OneCare

SEGURO DE SAÚDE

Documento de Informação sobre o Produto de Seguros

Aegon Santander Portugal Não Vida, Companhia de Seguros, S.A., com sede em Portugal.

A informação pré-contratual e contratual completa sobre este produto de seguro é prestada noutros documentos.

Qual é o tipo de seguro?

Produto do ramo de seguros de doença e cobre riscos relacionados com a prestação de cuidados de saúde.

Que riscos são segurados?

Coberturas possíveis de contratar

- ✓ Internamento hospitalar
- ✓ Parto e interrupção involuntária da gravidez
- ✓ Assistência em regime ambulatório
- ✓ Medicina dentária
- ✓ Próteses e ortóteses
- ✓ Medicamentos
- ✓ Subsídio diário de internamento em hospital privado
- ✓ Subsídio diário de internamento em hospital privado – doenças graves
- ✓ 2ª opinião médica internacional
- ✓ Tratamentos no estrangeiro em caso de doença grave
- ✓ Medicina online
- ✓ Saúde mental
- ✓ Assistência OneCare
- ✓ Acesso à rede médica
- ✓ Acesso à rede de estomatologia
- ✓ Acesso à rede de saúde e bem-estar
- ✓ Medicina preventiva
- ✓ Extensão ao estrangeiro
- ✓ Assistência clínica em viagem

Capital seguro

O capital seguro tem várias opções de acordo com as coberturas selecionadas e contratadas, constando da informação pré-contratual e contratual legalmente exigida a respetiva identificação. Renova-se anualmente e pode aplicar-se a cada pessoa segura ou à família.

Que riscos não são segurados?

- ✗ Doenças, lesões ou deformações preexistentes à data de celebração desta apólice
- ✗ Perturbações do foro da saúde mental
- ✗ Tratamentos de infertilidade
- ✗ Interrupção voluntária da gravidez
- ✗ Tratamentos de obesidade
- ✗ Doenças e acidentes objeto de seguros obrigatórios
- ✗ Tratamentos ou cirurgias do foro estético
- ✗ Tratamentos clinicamente desnecessários
- ✗ **Estas e outras das 40 exclusões gerais, assim como as exclusões específicas a cada cobertura, encontram-se detalhadas nas condições do seguro.**

Há alguma restrição da cobertura?

- ! Omissão dolosa ou negligente de informação relevante, que pode resultar na recusa de sinistros ou mesmo anulação da apólice
- ! Franquias, copagamentos, limite de capital seguro associado a cada cobertura
- ! Período de carência associado a cada cobertura ou tratamentos específicos
- ! Limite ao valor do coeficiente "K", de acordo com o Código de Nomenclatura e Valor Relativo de Atos Médicos, em reembolsos fora da rede convencionada
- ! Despesas efetuadas fora da rede convencionada ou não autorizadas pelo segurador
- ! Despesas efetuadas fora do âmbito territorial da apólice ou cobertura específica

Onde estou coberto?

- ✓ Em Portugal e, para algumas coberturas opcionais, também no estrangeiro.

SSPIPCNRMTV02_090625

Santander Entidade Distribuidora

aegon Santander Seguros

Quais são as minhas obrigações?

Antes da celebração do contrato

- Prestar ao segurador toda a informação cuja relevância seja evidente e de senso comum para os riscos segurados nesta apólice, mesmo que não tenha sido expressamente solicitada;

Durante a vigência do contrato

- Suportar os custos associados a franquias e copagamentos nos termos definidos na apólice;
- Pagar atempadamente o prémio de seguro;

Em caso de sinistro

- Colaborar com o segurador na obtenção de esclarecimentos em caso de sinistro ou dos documentos que para tal forem solicitados;
- Utilizar todos os meios ao seu alcance que sejam evidentes e de senso comum para prevenir ou limitar o agravamento de qualquer doença e/ou lesão antes de intervenção médica, assim como participar o sinistro no máximo até oito dias após a sua ocorrência;
- Realizar os exames pedidos pelo segurador, uma vez determinado por um médico que é o meio mais adequado para atingir um diagnóstico;
- Enviar os recibos originais das despesas efetuadas no regime de reembolso, até 365 dias após a sua emissão.

Quando e como devo pagar?

- O prémio é devido pelo tomador do seguro e será exigível a partir do momento em que este e o segurador tenham aceitado o contrato, o que resultará na emissão da apólice e na cobrança do primeiro recibo. Os prémios seguintes são devidos até à data de vencimento de cada recibo.
- Os prémios são cobrados via domiciliação bancária de acordo e nos termos da Autorização de Débito SEPA assinada pelo tomador do seguro para o efeito.
- O prémio refere-se a uma anuidade e pode ser dividido em frações semestrais, trimestrais ou mensais.

Quando é que começa e quando é que acaba a cobertura?

- A cobertura inicia-se com a emissão da apólice pelo segurador, considerando-se formalizada através das condições particulares na data de início que aí constar e a partir do momento em que esteja pago o prémio de seguro;
- Esta apólice é um contrato com prazo anual, renovável automaticamente em cada anuidade;
- As coberturas desta apólice cessam para cada pessoa segura uma vez atingida a respetiva idade de permanência, de acordo com o estipulado em “Idades-limite de permanência”, constante na proposta de seguro e nas condições particulares.

Como posso rescindir o contrato?

- Através de **renúncia**, o tomador do seguro pode pedir a anulação da apólice, nos 30 dias seguintes à receção das condições particulares, sem ter de invocar qualquer causa, enviando uma comunicação por escrito, em papel ou noutro suporte duradouro disponível e acessível ao segurador, que nesta situação mantém o direito ao prémio correspondente ao período em que suportou o risco antes da anulação.
- Através de **revogação**, a todo o tempo, por acordo entre as partes.
- Através de **denúncia**, o segurador e o tomador do seguro podem fazer cessar o seguro unilateralmente. Esta denúncia deve ser enviada por escrito, com antecedência mínima de 30 dias em relação à data de renovação da apólice.
- Através de **resolução por justa causa** a todo o tempo, mediante entrega de comunicação expressa e fundamentada enviada por correio registado. O contrato considera-se resolvido num prazo máximo de oito dias úteis após receção da comunicação.
- A **falta de pagamento do prémio** na data de vencimento determina a resolução automática do contrato desde a data de celebração do mesmo, caso se trate do prémio inicial ou primeira fração deste. A falta de pagamento de uma fração do prémio no decurso de uma anuidade ou de um prémio adicional leva à resolução automática do contrato na data de vencimento.
- Através de **caducidade**, a apólice cessa para cada pessoa segura que atingir a idade-limite de permanência, constante nas condições particulares.
- Através de **livre resolução (para vendas à distância).** O contrato pode ser resolvido pelo tomador do seguro no prazo de 14 dias a partir da data da celebração do contrato à distância ou da data da receção, pelo tomador do seguro, dos termos do mesmo e das informações pré-contratuais legalmente definidas, que serão prestadas mediante a entrega do Documento de Informação sobre o Produto de Seguros, Condições do Seguro e Condições Particulares. Para o exercício do presente direito, o tomador do seguro deverá notificar o segurador mediante comunicação por escrito, em suporte de papel, por correio registado, para a morada correspondente à sua sede (Rua da Mesquita, n.º 6 – 1070-238 Lisboa) ou por outro meio definido no contrato, antes do termo do prazo de 14 dias.

  As comunicações que suportam estas formas de rescisão devem ser efetuadas por escrito ou em suporte duradouro.

O que fazer para se informar sobre a sua apólice e utilizar os serviços em caso de sinistro?

Deverá fazer o download da app OneCare ou contactar-nos por telefone.

Faça o *download* da app OneCare

Para aceder à app OneCare, basta fazer o seu *download* na App Store ou Google Play Store. O login é efetuado indicando o seu número de contribuinte e o número de telemóvel associado ao seguro.

Contacte o seu Assistente de Saúde OneCare, através do número +351 210 546 822

Entre as 9h00 e as 19h00, nos dias úteis, com custo de chamada para a rede fixa nacional. Para médico ao domicílio, disponível 24 horas por dia, 365 dias por ano.

