encontram-se previstos nas Condições Particulares.

PERÍODOS DE CARÊNCIA

A cobertura Despesas de Estomatologia encontra-se sujeita a período de carência de noventa (90) dias.

EXCLUSÕES

Sem prejuízo das exclusões previstas nas Condições Gerais aplicáveis a esta cobertura, não fica garantido ao abrigo da presente Condição Especial o pagamento de:

- a) Despesas relacionadas com o branqueamento dentário;
- b) Despesas efetuadas com taxas moderadoras.

G5. PRÓTESES E ORTÓTESES – PLANO BEST +

GARANTIA

1. Ao abrigo da presente Condição Especial, quando contratada e expressamente indicada nas Condições Particulares, fica garantido **o pagamento das despesas** efetuadas pela Pessoa Segura em regime de prestações convencionadas ou prestações indemnizatórias, **com próteses e ortóteses, desde que prescritas por médicos, ou ainda por optometristas nos casos previstos nas alíneas a) e b) do número seguinte.**
2. Fica nomeadamente garantido o pagamento das seguintes despesas:
 - a) Aquisição de aros e respetivas lentes, desde que graduadas;
 - b) Aquisição de lentes de contacto, desde que graduadas;
 - c) Aquisição de próteses ou ortóteses auditivas, oftalmológicas e ortopédicas, exceto calçado ortopédico. Neste último caso, o reembolso incide exclusivamente sobre a correção feita no calçado;
 - d) Aluguer ou aquisição de cadeiras de rodas, camas articuladas e outros equipamentos auxiliares, desde que o valor do aluguer não exceda o valor da aquisição.
3. Os Capitais, Participações, Reembolsos, Franquias e Copagamentos encontram-se previstos nas Condições Particulares.

PERÍODOS DE CARÊNCIA

A cobertura Despesas com Próteses e Ortóteses encontra-se sujeita a período de carência de noventa (90) dias.

EXCLUSÕES

Sem prejuízo das exclusões previstas nas Condições Gerais aplicáveis a esta cobertura, não fica garantido ao abrigo da presente Condição Especial o reembolso das despesas com:

- a) Óculos de sol com graduação inferior a quatro (4) dioptrias;
- b) Próteses estomatológicas;
- c) Aquisição de collants, meias elásticas e cintas ortopédicas, e quaisquer outros produtos utilizados para o tratamento das varizes;
- d) Colchões e almofadas ortopédicos.

G6. SEGUNDA OPINIÃO MÉDICA – TODOS OS PLANOS

GARANTIA

1. Ao abrigo da presente Condição Especial, quando prevista nas Condições Particulares, o Segurador desenvolve, em caso de doença da pessoa segura, as **ações necessárias à recolha de uma Segunda Opinião Médica por parte dos melhores especialistas a nível mundial, relativamente ao diagnóstico da patologia e respetivos tratamentos adequados.**

Para o efeito, a AdvanceCare/Segurador coordena a recolha da informação, solicitando, se tal for necessário, a realização de novos exames médicos, análises clínicas e/ou radiografias, e procede ao envio da mesma para o médico especialista que considere mais apropriado tendo em conta a patologia da Pessoa Segura.

Logo que o médico especialista se pronuncie, a AdvanceCare/Segurador procede à interpretação do relatório e envia à Pessoa Segura as conclusões e recomendações finais.
2. Em complemento à obtenção da segunda opinião médica, o Segurador, quando a Pessoa Segura tome a iniciativa de realizar tratamentos médicos no estrangeiro, assegura a prestação dos seguintes serviços:

- a) Seleção e fornecimento de referências à Pessoa Segura sobre os médicos especialistas e hospitais estrangeiros selecionados pela AdvanceCare/Segurador a pedido da Pessoa Segura, ou diretamente indicados por esta;
- b) Obtenção de orçamentos e custos estimados com honorários e hospitalização relativos ao serviço médico a realizar no estrangeiro;
- c) Marcação de consultas médicas com os especialistas selecionados pela AdvanceCare/Segurador ou com os indicados pela Pessoa Segura;
- d) Marcação de reservas de transportes e alojamentos no estrangeiro para a Pessoa Segura e seus familiares;
- e) Formalização dos trâmites prévios necessários à admissão da Pessoa Segura no hospital;
- f) Apresentação e orientação da Pessoa Segura no hospital onde será internada e coordenação do atendimento a prestar;
- g) Revisão, controlo e análise das faturas correspondentes aos tratamentos/consultas efetuados;
- h) Realização de auditorias completas a todas as faturas e despesas médicas suportadas pela Pessoa Segura;
- i) Negociação de descontos a favor da Pessoa Segura junto dos médicos especialistas e hospitais.

DEFINIÇÃO

Para efeitos exclusivos da presente Condição Especial, consideram-se enquadradas as seguintes doenças ou condições clínicas:

- Doenças infecciosas;
- Doenças neurológicas;
- Doenças neurocirúrgicas;
- Doenças cardiovasculares;
- Doenças cancerígenas;
- Tumores benignos;
- Doenças oftalmológicas;
- Doenças otorrinolaringológicas (ORL);
- Doenças hematológicas;
- Transplante de órgãos;
- Doenças renais e urológicas;
- Doenças respiratórias;
- Doenças ginecológicas e obstétricas;
- Doenças gastrointestinais e hepáticas;
- Doenças endocrinológicas e metabólicas;
- Doenças dermatológicas;
- Doenças músculo-esqueléticas;
- Doenças reumatologias e do tecido conjuntivo excluindo fibromialgia e síndrome de fadiga crónica;

EXCLUSÕES

Sem prejuízo das exclusões previstas nas Condições Gerais aplicáveis a esta cobertura, não ficam garantidos ao abrigo da presente Condição Especial:

- a) Quaisquer serviços solicitados à AdvanceCare/Segurador quando a Pessoa Segura não sofra de doença nos termos acima definidos;
- b) Doenças agudas (de curta duração);
- c) Doenças psiquiátricas;
- d) Problemas odontológicos;
- e) Quaisquer doenças que não tenham sido avaliadas por um médico;
- f) Serviços não solicitados à AdvanceCare/Segurador;
- g) Quaisquer despesas médicas com honorários, medicamentos e/ou internamentos no estrangeiro;
- h) Despesas de transporte e alojamento em Portugal e no estrangeiro;
- i) Quaisquer perdas ou danos originados, direta ou indiretamente, pela opinião dos médicos e/ou profissionais consultados.

G7. DOENÇAS GRAVES INTERNACIONAL – PLUS E BEST+

ART. 1º - GARANTIA

Quando contratada esta cobertura, o segurador garante, até ao valor fixado e nos termos previstos nas Condições Particulares da Apólice, o pagamento das despesas suportadas pela Pessoa Segura, em regime de prestações convencionadas, com diagnósticos, tratamentos, internamentos, serviços ou prescrições ou provisões médicas consideradas clinicamente necessárias, quando as mesmas resultem ou sejam consequência de qualquer uma das Doenças Graves ou Situações Clínicas a seguir indicadas, cujos primeiros sintomas e primeiro diagnóstico ocorram durante o período de vigência da apólice, após o decurso do respetivo período de carência.

Quando se verificar uma doença grave ou situação clínica identificada no número anterior, o Segurador garante a comparticipação das despesas abaixo referidas, de acordo com os limites fixados nas Condições Particulares:

- a) **Tratamentos oncológicos** que envolvam o tratamento de um tumor maligno caracterizado pelo crescimento não encapsulado e descontrolado, propagação de células malignas e invasão de tecidos. Isto inclui a leucemia e a doença de Hodgkin.

Estão expressamente excluídos:

- Qualquer tumor histologicamente descrito como pré-maligno ou com alterações malignas precoces;
- Cancros não invasivos ou “in situ”;
- Tumores na presença de qualquer vírus da imunodeficiência humana;
- Cancros de pele, com exceção do melanoma maligno;
- Cancro da bexiga papilífera.