ÍNDICE

Condições Gerais 5

Cláusula preliminar 5

Capítulo 1. Objeto, Definições, Exclusões e Âmbito territorial 5

01. Objeto do contrato 5
02. Definições 5
03. Exclusões Gerais – o que não está coberto 11
04. Âmbito territorial 16

Capítulo 2. Declaração inicial de risco, início e vigência da apólice 16

05. Declaração inicial de risco 16
06. Incumprimento doloso 16
07. Incumprimento negligente 16
08. Início da apólice 16
09. Renovação da apólice 17
10. Início das coberturas 17
11. Limite temporal das coberturas 17
12. Alterações à apólice 17
13. Cessação da apólice 18
14. Responsabilidade do segurador em caso de não renovação da apólice 20

Capítulo 3. Coberturas e obrigações das partes 20

15. Como se utilizam as coberturas 20
16. Obrigações do segurador 21
17. Obrigações do tomador do seguro/pessoa segura 21
18. Características das coberturas 23

Capítulo 5. Prémio 23

19. Prémio 23
20. Atualização 24
21. Vencimento 24
22. Aviso de pagamento 24
23. Falta de pagamento do prémio 25

Capítulo 6. Outras Disposições 25

24. Definição do papel do agente de seguros 25
25. Comunicações e notificações entre as partes 25
26. Reclamações 26
27. Cláusulas legais ou obrigatórias 27
28. Informação adicional específica para contratação à distância 28
29. Dados pessoais 29

Condições Especiais 31

Coberturas possíveis de contratar 31
01. Internamento hospitalar 31
02. Parto e interrupção involuntária gravidez 32
03. Assistência em regime de ambulatório 33
04. Medicina dentária, próteses e ortóteses 34
05. Medicina dentária 34
06. Próteses e ortóteses 37
07. Medicamentos 38
08. Subsídio diário de internamento em hospital privado 39
09. Subsídio diário de internamento em hospital privado – doenças graves 40
10. 2ª Opinião médica internacional 41
11. Tratamentos no estrangeiro em caso de doença grave 41
12. Medicina online 49
13. Saúde mental 50
14. Assistência OneCare 50
15. Acesso à rede médica 56
16. Acesso à rede de estomatologia 57
17. Acesso à rede de saúde e bem-estar 57
18. Medicina preventiva 58
19. Extensão ao estrangeiro 58
20. Assistência clínica em viagem 59

CONDIÇÕES GERAIS

Cláusula preliminar

Entre o segurador Aegon Santander Portugal Não Vida, Companhia de Seguros S.A. e o tomador do seguro mencionado nas condições particulares estabelece-se o contrato de seguro que se regula no clausulado desta apólice, contratada de acordo com as declarações constantes na Proposta de Seguro que lhe serviu de base e a informação de carácter clínico necessária à aceitação dos riscos por parte do segurador que dele fazem parte integrante.

A individualização do presente contrato é efetuada nas condições particulares, que incluem, entre outros, a identificação das partes e do respetivo domicílio, os dados da(s) pessoa(s) segura(s), os elementos de cobrança e a determinação do prémio.

Capítulo 1. Objeto, definições, exclusões e âmbito territorial

01. Objeto do contrato

Seguro de saúde

O contrato garante à pessoa segura, em caso de doença manifestada ou acidente ocorrido durante a sua vigência, um conjunto de coberturas no domínio dos cuidados de saúde que pode integrar, conjunta ou isoladamente, prestações na rede convencionada, prestações por reembolso, acesso à rede convencionada e serviços de assistência, conforme definido nos documentos que constituem a apólice.

02. Definições

Apólice de seguro

A apólice é o conjunto de documentos que formalizam o contrato de seguro com o segurador e é constituída pelos seguintes elementos:

1. **Condições do seguro**
   Documento que apresenta as características do seguro, nomeadamente quais as coberturas e respetivo capital, as exclusões gerais, os direitos e deveres das partes.
2. **Condições particulares e atas**
   Documento onde constam os dados dos intervenientes, assim como os elementos específicos do seguro contratado. Pode ser atualizado, por iniciativa dos intervenientes, sob a forma de atas adicionais.

SSPIPCNRMTV02_090625

Santander Entidade Distribuidora
aegon Santander Seguros

3. **Informação médica**

   Recolha de informação de carácter médico sobre as pessoas seguras. Esta recolha pode ser via um questionário médico ou declaração de saúde preenchido em sítio específico da internet ou ainda através de entrevista telefónica. Esta informação pode ser consultada pela pessoa segura, a qualquer momento.

4. **Outras comunicações escritas**

   Qualquer tipo de correspondência entre os intervenientes, nomeadamente sobre a aceitação do risco e/ou agravamentos.

5. **Proposta de seguro**

   Documento através do qual o tomador do seguro expressa a vontade de celebrar o contrato de seguro e dá a conhecer ao segurador o risco que pretende segurar. O seu correto preenchimento e a assinatura das declarações que dela fazer parte são indispensáveis à aceitação do seguro pelo segurador.

Os documentos que constituem a apólice poderão ser fornecidos pelo segurador digitalmente ou em papel.

Intervenientes

6. **Agente de Seguros**

   É a entidade que promove a comercialização de seguros, servindo de intermediário entre o segurador e o tomador do seguro, prestando ainda assistência ao longo do período de vigência do contrato.

7. **Agregado familiar**

   Grupo de pessoas seguras identificadas na apólice, que pode incluir ascendentes, descendentes, cônjuge ou irmãos do tomador do seguro.

8. **Pessoa segura**

   Pessoa cuja saúde ou integridade física se segura, identificada neste contrato.

9. **Segurador**

   A companhia de seguros que cobre os riscos contratados é a Aegon Santander Portugal Não Vida, Companhia de Seguros, S.A., adiante designada por segurador.

10. **Tomador do seguro**

    Pessoa que celebra o contrato de seguro com o segurador e que é responsável pelo pagamento do prémio.

Foro clínico ou médico

11. **Ambiente de internamento (com ou sem cirurgia)**

    Permanência da pessoa segura em unidade hospitalar por período superior a 24 horas para receber cuidados de saúde (médico-cirúrgicos) que não podem ser administrados em regime ambulatório.

12. **Cirurgia em ambiente hospitalar sem internamento**

    Intervenção cirúrgica programada, realizada sob anestesia geral, locorregional ou local, em ambiente hospitalar, com segurança e de acordo com a boa prática médica, em regime de admissão e alta no mesmo dia.

13. **Coeficiente "K"**

    Coeficiente de ponderação para a valorização de atos médicos, utilizado no Código de Nomenclatura e Valor Relativo de Atos médicos, publicado pela Ordem dos Médicos.

14. **Doença grave**

    Doença que aumenta o risco de vida ou a possibilidade de incapacidade permanente, por isso implica tratamento contínuo.

15. **Doença ou lesão preexistente**

    Doença ou lesão da qual a pessoa segura deveria ter conhecimento ou que não poderia ignorar, pela evidência dos sinais e sintomas ou por ter recebido em relação à mesma aviso médico ou tratamento, antes da data de início das coberturas da apólice.

16. **Doença ou malformação congénita**

    Doença e/ou malformação que se diagnostica ou identifica durante a gravidez ou até 30 dias após o nascimento.

17. **Doença**

    Alteração involuntária do estado de saúde (não causada por acidente), clínica e objetivamente comprovada. A doença é considerada súbita quando ocorre de forma inesperada e aguda, implicando risco de morte ou perda funcional para a pessoa segura, sendo necessária assistência médica urgente em ambiente hospitalar.

18. **Gravidez preexistente**

    Gravidez manifestada ou que tenha dado origem a acompanhamento médico no ano imediatamente anterior à data de eficácia das garantias para cada uma das pessoas seguras.

19. **Implante**

    Material (aparelho, prótese ou ortótese, aparelho, incluindo as intracirúrgicas) e/ou substância com finalidade terapêutica ou de correção, de alteração morfológica e/ou funcional, para ser colocado no organismo de um indivíduo.

20. **Lesão**

    Alteração involuntária do estado de saúde, morfológica ou funcional, causada por acidente, que seja clínica e objetivamente comprovada.

21. Médico/médico-dentista

Licenciado por uma faculdade de Medicina ou Medicina Dentária, legalmente autorizado a exercer a profissão e cuja especialidade e inscrição sejam reconhecidas pela Ordem dos Médicos ou pela Ordem dos Médicos Dentistas em Portugal, bem como pelas entidades congéneres nos países onde exerçam a atividade, relativamente aos cuidados de saúde prestados fora do território nacional.

22. Pequena cirurgia

Toda a intervenção cirúrgica que corresponda aos seguintes critérios cumulativos:

a) não necessitar de bloco operatório para a sua realização;
b) não exigir mudança de roupa completa pelo cirurgião;
c) ser realizada sob anestesia local;
d) não necessitar de cuidados especiais de recobro;
e) ter um limite de 50K para os atos médicos associados.

23. Profissionais de terapêuticas não convencionais

Prestadores de cuidados de saúde com recurso a terapêuticas não convencionais, cuja atividade está subordinada ao respetivo enquadramento legal em vigor.

24. Próteses e ortóteses

Dispositivos que substituem total ou parcialmente um membro ou órgão (próteses) ou que ajudam a cumprir no todo ou em parte a sua função (ortóteses).

25. 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.

26. Serviços clinicamente necessários

Serviços que, de acordo com os protocolos e os padrões reconhecidos pela comunidade médica, justificam a prática de atos médicos no âmbito do seguro, desde que sejam cumulativamente:

a) necessários para o tratamento de doença ou lesão da pessoa segura;
b) adequados à situação diagnosticada;
c) de reconhecida validade clínica;
d) prescritos e realizados por médico ou outros profissionais de saúde;
e) prestados no local mais adequado à situação diagnosticada (domicílio da pessoa segura, consultório médico, clínica de cuidados ambulatórios, hospital);
f) prestados da forma mais eficiente em termos de custo desde que não prejudiquem nenhum dos pontos anteriores.

27. Transplante

Colocação no organismo de um indivíduo de órgão, tecido ou células provenientes do próprio ou de outra pessoa, com finalidade terapêutica ou para correção de alteração morfológica.

28. Unidade de saúde

Estabelecimento legalmente autorizado que tenha por objeto a prestação de serviços médicos ou outros cuidados de saúde, abrangendo entidades, generalistas ou especializadas, com internamento, consultas, exames e tratamentos independentemente da designação. Inclui hospitais, clínicas e centros de meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

29. Unidade hospitalar

Unidade de saúde que dispõe de assistência médica, cirúrgica e de enfermagem permanente. Abrange entidades com internamento, bloco operatório e sala de recobro.

Utilização do seguro nos prestadores e/ou cuidados de saúde

30. Ambiente hospitalar

Conjunto de meios infraestruturais, recursos técnicos, tecnológicos e humanos diferenciados, que permitem executar cada ato com qualidade e segurança, incluindo a capacidade de resposta eficaz para eventos súbitos que ponham em risco a vida da pessoa segura, e que existem nas estruturas convencionalmente designadas por “hospitais” ou outros equivalentes.

31. Autorização

Aprovação do pagamento da prestação de cuidados de saúde, solicitada aos serviços do segurador, dentro ou fora da rede convencionada. Esta autorização pode ser pedida pela pessoa segura e/ou prestador de saúde

Sem prejuízo do estipulado em cada cobertura, carece sempre de autorização prévia dos serviços clínicos da seguradora a realização dos seguintes atos médicos:

- internamento hospitalar;
- pequena cirurgia em ambiente hospitalar;
- parto, cesariana e interrupção involuntária da gravidez;
- tratamentos de:
  - medicina física e de reabilitação;
  - radioterapia;
  - quimioterapia;
  - terapia da fala.
- em ambiente ambulatório:
  - exames auxiliares de diagnóstico e terapêutica em genética médica e/ou medicina nuclear;
- os seguintes exames complementares de diagnóstico:
  - meios invasivos de diagnóstico e terapêutica em cardiologia;

- meios invasivos de diagnóstico e terapêutica vascular;
- polissonografia (caso necessite de internamento);
- ressonância magnética nuclear.

32. Capital seguro

Limite máximo de comparticipação de despesas de saúde por pessoa segura, definido para cada uma das coberturas contratadas na apólice. Cada cobertura pode incluir sublimites de capital seguro para despesas específicas dentro dessa cobertura. O capital seguro é renovado em cada anuidade da apólice.

33. Cartão de saúde

Cartão em formato físico e /ou digital, pessoal e intransmissível, de cada pessoa segura, para utilização do seguro e através do qual é validado cada ato de cuidados de saúde dentro da rede convencionada. O prestador de cuidados de saúde poderá exigir a apresentação, em simultâneo, do documento identificativo da pessoa segura

34. Comparticipação

Valor a cargo do segurador, em cada despesa de saúde garantida pela apólice, cujo valor está definido nas condições particulares.

35. Copagamento

Valor que fica a cargo da pessoa segura por cada ato médico dentro da rede convencionada, identificado nas condições particulares

36. Franquia

Valor do sinistro que não fica a cargo do segurador. Pode ser uma percentagem do sinistro/capital seguro ou um valor fixo em euros ou dias, podendo ser aplicável tanto por ato médico como por anuidade. Estes fatores podem também ser combinados entre si: por exemplo, franquia de 10% sobre cada sinistro, com um mínimo de 200€ e máximo de 500€. A franquia associada a cada cobertura consta na Proposta de Seguro e nas Condições Particulares.

37. Período de carência

Período que decorre entre a data de adesão da pessoa segura e a data em que podem ser acionadas determinadas coberturas ou praticados atos médicos, para a respetiva pessoa segura, de acordo com o estipulado na apólice.

Além do que ficar estipulado no quadro de coberturas das Condições Particulares, constituem-se com um período de carência alargado de 12 meses os seguintes atos médicos:

- todas as despesas relacionadas com gravidez, parto, cesariana ou interrupção involuntária da gravidez, seja em ambulatório ou com recurso a hospitalização;
- internamento do foro psiquiátrico;

- prostatectomia por patologia benigna e demais cirurgias ao aparelho geniturinário por patologia benigna;
- tratamento do prolapso urogenital;
- tratamento cirúrgico de varizes dos membros inferiores;
- tratamento cirúrgico de hérnia discal;
- hemorroidectomia, intervenções cirúrgicas e tratamentos por patologia coloproctológica benigna;
- artroscopias, artrotomia, meniscectomia e ligamentoplastias;
- tratamento de síndrome de túnel cárpico e de Quervain e *hallux valgus*;
- septoplastia;
- amigdalectomia, adenoidectomia, miringotomias com ou sem aplicação de tubos de ventilação;
- tratamento cirúrgico da úlcera duodenal;
- remoção cirúrgica ou tratamentos de lesões benignas da pele e partes moles, tais como nevos, sinais, quistos, lipomas, verrugas e doença pilonidal;
- tratamentos com laser a lesões benignas da pele;
- todas as patologias benignas do foro da otorrinolaringologia;
- litotrícia renal e vesical;
- colecistectomia;
- cirurgias a cataratas, vitrectomias e cirurgias refrativas;
- arritmologia.

38. Sinistro/ocorrência

O evento ou série de eventos suscetível de acionar as garantias da apólice.

03. Exclusões Gerais – o que não está coberto

Alguns factos, situações, ações ou eventos podem provocar ou enquadrar doença, lesão ou ainda um possível tratamento, mas não estão cobertos pelo seguro.

As exclusões dividem-se em:

1. **gerais – aplicam-se a todas as coberturas da apólice;**
2. **específicas – próprias de cada cobertura e estão listadas na secção de "coberturas possíveis de contratar";**
3. **particulares – resultam do processo de subscrição médica e constam nas condições particulares e/ou documento específico dirigido a cada pessoa segura.**

Salvo convenção expressa em contrário nas Condições Particulares ou em documento particular, ficam excluídas da cobertura do seguro as despesas decorrentes de:

1. **Acidentes resultantes de**
   a. **cataclismos da natureza, atos de guerra, declarada ou não, de terrorismo, de sabotagem e de perturbações da ordem pública;**
   b. **participação em competições desportivas e respetivos treinos, quer como profissional quer como amador;**
   c. **prática de desportos terrestres motorizados; BTT; artes marciais, luta e boxe; paraquedismo, incluindo a prática de queda livre, parapente e asa-delta, saltos ou saltos invertidos com mecanismo de suspensão corporal (bungee jumping); tauromaquia e largadas de touros ou reses; caça de animais ferozes ou que reconhecidamente sejam considerados perigosos; hipismo; moto náutica e esqui aquático; desportos náuticos praticados sobre prancha; descida de torrentes ou correntes originadas por desníveis nos cursos de água; mergulho; caça submarina; desportos praticados sobre a neve e o gelo; alpinismo e escalada; slide e rappel; espeleologia;**
2. **acidentes e doenças com cobertura em seguros obrigatórios, tal como acidentes de trabalho, acidentes em serviço e doenças profissionais;**
3. **acidentes ou doenças provenientes de tentativa de suicídio ou automutilação, de participação em apostas ou desafios, intervenção em duelos e rixas ou da prática de atos dolosos ou gravemente culposos ou ilícitos por parte da pessoa segura;**
4. **alcoolismo e doenças resultantes do consumo de bebidas alcoólicas, estupefacientes ou produto tóxicos, assim como acidentes quando se verifique uma taxa de álcool superior ao limite legal estabelecido para condução de veículos ligeiros;**
5. **atos realizados por médicos e outros profissionais de saúde que sejam cônjuge ou tenham um grau de relação de primeiro ou segundo grau com a pessoa segura (por exemplo, irmãos, pais, filhos, cunhados), incluindo qualquer tipo de prescrição de médicos para si próprios;**
6. **atraso injustificado ou negligência imputável ao prestador de cuidados de saúde ou à pessoa segura no recurso a assistência médica, ou da recusa ou inobservância de tratamentos que lhe tenham sido prescritos;**