- b) **Neurocirurgia** - Qualquer intervenção invasiva ou não invasiva do cérebro ou outras estruturas neurológicas intracranianas, decorrente de uma doença, bem como tumores benignos da coluna vertebral;
- c) **Doenças coronárias que exijam Cirurgia Coronária Arterial - By-Pass** - Cirurgia para corrigir a estenose ou obstrução de pelo menos duas artérias coronárias e cirurgia da artéria aorta. Em qualquer uma das situações será necessário fornecer evidências angiográficas da doença subjacente;
- d) **Transplante de Órgãos** - O transplante cirúrgico de coração, pulmão, fígado, rim e pâncreas;
- e) **Transplante de Medula Óssea** - Envolve o transplante cirúrgico no qual o segurado receba medula óssea devido a danos irreversíveis na função correspondente. Essa medula óssea deve ser compatível com outra do mesmo tipo cuja origem seja:

- i. do próprio Segurado, ou seja, transplante autólogo de medula óssea ou;
- ii. de outro ser humano identificado como dador compatível, ou seja, transplante alogénico de medula óssea.

f) Substituição de Válvulas do Coração – Traduz-se na substituição total de uma ou mais válvulas cardíacas para o tratamento de uma patologia. Será necessário fornecer informação hemodinâmica ou ecocardiográfica sobre a doença subjacente.

ART. 2º - DESPESAS COBERTAS

Verificada, pelos Serviços do Segurador, qualquer uma das Doenças Graves ou condições clínicas mencionadas no Artigo 1º, fica garantido o pagamento das seguintes despesas:

- a) Despesas de Internamento Hospitalar:**
 - Diária hospitalar da Pessoa Segura, que inclui as despesas resultantes da permanência em quarto individual, enfermaria ou unidade de cuidados intensivos, bem como as despesas médicas, enfermagem e outras enquadráveis no internamento em causa;
 - Despesas correspondentes ao custo de uma cama adicional para o acompanhante, sempre que o hospital disponibilize esse serviço e que o mesmo se justifique clinicamente;
 - Outros cuidados em meio hospitalar, incluindo as consultas externas.
- b) Despesas realizadas em cirurgia de ambulatório, desde que o tratamento médico-cirúrgico em causa esteja incluído no âmbito desta cobertura;**
- c) Despesas decorrentes de tratamentos médico-cirúrgicos relacionadas com:**
 - Despesas de anestesia, sempre que as mesmas forem efetuadas por um médico anestesista;
 - Exames auxiliares de diagnóstico e despesas com tratamentos de: radioterapia, isótopos radioativos, quimioterapia, e outros tratamentos considerados clinicamente necessários à situação em causa e requeridos para o diagnóstico e tratamento de uma patologia coberta e sempre que tenham sido resultantes de prescrição médica;
 - Transfusões de sangue e prescrição de soros;
 - Oxigénio e respetivos produtos de consumo e tratamentos endovenosos e outros injetáveis;
- d) Despesas com medicamentos de prescrição médica enquanto a Pessoa Segura estiver hospitalizada ou após a alta até um período máximo de 30 dias, desde que os mesmos sejam prescritos no âmbito da cobertura;**
- e) Todas as despesas relacionadas com o transplante de medula, após diagnóstico de doença incluída na cobertura;**
- f) Próteses intracirúrgicas sempre que a patologia em causa esteja incluída na cobertura;**
- g) Se a deslocação da Pessoa Segura exigir a utilização de ambulância, terrestre ou aérea, ficam garantidos os respetivos custos, desde que a mesma seja prescrita por médico e pré-autorizada pelo Segurador. Despesas com uma viagem de ida e volta em linha aérea regular (classe económica) para a Pessoa Segura e um acompanhante, se clinicamente a mesma se justificar.**
- h) Despesas de alojamento da Pessoa Segura e do seu acompanhante quando viagem para fora de Portugal, com o único objetivo de receber tratamento para uma doença ou procedimento médico coberto com um limite máximo por noite indicado nas Condições Particulares.**
- i) Em caso de falecimento da Pessoa Segura durante a estadia para tratamento, autorizado pelo Segurador, motivado por doença incluída nas coberturas, ficam cobertas as despesas**

de deslocação do féretro até ao lugar da sua inumação em Portugal, embalsamamento e outras formalidades administrativas.

ART. 3º - LIMITES DE INDEMINIZAÇÃO

- Condições e patologias cobertas: Tratamentos Oncológicos, Neurocirurgia, Doenças coronárias que exijam Cirurgia Coronária Arterial - By-Pass, Transplante de órgãos, Transplante de medula óssea e Substituição de válvulas do coração, realizados fora de Portugal;
- Limite por pessoa segura para todas as garantias: € 1.000.000 por ano com um limite máximo de € 2.000.000 por todo o período de vigência do contrato;
- Garantias adicionais:
 - i. Despesas com medicamentos de prescrição médica, após o regresso a Portugal: € 20.000 por ano e por pessoa segura;
 - ii. Despesas de transporte aéreo regular para pessoa segura e acompanhante, com deslocação de ida e volta: € 15.000 por ano;
 - iii. Despesas de alojamento da pessoa segura e acompanhante: limite de € 250 por noite e por pessoa, com um limite anual de € 15.000.
 - iv. Despesas de deslocação do féretro até ao lugar da sua inumação em Portugal, embalsamamento e outras formalidades administrativas: limite de €10.000.