7. **consultas e tratamentos em áreas não reconhecidas pela Ordem dos Médicos; exceto no âmbito das terapêuticas não convencionais, quando contratada, nos termos indicados na cobertura de "assistência em regime ambulatório";**
8. **consultas ou exames médicos que sejam necessários para a emissão de atestados, declarações, certificados ou informação de qualquer tipo de documento que não tenha fins assistenciais ou terapêuticos;**
9. **consultas, elementos auxiliares de diagnóstico, receituário, e tratamentos para aferir da infertilidade e todos os atos médicos praticados no âmbito da reprodução medicamente assistida nomeadamente, mas não exclusivamente, consultas, testes, tratamentos de infertilidade, métodos de fecundação artificial, fertilização in vitro ou procedimentos de transferência embrionária, bem como as consequências da aplicação dos mesmos, exceto em caso de risco de vida;**
10. **consultas, tratamentos ou cirurgias do foro estético, plástico ou reconstrutivo, como por ex. mamoplastias, abdominoplastias ou rinoplastias, a não ser que tenham origem em acidente coberto pelo seguro ou decorram de doença maligna manifestada durante a vigência do contrato que os justifiquem, e mesmo nestes casos apenas até 24 meses após o diagnóstico da doença ou data do acidente;**
11. **correção de doenças ou malformações congénitas, exceto para recém-nascidos cuja adesão esteja formalizada nos termos indicados nesta apólice;**
12. **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; assim como assistência hospitalar por razões de carácter meramente social;**
13. **deslocações e/ou alojamento, exceto para os casos previstos na cobertura de doenças graves internacional e assistência clínica em viagem;**
14. **despesas efetuadas por acompanhantes da pessoa segura, exceto em caso de internamento hospitalar de menores até aos 14 anos ou de cidadãos portadores de deficiência congénita ou adquirida;**
15. **doenças infetocontagiosas, quando em situação de epidemia declarada pelas autoridades competentes, ou de pandemia que seja declarada pela organização mundial de saúde;**
16. **doenças ou sequelas resultantes de radioatividade, incluindo consequências de utilização de armas bacteriológicas e/ou de agentes químicos, assim como as**

doenças resultantes de utilização de solários, câmaras solares ou semelhantes e as suas consequências, a não ser que resultem de terapêuticas abrangidas por esta apólice;

17. **doenças, lesões ou deformações preexistentes à data da celebração desta apólice – esta exclusão apenas se aplica quando confirmada nas condições particulares;**
18. **doenças, lesões ou deformações preexistentes à data da celebração desta apólice omitidas no questionário médico de subscrição;**
19. **escleroterapia de varizes (secagem de varicosidade);**
20. **exames, consultas e tratamentos e/ou cirurgia de regularização do peso, qualquer que seja o diagnóstico que origine a indicação para estas intervenções terapêuticas, ainda que decorrente de patologia associada a obesidade e a alterações metabólicas relacionadas;**
21. **ginástica, natação, massagens e outros similares, ainda que prescritos pelo médico, exceto os que resultem de doença ou acidente enquadráveis nas garantias do contrato;**
22. **gravidez ou parto existente antes do início da apólice;**
23. **interrupção voluntária da gravidez, incluindo situações clínicas dela decorrentes;**
24. **intervenções cirúrgicas para correção de roncopatia, exceto em caso de apneia grave e falência de outros tratamentos não cirúrgicos;**
25. **medicamentos que sejam adquiridos em farmácia ou ministrados fora do âmbito da cobertura de internamento hospitalar, assim como qualquer problema associado ao abuso de medicamentos prescritos ou não prescritos;**
26. **métodos anticoncecionais e de planeamento familiar – incluindo exames e consultas associadas –, bem como despesas efetuadas para reverter os efeitos de uma cirurgia de esterilização voluntariamente realizada;**
27. **patologias ou tratamentos relacionados, direta ou indiretamente, com infeção por vírus de imunodeficiência humana (VIH);**
28. **quaisquer despesas reclamadas pelo Serviço Nacional de Saúde ou por qualquer outro seguro ou subsistema de saúde de que a pessoa segura seja beneficiária, exceto taxas moderadoras ou o excesso não comparticipado, não podendo exceder nunca o valor da despesa total;**

29. **quaisquer disfunções sexuais, incluindo tratamento da impotência e disfunção erétil, exceto em consequência de doença garantida pela apólice que as tenha objetivamente causado;**
30. **serviços que não sejam clinicamente necessários, face ao quadro clínico da pessoa segura e de acordo com os protocolos e padrões reconhecidos pela comunidade médica;**
31. **sessões de psicologia, psicanálise, psicoterapia, hipnose e terapia do sono, assim como internamentos associados a perturbações do foro da saúde mental, consequentes ou não de outra doença, exceto quando se encontrarem no âmbito da cobertura de saúde mental;**
32. **transplantes de órgãos, como dador ou recetor; exceto para os casos previstos na cobertura de doenças graves internacional;**
33. **tratamentos de enfermagem privados e/ou prestados no domicílio, bem como a realização domiciliária de quaisquer exames ou tratamentos (incluindo a fisioterapia), exceto os realizados no âmbito de hospitalização domiciliária previamente autorizada pela companhia;**
34. **tratamentos de hemodiálise crónica;**
35. **tratamentos e/ou cirurgia para mudança de sexo ou relativas a qualquer tratamento por desordens do género, assim como complicações e consequências das mesmas;**
36. **tratamentos ministrados em estabelecimentos não autorizados a prestar cuidados de saúde.**
37. **tratamentos relacionados com toxicodependência;**
38. **tratamentos termais e estadas em termas, sanatórios, lares, residências assistidas, casas de repouso, convalescença e cuidados continuados, centros de tratamento de toxicodependência e/ou alcoolismo e outros estabelecimentos similares;**
39. **tratamentos, procedimentos e medicamentos de caráter experimental ou que necessitem de comprovação médica;**
40. **utilização de estupefacientes e narcóticos quando não prescritos por médico;**

04. Âmbito territorial

Salvo convenção em contrário, expressa nas condições especiais ou nas condições particulares, o seguro só tem validade para os cuidados de saúde prestados em Portugal, exceto para as coberturas de doenças graves internacional, extensão ao estrangeiro e assistência clínica em viagem, quando contratadas, caso em que a prestação é feita sempre fora do território português.

Capítulo 2. Declaração inicial de risco, início e vigência da apólice

05. Declaração inicial de risco

Antes de celebrar o contrato e em qualquer altura durante a sua vigência, o tomador do seguro e a pessoa segura devem informar o segurador de fatores relevantes quanto ao risco que se está a segurar que sejam evidentes e de senso comum, mesmo que não sejam objeto de questionário específico.

06. Incumprimento doloso

Em caso de incumprimento deste dever de informar, que tenha ocorrido de forma dolosa, o segurador pode anular a apólice, nos termos previstos na lei.

07. Incumprimento negligente

Caso o incumprimento decorra apenas de negligência, o segurador pode optar por cessação ou por alteração da apólice, também nos termos previstos na lei.

08. Início da apólice

A apólice tem início às 00h00 do dia inscrito nas condições particulares e produz efeitos quando cumpridas as seguintes condições:

- **terem sido aceites pelo segurador as pessoas seguras, após o respetivo processo de subscrição. O segurador dispõe de 14 dias para se pronunciar sobre a aceitação de cada pessoa segura desde a data de receção da proposta de seguro. Neste intervalo poderá aceitar ou recusar o risco e solicitar elementos adicionais. Na ausência de resposta neste prazo considera-se aceite o risco;**
- **ter sido liquidado ao segurador o prémio ou fração de prémio até à data do respetivo vencimento.**

09. Renovação da apólice

Esta apólice é um contrato de seguro anual, renovando-se automaticamente todos os anos até ao limite de permanência das pessoas seguras, estipulado nas condições particulares.

10. Início das coberturas

As coberturas desta apólice tornam-se efetivas decorrido o respetivo período de carência, identificado nas Condições Particulares, exceto em caso de acidente ou doença súbita, em que não se aplica o período de carência.