ART. 4º - EXCLUSÕES

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

- a) Quaisquer despesas incorridas, relacionadas ou decorrentes de qualquer diagnóstico, tratamento, serviço, prestação ou prescrição de qualquer natureza ocorrida em Portugal, exceto as despesas de farmácia após a realização de tratamentos no estrangeiro;
- b) Quaisquer despesas incorridas, relacionadas ou decorrentes de qualquer diagnóstico, tratamento, serviço, prestação ou prescrição de qualquer natureza ocorrida em qualquer parte do mundo, quando o Segurado esteja a residir fora de Portugal por um período igual ou superior a 60 dias no intervalo de 12 meses.
- c) Todos os tipos de doenças congénitas ou preexistentes, lesões, defeitos ou deformações à data de início da apólice;
- d) Cuidados de saúde para doenças ou ferimentos causados por atos de guerra, terrorismo, terremotos, motins, rixas, inundações, erupções vulcânicas, bem como as consequências diretas e indiretas da reação nuclear e qualquer outro fenómeno extraordinário ou catastrófico, assim como epidemias e pandemias declaradas oficialmente.
- e) Qualquer doença ou condição que seja diagnosticada ou manifeste os seus primeiros sintomas durante o período de carência de 180 dias mencionado no artigo 6º.
- f) No cancro são excluídos:
 - Qualquer tumor histologicamente descrito como pré-maligno ou mostrando apenas as primeiras alterações malignas;
 - Cancros não invasivos ou "in situ";
 - Tumores na presença de qualquer vírus da imunodeficiência humana;
 - Cancros de pele, com exceção do melanoma maligno;
 - Cancro da bexiga papilífera.
- g) Qualquer quadro clínico que não esteja prevista na presente cobertura;

- h)** A Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA), bem como qualquer outra doença relacionada com o Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), bem como todas aquelas que sejam consequência do seu tratamento;
- i)** Despesas efetuadas sem aprovação e pré-autorização do Segurador ainda que sejam clinicamente necessárias e consideradas indemnizáveis ao abrigo desta cobertura;
- j)** Despesas decorrentes de serviços de custódia, cuidados domiciliários ou outros, mesmo quando esses serviços sejam requeridos ou necessários como consequência de uma doença coberta;
- k)** Qualquer despesa realizada fora do âmbito de prestadores médicos internacionais recomendados pelo Segurador;
- l)** Qualquer tipo de próteses ou ortóteses, exceto as intracirúrgicas, aparelhos ortopédicos, cintas, ligaduras, muletas, membros ou órgãos artificiais, perucas (mesmo quando o seu uso for considerado necessário durante o tratamento de quimioterapia), sapatos ortopédicos, fundas inguinais para hérnias e outros equipamentos ou artigos similares, com exceção das próteses mamárias necessárias em resultado de mastectomia por cancro garantido ao abrigo desta cobertura;
- m)** Despesas com doença das artérias coronárias tratadas com recurso a técnicas não cirúrgicas, nomeadamente: cateterismo, angioplastia, stent;
- n)** Todos os medicamentos e outros produtos farmacêuticos que não sejam receitados ou prescritos por um médico;
- o)** Despesas com a compra ou aluguer de cadeiras de rodas, camas articuladas, aparelhos de ar condicionado, purificadores de ar, e quaisquer outros artigos ou equipamentos similares;
- p)** Despesas que não sejam de índole médica, realizadas pela Pessoa Segura ou pelos seus acompanhantes, com a exceção das expressamente garantidas ao abrigo da presente cobertura;
- q)** Despesas com o transplante de órgãos transgénicos, geneticamente modificados, órgãos de animais, mecânicos ou de natureza provisória;
- r)** Despesas de assistência e custódia decorrentes de situações de demência ou défice cognitivo;
- s)** Despesas com medicinas alternativas, mesmo que prescritas de forma específica por um médico e reconhecidas pela respetiva Ordem Profissional;
- t)** Os tratamentos experimentais, bem como todos aqueles procedimentos diagnósticos, terapêuticos e/ou cirúrgicos cuja segurança e eficácia não estejam cientificamente comprovadas;
- u)** Não estão garantidas as despesas resultantes de traumatismos cranianos, tanto na fase aguda, como nas suas complicações a médio e longo prazo;
- v)** Não estão garantidas as cirurgias de By-Pass das artérias coronárias, derivadas de lesões traumáticas ou alterações congénitas das mesmas;
- w)** Não estão garantidas as cirurgias relacionados com as válvulas cardíacas, derivadas de lesões traumáticas ou alterações congénitas das mesmas;
- x)** Não estão garantidos quaisquer transplantes de órgãos ou tecidos quando:
 - A Pessoa Segura for ela própria uma dadora para um terceiro;
 - A necessidade de transplante resultar de patologia congénita;
 - A necessidade de transplante resultar de toxicodependência e cirrose hepática de etiologia alcoólica;
 - O transplante configurar um ato cirúrgico de autotransplante, com exceção de transplante de medula óssea;

- y) Honorários com guia-intérprete, despesas com telecomunicações e outras despesas para artigos pessoais ou não médicos, ou para quaisquer outros serviços prestados ao acompanhante.
- z) Despesas improcedentes e desproporcionais que não tenham sido aprovadas pelo Segurador.

A Pessoa Segura deve, em qualquer circunstância, autorizar os Médicos e unidades hospitalares a facultarem aos serviços clínicos do Segurador os relatórios clínicos e quaisquer outros elementos que esta tenha por convenientes para documentação do processo.

ART. 5º - ÂMBITO TERRITORIAL

A Cobertura Médica Internacional é válida para despesas efetuadas em qualquer parte do Mundo (exceto Portugal) onde exista a rede Internacional de Prestadores, carecendo sempre de autorização do Segurador.

ART. 6º - LIMITE DE INDEMNIZAÇÃO

Esta cobertura está limitada a 1.000.000,00€ por pessoa segura. Caso o contrato de seguro venha a vigorar por um período superior a um ano, o limite de capital aplicável para a totalidade da vigência do contrato por Pessoa Segura será de 2.000.000,00€.

ART 7º - PERÍODO DE CARÊNCIA

O Segurado só terá direito ao pagamento de qualquer indemnização sempre que a manifestação de qualquer uma das patologias cobertas pela apólice seja diagnosticada ou sejam manifestados os primeiros sintomas decorrido um período de cento e oitenta (180) dias após a data de início da apólice.

ART 8º - PRÉ-AUTORIZAÇÃO

Em qualquer situação, o pagamento das despesas mencionadas no Artigo 2º destas Condições Especiais, ficará sempre dependente da sua prévia apreciação por parte do Segurador, devendo para o efeito, a Pessoa Segura ou alguém em seu nome, solicitar ao Segurador o respetivo pedido de pré-autorização.

Nota: O incumprimento de qualquer uma das obrigações constante dos pontos anteriores, será considerado como uma renúncia expressa ao direito à indemnização.

O Segurador ficará isento de toda a responsabilidade no que se refere a despesas efetuadas sem a respetiva pré-autorização.

G8. ACESSO ÀS REDES ADVANCECARE – TODOS OS PLANOS

G8.1. REDES ADVANCECARE

GARANTIA

Ao abrigo da presente condição especial, quando prevista nas Condições Particulares, fica garantido, o direito de acesso à Rede de Assistência Médica em Portugal, à Rede de Estomatologia ou Medicina Dentária Dentinet, Rede de Bem Estar e Rede Médica em Espanha (HNA), suportando a pessoa segura a totalidade dos custos convencionados com o Gestor das Redes (nas coberturas em que não há capital garantido).

G8.2 - ASSISTÊNCIA ÀS PESSOAS

DEFINIÇÕES:

ACIDENTE CORPORAL: Para efeito do artigo 4.º desta Condição Especial considera-se Acidente Corporal todo e qualquer acontecimento fortuito, súbito e violento devido a causa exterior e estranha à vontade da Pessoa Segura, e que nesta origine lesões corporais suscetíveis de impedir o prosseguimento da viagem.