11. Limite temporal das coberturas

O segurador apenas cobre o pagamento das prestações convencionadas ou das despesas efetuadas em cada ano de vigência do contrato, sem prejuízo do estabelecido em caso de não renovação do contrato ou da cobertura da pessoa segura.

12. Alterações à apólice

12.1. Por parte do segurador

A alteração às coberturas em qualquer das suas componentes por iniciativa do segurador deverá ser feita na data de vencimento anual da apólice e comunicada ao tomador do seguro com antecedência mínima de 30 dias em relação a esta data, dispondo este de 30 dias para aceitar ou recusar a alteração. Considera-se aceite na ausência de resposta e liquidação do respetivo prémio (ou fração de prémio) da anuidade seguinte. No caso de recusa, a apólice deverá ser anulada na data de vencimento anual. Nota: não se considera como alteração à apólice a evolução de tarifa associada à idade da pessoa segura.

12.2. Por parte do tomador do seguro

A inclusão de pessoas seguras deve ser precedida do processo de subscrição por parte do segurador, considerando-se estas abrangidas pela apólice somente após a respetiva aceitação do risco. Aplicam-se às pessoas seguras incluídas na apólice os períodos de carência associados às respetivas coberturas desde a data da sua inclusão.

A inclusão de recém-nascidos pode ser solicitada ao segurador, no máximo, até 30 dias após o nascimento, com efeito a partir desta data, não se aplicando

ao recém-nascido qualquer período de carência ou exclusão de malformações congénitas.

A exclusão de pessoas deve ser solicitada com pelo menos 30 dias de antecedência em relação à data de vencimento da apólice, a partir da qual essa exclusão tem efeito. O segurador procede ao estorno *pro rata temporis* sobre o período não decorrido.

12.3. Regime de transmissão

A apólice não é transmissível a terceiros, mantendo-se a sua titularidade até que cesse nas condições previstas.

13. Cessação da apólice

A apólice cessa quando o contrato de seguro termina, nas seguintes situações legalmente definidas:

13.1. Denúncia

O contrato de seguro é celebrado pelo prazo de um ano, prorrogável por igual período. O segurador e o tomador do seguro têm o direito de fazer cessar o contrato unilateralmente, através de denúncia, que impede a sua renovação, extinguindo-o. Esta denúncia deve ser enviada por escrito, com antecedência mínima de 30 dias em relação à data de renovação da apólice. Considera-se igualmente uma denúncia da apólice a falta de pagamento do prémio resultante da prorrogação da mesma.

13.2. Renúncia

O tomador do seguro tem igualmente o direito de renúncia ao contrato de seguro, nos 30 dias seguintes à receção das condições particulares, sem ter de invocar qualquer causa, enviando uma comunicação por escrito, em papel ou noutro suporte duradouro disponível e acessível ao segurador, mantendo este o direito ao prémio correspondente ao período em que suportou o risco antes da anulação.

13.3. Resolução por justa causa

O contrato pode ser resolvido pelas partes a todo o tempo, havendo justa causa nos termos gerais, mediante entrega de comunicação expressa e fundamentada enviada por correio registado. O contrato considera-se resolvido num prazo máximo de oito dias úteis após receção da comunicação.

Não será devido qualquer montante de prémio ao tomador do seguro sempre que a lei determine que o segurador pode conservar o prémio pago.

13.4. Revogação

O contrato pode ser revogado a todo o tempo por acordo entre as partes.

13.5. Falta de pagamento do prémio

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. Igualmente, a falta de pagamento determina a resolução automática do contrato na data do vencimento de:

- uma fração do prémio no decurso de uma anuidade;
- um prémio adicional resultante de uma modificação do contrato fundada num agravamento superveniente do risco.

Nesta circunstância, o segurador comunicará ao tomador do seguro a anulação do contrato de seguro com pelo menos 8 dias de antecedência. Até 10 dias após a anulação, o tomador do seguro tem o direito de repor o contrato de seguro em vigor nas condições originais e sem necessidade de reanalisar o risco. O pedido de reposição em vigor deverá ser acompanhado do pagamento do respetivo prémio.

13.6. Caducidade

A apólice caduca para cada pessoa segura que atingir a idade-limite de permanência constante nas condições particulares.

13.7. Livre resolução na contratação à distância

O consumidor pode livremente resolver o contrato de seguro celebrado à distância no prazo de 14 dias após o seu início ou a contar da data de receção dos termos do mesmo e das informações pré-contratuais legalmente definidas, que serão prestadas mediante a entrega do documento de informação sobre o produto de seguro, das condições do seguro e das condições particulares. Para o exercício deste direito, o consumidor deverá informar o segurador mediante comunicação expressa por escrito, para a morada Avenida José Malhoa, 22 – 1070-059 Lisboa, ou através do e-mail gestaorisco-aegonsantander@aegonsantander.pt antes do termo do prazo de 14 dias.

14. Responsabilidade do segurador em caso de não renovação da apólice

Nos casos em que o segurador opte por não renovar a apólice ou por não incluir uma pessoa segura, e não estando o risco coberto por outra apólice, deverá assegurar durante um período não inferior a dois anos as prestações resultantes de doença manifestada ou de outro facto ocorrido na vigência da apólice, desde que cobertos pelo seguro até esgotar o capital seguro da anuidade anterior à não renovação.

O segurador deverá ser informado da doença ou do facto a que se refere a cláusula anterior nos 30 dias posteriores à não renovação, salvo justo impedimento. Sem prejuízo da manutenção das coberturas durante este prazo, as autorizações emitidas pelo segurador antes de a apólice cessar ficam imediatamente sem efeito.

Capítulo 3. Coberturas e obrigações das partes

15. Como se utilizam as coberturas

Forma de prestação do segurador

A utilização das garantias desta apólice pode ser feita sob a forma de prestações na rede convencionada, de reembolso ou mistas, ou ainda através de acesso à rede. Estas diferentes modalidades estão relacionadas com as coberturas contratadas.

Acesso à rede convencionada

Disponibilização de serviços garantidos pelo contrato de seguro, executados por uma rede nacional específica constituída por prestadores de cuidados de saúde, que pode mudar ao longo do tempo, aos quais a pessoa segura tem acesso em condições de preço favorável face a prestadores de cuidados de saúde fora da rede convencionada. Nesta modalidade não há lugar a comparticipação por parte do segurador, não se aplicando quaisquer copagamentos, carências ou franquias.

Prestações na rede convencionada

Serviços garantidos pelo contrato de seguro, realizados em prestadores da rede convencionada, nos quais a comparticipação das despesas é garantida diretamente pelo segurador e a pessoa segura suporta o pagamento das franquias e/ou copagamentos, estando o respetivo acesso sujeito aos critérios de utilização definidos pelo segurador, incluindo a autorização para atos e procedimentos nos termos do disposto na apólice. Em caso de acesso à rede sem identificação via cartão de acesso ou sem autorização do segurador, a prestação do segurador será efetuada via reembolso, tal como especificado no ponto seguinte.

Prestações por reembolso, fora da rede convencionada

Despesas com cuidados de saúde fora da rede convencionada garantidas pela apólice mediante aprovação prévia pelo segurador, e pagas pela pessoa segura, sendo posteriormente reembolsadas pelo segurador, nos termos e na percentagem constante da apólice. Os valores a reembolsar estão sujeitos ao coeficiente "K", ou seja, aos parâmetros de valorização dos atos médico-cirúrgicos de acordo com a tabela de valores relativos estabelecidos pela Ordem dos Médicos no Código de Nomenclatura de Valores Relativos de Atos médicos, nunca podendo exceder o capital seguro da cobertura respetiva, indicado nas Condições Particulares.

16. Obrigações do segurador

O segurador obriga-se ao pontual cumprimento das obrigações relacionadas com as prestações abrangidas pela apólice, nomeadamente no:

16.1. Acesso à rede convencionada

Através da disponibilização atempada do cartão de acesso, que permite acesso imediato à rede convencionada, sem prejuízo dos períodos de carência associados a cada cobertura. Este acesso é pessoal e intransmissível.

16.2. Processamento de autorizações

O segurador não deverá demorar mais de cinco dias úteis a processar um pedido de autorização que seja necessário para qualquer ato médico, contados a partir da data em que tenha recebido todos os elementos requeridos para análise.

16.3. Reembolso de despesas efetuadas

O segurador não deverá demorar mais de 30 dias úteis a reembolsar despesas elegíveis, uma vez determinada a sua responsabilidade pelas mesmas e apurados os valores a reembolsar nas condições estipuladas na apólice. Se estiver na posse de todos os elementos solicitados para efetuar o reembolso e tiver excedido este prazo, o segurador incorre em mora, à taxa legal em vigor.

17. Obrigações do tomador do seguro/pessoa segura

Em caso de sinistro que esteja abrangido nesta apólice, é obrigação da pessoa segura:

17.1. Evitar o agravamento do sinistro

A pessoa segura deve tomar todas as medidas que estiverem ao seu alcance, que sejam evidentes e de senso comum, para limitar e/ou controlar um agravamento da doença e/ou lesão antes da intervenção médica respetiva, e participar o sinistro ao

segurador no prazo de oito dias seguintes à sua ocorrência. Igualmente, o segurador não assume a responsabilidade pelas consequências decorrentes de qualquer atraso ou negligência imputável à pessoa segura no recurso à assistência, ou caso se recuse a seguir os tratamentos prescritos.

17.2. Realizar os exames pedidos pelo segurador

Caso seja determinado pelo(s) médico(s) indicado(s) pelo segurador a realização de determinados exames médicos, a pessoa segura deverá disponibilizar-se para os realizar nos exatos termos pedidos, cessando a responsabilidade do segurador se não o fizer.

17.3. Fornecer informação pedida pelo segurador

No âmbito do sinistro que motive um pedido de prestação ou de reembolso por cuidados de saúde ao abrigo do contrato de seguro, a pessoa segura deve autorizar os médicos e outros profissionais ou instituições de saúde a que tenha recorrido a prestarem ao médico que o segurador designar as informações por este solicitadas, relativas ao seu estado de saúde e aos serviços clínicos prestados.

17.4. Fornecer ao segurador comprovativos de despesas na modalidade de reembolso

A pessoa segura ou o tomador do seguro deverá apresentar os recibos originais das despesas efetuadas ao abrigo da modalidade de reembolso até 365 dias após a data da sua realização. Havendo submissão das despesas através do site, na respetiva área certificada de clientes, fica dispensada a apresentação dos originais, nos termos aí descritos e se estes tiverem sido expressamente aceites pela pessoa segura.

Nos casos em que os originais tenham sido entregues anteriormente a outra entidade para efeito de reembolso, o segurador aceitará fotocópias dos mesmos, desde que acompanhados de comprovativo documental dessa entidade, onde conste a despesa total e o montante que foi reembolsado. De igual modo, quando a pessoa segura necessitar de apresentar a despesa a outra entidade após ser reembolsada ao abrigo desta apólice, deverá munir-se de cópias dos originais, acompanhadas da mesma declaração a emitir pelo segurador a seu pedido.

Em caso algum o reembolso total poderá exceder o valor total da despesa.

17.5. Extravio do cartão ou do número de acesso:

Havendo perda ou extravio do cartão de saúde, o mesmo deve ser comunicado ao segurador e/ou prestador imediatamente, para que possa ser anulado e emitida uma segunda via.

O tomador do seguro e/ou a pessoa segura respondem nos termos legais por perdas e danos, nos casos de fraude, simulação e falsidade para justificar despesas de saúde ou em qualquer outro uso de meios dolosos que visem uma utilização abusiva da apólice para obtenção de benefício ilegítimo.

Recai sobre a pessoa segura o ónus da prova da veracidade das declarações, podendo o segurador exigir-lhe os meios de prova adequados e que estejam ao seu alcance.

18. Características das coberturas

18.1. Coberturas possíveis de contratar:

As coberturas possíveis de contratar constam na respetiva secção deste documento, sendo aí detalhado o seu significado assim como as respetivas exclusões específicas. As coberturas que se encontram efetivamente contratadas constam nas Condições Particulares.

18.2. Outras características das coberturas:

Para além das exclusões específicas, cada cobertura poderá incluir valores referentes a:

- **franquia;**
- **copagamento;**
- **período de carência;**
- **capital seguro;**
- **sublimites de capital;**
- **percentagem de comparticipação fora da rede convencionada.**

Estes conceitos constam na secção “Definições” e podem apresentar valores diferentes em cada cobertura, estando especificados nas condições particulares.

Capítulo 5. Prémio

19. Prémio

É o montante a pagar pelo tomador do seguro ao segurador pela prestação do serviço de segurar. Em cada anuidade, o prémio do seguro é calculado de acordo com a tarifa em vigor. O prémio é pago através de domiciliação bancária.

20. Atualização

Não havendo alteração no risco, qualquer atualização do prémio aplicável ao contrato poderá ser efetuada no vencimento anual seguinte.
Na renovação do contrato, o prémio será atualizado pelo segurador em função dos critérios técnico-atuariais que sustentam a tarifa.

21. Vencimento

O prémio é anual, devido na data da celebração do contrato e pago antecipadamente. Admite-se as seguintes formas de pagamento do prémio: fracionamento mensal, trimestral, semestral ou anual. As formas de fracionamento distintas da mensal poderão ser objeto de desconto.
O prémio é devido na data de início de cada período a que o respetivo recibo respeite, independentemente do seu fracionamento.
A parte do prémio correspondente a alterações ao contrato é devida na data da respetiva alteração. Não sendo o prémio liquidado regularmente, a apólice permanece em vigor sem considerar a alteração a que respeita o prémio adicional, a menos que a natureza da alteração torne impossível manter a apólice em vigor, caso em que cessa.

22. Aviso de pagamento

Na vigência do contrato, o segurador avisará por escrito o tomador do seguro ou a pessoa segura, no caso de ter sido acordado que esta pague diretamente o prémio ao segurador, do montante a pagar, assim como da forma e do lugar de pagamento, com uma antecedência mínima de 30 dias em relação à data em que se vence o prémio ou frações deste.

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

Nos contratos de seguro em que seja convencionado o pagamento do prémio em frações de periodicidade igual ou inferior a três meses e em cuja documentação contratual se indiquem as datas de vencimento das sucessivas frações do prémio e os respetivos valores a pagar, bem como as consequências do seu não pagamento, o segurador pode optar por não enviar o referido aviso, cabendo-lhe, nesse caso, a prova da emissão, da aceitação e do envio ao tomador do seguro da documentação contratual referida.

23. Falta de pagamento do prémio

Na ausência do pagamento do prémio na data em que é devido, o segurador poderá anular a apólice, recusando o pagamento de despesas que tenham ocorrido após essa data.

Capítulo 6. Outras Disposições

24. Definição do papel do agente de seguros

Nenhum agente de seguros se presume autorizado a, em nome do segurador, celebrar ou extinguir contratos de seguro, contrair ou alterar as obrigações deles emergentes ou validar declarações adicionais, salvo o disposto nos números seguintes.

Pode celebrar contratos de seguro, contrair ou alterar as obrigações deles emergentes ou validar declarações adicionais em nome do segurador, o agente de seguros ao qual o segurador tenha conferido, por escrito, os necessários poderes.

Não obstante a falta de poderes específicos por parte do agente de seguros, o seguro considera-se eficaz quando existam razões ponderosas, objetivamente apreciadas, tendo em conta as circunstâncias do caso, que justifiquem a confiança do tomador do seguro de boa-fé na legitimidade do agente de seguros, desde que o segurador tenha igualmente contribuído para fundar a confiança do tomador do seguro. Para o exercício desta atividade é necessário estar registado c omo agente de seguros junto da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões, entidade de supervisão desta atividade.

25. Comunicações e notificações entre as partes

As comunicações ou notificações do tomador do seguro e da pessoa segura previstas nesta apólice consideram-se válidas e eficazes caso sejam efetuadas por escrito para a morada do segurador – Avenida José Malhoa, 22 – 1070-159 Lisboa – ou através de correio eletrónico para o endereço aegonsantander@aegonsantander.pt.

O segurador está obrigado a enviar as comunicações previstas no presente contrato se o destinatário das mesmas estiver devidamente identificado, considerando-se validamente efetuadas se remetidas para o endereço que forneceu ao segurador.

Qualquer alteração de morada e dos contactos do tomador do seguro e dos intervenientes do contrato deverá ser comunicada ao segurador até trinta (30) dias após a data em que ocorreu, sob pena de as comunicações ou notificações que o segurador venha a efetuar se terem por válidas e eficazes.

As comunicações escritas que o segurador dirija aos intervenientes no âmbito deste contrato ou em cumprimento de qualquer disposição legal ou regulamentar serão prestadas em formato digital,

mediante o envio de mensagem para o telemóvel, ou para o endereço de e-mail indicado pelo tomador no contrato de seguro, ou através da área de acesso reservado no site da seguradora (www.aegon-santander.pt).

Em caso de pluralidade de pessoas seguras, as comunicações do segurador serão efetuadas em nome do primeiro titular, tendo em conta as informações de contacto disponibilizados por este.