DOENÇA: Para efeito do artigo 4.º desta Condição Especial considera-se Doença toda a alteração súbita e imprevisível do estado de saúde da Pessoa Segura, confirmada pelo médico que impeça o prosseguimento da viagem.

SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA: A entidade que, em nome e por conta do Segurador, presta os serviços e ou as prestações garantidas, conforme disposto nas Condições Gerais e Especiais.

- a) **ASSISTÊNCIA MÉDICA EM PORTUGAL**
- b) **ASSISTÊNCIA MÉDICA EM PORTUGAL EM CASO INTERNAMENTO HOSPITALAR**
- c) **ASSISTÊNCIA EM VIAGEM NO ESTRANGEIRO**
- d) **ASSISTÊNCIA A ANIMAIS DOMÉSTICOS**
- e) **ASSISTÊNCIA NO LAR**

G9. CLÁUSULA PARTICULAR – TODOS OS PLANOS

Quando expressamente indicada nas Condições Particulares da Apólice, ao contrato poder-se-á aplicar a seguinte Cláusula Particular:

"EXTENSÃO TERRITORIAL"

Conforme estabelecido no n.º 3 do artigo 4.º das Condições Gerais, fica garantido o pagamento de despesas de saúde, nos termos e condições indicados.

H. LIMITE DE IDADE DE ADEÇÃO

O limite de idade de adesão de cada Pessoa Segura é 65 anos.

I. DURAÇÃO, RENOVAÇÃO E DENÚNCIA DO CONTRATO

O contrato pode ser celebrado por um período de tempo certo e determinado (seguro temporário) ou por um ano e seguintes, caso em que se renovará sucessivamente no termo de cada anuidade, por períodos anuais, exceto se qualquer das partes o denunciar com a antecedência de, pelo menos, 30 dias em relação ao termo da anuidade.

J. LIVRE RESOLUÇÃO PELO TOMADOR DO SEGURO QUANDO PESSOA SINGULAR

1. Quando o contrato for celebrado por uma duração igual ou superior a seis (6) meses, o Tomador do Seguro, sendo pessoa singular, dispõe de um prazo de trinta (30) dias a contar da receção da Apólice para poder resolver o contrato sem invocar justa causa, sem prejuízo do disposto no número seguinte.
2. O prazo previsto no número anterior conta-se a partir da data de celebração do contrato, desde que o Tomador do Seguro, nessa data, disponha em papel ou noutro suporte duradouro, de todas as informações relevantes que tenham de constar da apólice.
3. A resolução do contrato, nos termos acima definidos, deve ser comunicada ao Segurador por escrito, em suporte de papel ou outro meio duradouro disponível e acessível ao Segurador.

4. A resolução do contrato, nos termos acima definidos, tem efeito retroativo, tendo, porém, o Segurador direito ao:

- a) Valor do Prémio relativo ao período de tempo já decorrido, na medida em que tenha suportado o risco;**
- b) Montante das despesas razoáveis que o Segurador tenha efetuado com exames médicos sempre que esses valores sejam imputados contratualmente ao Tomador do Seguro.**

K. EFEITOS DO CONTRATO

- 1. O contrato e respetivas coberturas produzirão efeitos a partir do momento em que o respetivo prémio ou fração inicial sejam pagos pelo Tomador do Seguro.
- 2. O disposto no número anterior não prejudica o decurso dos períodos de carência aplicáveis ao contrato.

L. CONSOLIDAÇÃO DO CONTRATO

Passados trinta (30) dias após a entrega da apólice por parte do Segurador, ocorre a consolidação do contrato, não podendo o Tomador do Seguro, após essa data, invocar qualquer desconformidade entre o acordado e o conteúdo da apólice que não resulte de documento escrito ou de outro suporte duradouro.