Sem prejuízo das formas de comunicação previstas para situações específicas destas condições gerais, o segurador poderá, ainda, utilizar outros meios de comunicação, como telefone, mensagem eletrónica, correio expresso ou prestadores de serviços similares.

O disposto nos números anteriores não impede o segurador de efetuar as comunicações através de correio postal para a morada fiscal, ou outra, disponibilizada pelo tomador do seguro ou pela pessoa segura.

O segurador não é responsável por atrasos, deficiências, desvio de correspondência, interrupções ou outras anomalias resultantes da utilização de correio ou outros meios de comunicação, nem pela entrega de informações ou elementos por ele endereçados ao tomador do seguro, à pessoa segura ou a terceiros em local ou a pessoa diferente do destinatário, salvo se tais anomalias lhe forem comprovadamente imputáveis.

Sem prejuízo do disposto nos números anteriores, o tomador do seguro poderá sempre solicitar o envio de qualquer comunicação ou informação por correio ou a respetiva disponibilização em suporte papel.

26. Reclamações

As reclamações do tomador do seguro, da pessoa segura ou de terceiros lesados devem ser apresentadas ao regulador ou diretamente ao segurador, por escrito ou por qualquer meio de comunicação, através de correio eletrónico para o endereço qualidade-aegonsantander@aegonsantander.pt ou por correio dirigido à Direção de Qualidade e Compliance da Aegon Santander Portugal Não Vida, S.A. para a morada Avenida José Malhoa, 22 – 1070-159 Lisboa. As reclamações devem conter informações relevantes para a respetiva gestão, incluindo, pelo menos, os elementos que se encontram especificados em **https://www.aegon-santander.pt/gestao-de-reclamacoes/.**

A Direção de Qualidade e Compliance da Aegon Santander Portugal Não Vida compromete-se a analisar e responder às reclamações num prazo máximo de 20 dias úteis, após receção das mesmas.

O processo de resposta a qualquer reclamação não impede nem prejudica o recurso aos tribunais, nem a intervenção da entidade reguladora, a Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões, nem a intervenção do Provedor do Cliente.

A intervenção do Provedor do Cliente justifica-se quando existam reclamações previamente apresentadas ao Segurador às quais não tenha sido dada resposta no prazo máximo de 20 dias (o

prazo a considerar é de 30 dias nos casos que revistam especial complexidade) ou que, tendo-o sido, o reclamante discorde do sentido da mesma. Os contactos do Provedor do Cliente estão disponíveis em **https://www.aegon-santander.pt/gestao-de-reclamacoes/.**

A Aegon Santander Portugal Não Vida dispõe de uma Política de Tratamento que pode ser consultada em **www.aegon-santander.pt** e está disponível para entrega em suporte de papel, a pedido do interessado.

O reclamante pode ainda apresentar reclamação junto da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões, desde que tal reclamação tenha sido previamente apresentada ao segurador e não tenha sido resolvida no prazo máximo de 20 dias úteis contados a partir da data da respetiva receção ou quando, tendo sido dada uma resposta, o reclamante discorde do sentido da mesma. Poderá encontrar mais informação em **https://www.aegon-santander.pt/gestao-de-reclamacoes/.**

27. Cláusulas legais ou obrigatórias

A esta apólice aplicam-se as seguintes cláusulas obrigatórias:

27.1. Convenção sobre o lugar do cumprimento da obrigação

As partes acordam expressamente que as obrigações previstas ao abrigo do presente contrato deverão ser cumpridas em Portugal, mais concretamente na sede do segurador.

27.2. Lei aplicável

A lei aplicável a este contrato é a lei portuguesa.

27.3. Foro competente

Sem prejuízo da resolução alternativa de litígios prevista na cláusula seguinte, para dirimir qualquer litígio emergente do presente contrato, as partes elegem como foro competente o do local do cumprimento da obrigação.

27.4. Resolução alternativa de litígios

Em caso de litígio referente à presente apólice, e sendo o tomador do seguro um consumidor na aceção da Lei 144/2015, de 8 de setembro, poderá recorrer à resolução alternativa de litígios de consumo junto das instâncias reconhecidas. A informação geral sobre as entidades de arbitragem portuguesas está disponível para consulta em **https://www.aegon-santander.pt/informacoes-relevantes-para-o-cliente/.**

A adesão do segurador à arbitragem fica vinculada às previsões legais existentes no que respeita à adesão obrigatória, sendo casuística nos restantes casos.

27.5. Regime fiscal

A este contrato aplica-se o regime fiscal previsto na lei em cada momento, não recaindo sobre o segurador quaisquer ónus, encargos ou responsabilidades em consequência de alteração legislativa.

27.6. Relatório sobre solvência e situação financeira

Este relatório encontra-se disponível para consulta pelo tomador do seguro, no site da Aegon Santander Portugal: **https://www.aegon-santander.pt/relatorios/.**

27.7. Sub-rogação

O segurador, uma vez paga a prestação, fica sub-rogado, até ao limite do valor da mesma, em todos os direitos da pessoa segura contra terceiro responsável pelos prejuízos. A pessoa segura obriga-se a agir na medida do necessário para o garantir, respondendo por perdas e danos resultantes de atos ou omissões voluntárias que possam impedir ou prejudicar o exercício desse direito.

27.8. Eficácia em relação a terceiros

As exceções, invalidades e demais disposições que, de acordo com o contrato ou com a lei, sejam invocáveis face ao tomador do seguro ou à pessoa segura, sê-lo-ão igualmente em relação a terceiros que dele beneficiem.

27.9. Compensação de créditos

No ato de pagamento de qualquer importância ao abrigo deste contrato, o segurador, sempre que a lei o permita, poderá proceder ao desconto de qualquer quantia que lhe seja devida pelo tomador do seguro ou pela pessoa segura.

28. Informação adicional específica para contratação à distância

A presente secção destina-se a dar cumprimento à obrigação de prestação de informações pré-contratuais adicionais e específicas para a contratação à distância, no estrito cumprimento do artigo 11.º e seguintes do Decreto-Lei n.º 95/2006, de 29 de maio. Por conseguinte, informa-se que:

- o valor do prémio a ser pago pelo consumidor, incluindo eventuais impostos ou outros custos, é o que consta nas condições particulares;
- não existe qualquer custo adicional para o consumidor pela utilização de meios de comunicação à distância;
- as informações prestadas têm um período de validade de um mês;
- o pagamento será feito por domiciliação bancária, através da conta bancária constante nas condições particulares;
- o consumidor tem o direito de livre resolução nos termos já referidos na secção “Cessação da apólice”;
- até ao termo do prazo de 14 dias para exercer o direito de livre resolução, o consumidor não está obrigado ao pagamento do prémio correspondente ao período em que o segurador suportou o risco;
- o não exercício do direito de livre resolução no referido prazo de 14 dias implica que o mesmo já não possa exercido e, consequentemente, já não possam operar os direitos que adviriam do seu exercício;

- o segurador estabelece relações com o consumidor ao abrigo da lei portuguesa, sendo essa, consequentemente, a lei aplicável ao contrato à distância;
- o tribunal competente para dirimir os litígios emergentes do contrato à distância é o fixado na lei civil;
- a duração mínima do contrato à distância é de um ano;
- os direitos das partes em matéria de resolução antecipada ou unilateral do contrato à distância e eventuais penalizações daí decorrentes estão previstos na secção "Cessação da apólice";
- os meios extrajudiciais de resolução de litígios e o respetivo modo de acesso são os previstos nos pontos 13 e 14 nestas condições de seguro.

29. Dados pessoais

29.1. Os dados pessoais do tomador do seguro, da pessoa segura e dos beneficiários são tratados pelo segurador Aegon Santander Portugal Não Vida, o qual, enquanto entidade responsável pelo presente tratamento de dados, poderá recolher, armazenar, interconectar e, genericamente, tratar, informaticamente ou não, os dados pessoais (incluindo os dados de saúde) fornecidos, bem como outros que o segurador obtenha legalmente, para os fins identificados na Proposta de Seguro.