M. PRÉMIO, FORMA DE PAGAMENTO E ENCARGOS LEGAIS

- 1. O prémio a pagar ao segurador será calculado por aplicação dos prémios de tarifa, das coberturas efetivamente contratadas, de acordo com os capitais seguros e eventuais franquias indicadas na proposta pelo Tomador do Seguro, podendo ainda ser influenciado pela avaliação de questionários médicos, de informação clínica adicional ou de resultados de exames médicos solicitados pelo Segurador para avaliação do risco proposto.
- 2. O pagamento do prémio é feito pela forma convencionada entre o Segurador e o Tomador.
- 3. Quando acordado entre o segurador e o tomador do seguro, o prémio poderá ser pago fracionadamente, com uma periodicidade mensal, trimestral ou semestral.
- 4. O prémio ou fração inicial é devido na data da celebração do contrato, pelo que a eficácia deste depende do respetivo pagamento.
- 5. Os prémios ou frações seguintes são devidos na data indicada no aviso para pagamento respetivo.
- 6. Nos termos da lei, na falta de pagamento do prémio ou fração inicial o contrato considera-se resolvido desde o início, não produzindo quaisquer efeitos.
- 7. A falta de pagamento do prémio de uma anuidade subsequente ou da 1ª fração deste na data em que é devido, impede a prorrogação do contrato, pelo que este não se renova. A falta de pagamento de qualquer outra fração do prémio na data em que é devida, determina a resolução automática e imediata do contrato nessa mesma data.
- 8. A falta de pagamento, na data indicada no aviso, de um prémio adicional, desde que este decorra de um pedido do tomador do seguro para alteração da garantia que não implique agravamento do risco, determinará que a alteração fique sem efeito, mantendo-se as condições contratuais em vigor anteriormente àquele pedido, a menos que a subsistência do contrato se revele impossível, caso em que se considera resolvido na data do vencimento do prémio não pago.
- 9. A falta de pagamento, na data indicada no aviso, de um prémio adicional resultante de uma modificação do contrato fundada num agravamento superveniente do risco, determina a resolução automática do contrato nessa data.

10. Não havendo alteração no risco, qualquer alteração do prémio aplicável ao contrato apenas pode efetuar-se no vencimento anual seguinte.
11. No prémio total a pagar pelo Tomador incluem-se os impostos, bem como os restantes encargos parafiscais e contribuições legalmente devidos.

N. RESPONSABILIDADE MÁXIMA DO SEGURADOR EM CADA PERÍODO DE VIGÊNCIA DO CONTRATO

1. Os valores máximos garantidos pelo contrato, assim como as franquias contratadas e os períodos de carência aplicáveis, constam das Condições Particulares e vigoram em cada anuidade do contrato.
2. O Segurador garante à Pessoa Segura o pagamento, em moeda euro, das despesas efetuadas, até ao limite contratado, em cada período de vigência do contrato.
3. Sendo atingidos os limites de capital seguro contratualmente estabelecidos, haverá lugar à interrupção ou descontinuidade de prestação de cuidados de saúde.
4. Salvo convenção em contrário, nas situações de acerto de vencimento, os valores garantidos são proporcionais ao tempo em risco.

O. LEI APLICÁVEL, SUPERVISÃO, RECLAMAÇÕES E ARBITRAGEM

1. A lei aplicável a este contrato é a lei portuguesa.
2. Para além do expressamente disposto no presente contrato, rege-se o mesmo pelas disposições legais e regulamentares aplicáveis, designadamente, pelo Regime Jurídico do Contrato de Seguro, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 72/2008, de 16 de abril.
3. A autoridade de supervisão é a Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões (ASF), cujo endereço eletrónico é www.asf.com.pt
4. Quaisquer reclamações relacionadas com o presente contrato poderão ser dirigidas:
 - a) À Área Jurídica e de Compliance, localizada na sede da Companhia, podendo o contacto ser feito através do endereço de e-mail: reclamacoes@unaseguros.pt;
 - b) Ao Provedor do Cliente, melhor identificado em www.unaseguros.pt, podendo o contacto ser feito através do endereço de e-mail provedor.cliente@unaseguros.pt;
 - c) À Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões (ASF).
5. De entre as entidades de Resolução Alternativa de Litígios de Consumo (RAL) disponíveis, a que tem competência específica para o setor segurador – e à qual o Segurador é aderente – é o Centro de Informação, Mediação, Provedoria e Arbitragem de Seguros – CIMPAS, cujo endereço eletrónico é <https://www.cimpas.pt/pt>. A lista completa das entidades RAL está disponível na página da Direção-Geral do Consumidor, em <https://www.consumidor.pt/>.

P. VALIDADE

1. O presente documento tem validade indefinida.
2. O segurador reserva-se o direito de, a qualquer momento, alterar as presentes informações pré-contratuais, sendo que as alterações verificadas apenas produzirão efeitos em contratações ocorridas em momento posterior.