29.2. Os dados pessoais poderão ser tratados pelo segurador, consoante o tipo de contrato e/ou titulares, para as seguintes finalidades:

i. contratualização e gestão do contrato, ainda no âmbito das relações pré-contratuais ou posteriormente, aqui incluindo operações de cobranças de prémios, gestão de renovações, comunicações referentes a serviços inerentes ao seguro contratado e gestão de sinistros. Estas finalidades têm por fundamento de licitude a execução do contrato e das diligências pré-contratuais, bem como o consentimento dos titulares quando esteja em causa o tratamento de dados de saúde;

ii. gestão de sinistros, que tem por fundamento de licitude a execução do contrato, bem como o consentimento dos titulares quando esteja em causa o tratamento de dados de saúde;

iii. controlo de qualidade (através de inquéritos de satisfação) e operações de marketing relativamente a serviços, ofertas promocionais e produtos comercializados pela Aegon Santander Portugal (consistindo este um interesse legítimo do segurador, por forma a aferir o nível de qualidade dos serviços e apresentar aos titulares novos produtos e propostas que os possam beneficiar);

iv. cumprimento de obrigações legais.

29.3. O segurador poderá efetuar tratamentos automatizados para efeitos de avaliação de risco, inerente ao estabelecimento e manutenção de relações comerciais entre o tomador do seguro e/ou a(s) pessoa(s) segura(s) e o segurador ou quaisquer outras sociedades com quem este venha a celebrar contratos de resseguro. As decisões individuais com base exclusiva em

tratamentos automatizados respeitam o previsto no artigo 22.º, nos n.ºs 2 e 3 do Regulamento Geral de Proteção de Dados. Para efeitos de gestão do contrato e controlo de qualidade, e mediante consentimento prévio dos titulares, poderá o segurador proceder à gravação de chamadas telefónicas, nos termos e com os limites previstos na lei e regulamentação aplicável.

29.4. Os dados pessoais tratados poderão ser comunicados a outras sociedades com quem o segurador tenha subcontratado serviços, a entidades com quem venha a celebrar contratos de resseguro ou ainda outras sociedades que com o segurador estejam direta ou indiretamente em relação de domínio ou grupo, unicamente para fins estritamente ligados ao presente contrato. Os dados pessoais poderão ainda ser comunicados a entidades terceiras (nomeadamente entidades administrativas, judiciais e de supervisão) para cumprimento de obrigações legais. Nos casos em que haja uma comunicação para países terceiros, o segurador garantirá um nível de proteção adequado dos seus dados, através de instrumento contratual de acordo com clausulado adotado pela Comissão Europeia.

29.5. Nos termos da lei em vigor, o titular dos dados tratados tem o direito de, a todo o tempo, solicitar e obter, por si ou por representante legalmente constituído, o acesso à totalidade da informação registada, bem como a solicitar a sua atualização, limitação, eliminação ou oposição à finalidade de marketing ou controlo de qualidade, devendo para o efeito remeter comunicação escrita através do e-mail aegonsantander@aegonsantander.pt. Poderá ainda, através da mesma forma, retirar eventuais consentimentos dados ao segurador (na medida em que não prejudique a execução do contrato) e exercer o direito de portabilidade dos seus dados (para si ou entidade expressamente identificada), no que respeita aos dados automatizados por si fornecidos e que lhe digam respeito, e desde que não prejudique direitos e liberdades de terceiros. O exercício do direito de eliminação ou limitação de dados para as finalidades de contratualização e gestão do contrato e de gestão de sinistros, durante a vigência do contrato de seguro, que impeçam a sua regular gestão importará o seu termo.

29.6. Os dados pessoais recolhidos serão conservados após o termo de cada contrato de seguro, até ao termo do respetivo prazo legal de prescrição ou, se superior, ao termo de processo de reclamação ou de gestão de sinistro, com exceção dos dados que, por imposição legal, devam ser conservados por período superior.

29.7. A Aegon Santander Portugal Não Vida, enquanto responsável pelo tratamento dos dados, poderá ser contactada através do e-mail aegonsantander@aegonsantander.pt e/ou através do seu Encarregado de Proteção de dados, através do e-mail dpo@aegonsantander.pt. Pode ainda dirigir reclamações junto da Autoridade de Controlo legalmente estabelecida.

29.8. Os dados fornecidos deverão ser completos e exatos, sendo certo que a sua falta ou inexatidão obsta à concretização e manutenção do contrato de seguro.

29.9. Consulte mais informações acerca do Tratamento de Dados Pessoais através da Política de Privacidade disponível em **https//www.aegon-santander.pt/politicas**.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

Coberturas possíveis de contratar

O seguro permite contratar um conjunto de coberturas na mesma apólice, entre várias opções. Cada uma destas coberturas tem características próprias quanto à sua utilização, assim como exclusões específicas aplicáveis apenas a essa cobertura. **Adicionalmente, poderão incluir um limite de capital, franquias, percentagem de comparticipação, períodos de carência, copagamentos, entre outras características indicadas nas condições particulares.**

As coberturas efetivamente contratadas constam nas condições particulares desta apólice.
As coberturas são subscritas na proposta de seguro, assim como podem ser adicionadas mais tarde à apólice. Em ambos os casos, **dependem de aceitação do segurador** e só poderão ser utilizadas após constarem nas condições particulares e/ou atas, decorrido o respetivo período de carência.

01. Internamento hospitalar

Regime de comparticipação: dentro da rede **e** fora da rede

O que está coberto

Estão cobertas as seguintes despesas cuja realização requeira os meios e serviços específicos de ambiente de internamento:

- acomodação e utilização das infraestruturas necessárias para a realização dos atos médicos (diárias, bloco operatório, recobro, unidade de cuidados intensivos e equipamentos), incluindo a cirurgia em ambiente hospitalar sem internamento, nos termos constantes na secção “Definições”;
- honorários médicos e de enfermagem, relacionados com a assistência prestada;
- medicamentos, materiais e todos os produtos associados aos cuidados prestados;
- exames auxiliares de diagnóstico, associados aos atos médicos realizados;
- material de osteossíntese e próteses intra cirúrgicas (dispositivos médicos implantáveis);
- cirurgias de estomatologia, medicina dentária e cirurgia maxilofacial que resultem de acidente e/ou doença cobertos pelo contrato;
- tratamentos de quimioterapia citostática e radioterapia, ainda que realizados em ambulatório, são considerados como sinistros ou ocorrências isolados.

Independentemente de o internamento ocorrer dentro ou fora da rede, as despesas relativas a honorários médicos estão limitadas ao valor por “K”.

O que não está coberto

Para além das exclusões gerais, esta cobertura não garante despesas decorrentes de

a) **cirurgia do foro estomatológico ou maxilofacial, exceto se em consequência de doença manifestada na vigência do contrato ou de acidente que requeira tratamento de urgência em hospital, quer em regime de internamento, quer em regime ambulatório, abrangido por este contrato e ocorrido durante a sua vigência;**
b) **despesas de perfusionista, exceto no decurso de uma cirurgia cardiotorácica;**
c) **parto normal, cesariana e interrupção involuntária da gravidez;**
d) **próteses e implantes estomatológicos;**
e) **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 patologia secundária que o justifique;**
f) **exames complementares realizados ao recém-nascido e que não foram alvo de pré autorização (por exemplo, otoemissões);**
g) **decorrentes da realização de pequena cirurgia, qualquer que seja o período de permanência na unidade hospitalar;**
h) **acompanhantes da pessoa segura, exceto em caso de internamento hospitalar de pessoas seguras menores de 14 anos ou de portadores de deficiência congénita ou adquirida;**
i) **acomodação, diária ou quaisquer custos de natureza particular.**

02. Parto e interrupção involuntária da gravidez

Regime de comparticipação: dentro da rede **e** fora da rede

O que está coberto

A presente subcobertura insere-se na cobertura de internamento hospitalar, sendo as despesas deduzidas ao respetivo capital seguro. Garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas condições particulares, o pagamento das despesas efetuadas com os atos de diagnóstico ou terapêutica, inerentes a parto e interrupção involuntária da gravidez que requeiram os meios e serviços específicos de ambiente hospitalar.

Ficam abrangidas por esta subcobertura as despesas efetuadas com:

- acomodação e utilização das infraestruturas necessárias para a realização dos atos médicos (diárias, bloco operatório, recobro, unidade de cuidados intensivos e equipamentos), incluindo a cirurgia em ambiente hospitalar sem internamento, nos termos constantes na secção “Definições”;
- honorários médicos e de enfermagem, relacionados com a assistência prestada;
- medicamentos, materiais e todos os produtos associados aos cuidados prestados;
- exames auxiliares associados aos atos médicos realizados.

Após alta da mãe, as despesas médicas com o recém-nascido só ficam garantidas se o tomador do seguro solicitar ao segurador a adesão até 30 dias após o nascimento. Após a inclusão do recém-nascido como pessoa segura, será devido o correspondente prémio a partir da data de nascimento.

O que não está coberto

Para além das exclusões gerais, esta subcobertura não garante despesas:

a) associadas à interrupção voluntária da gravidez;

b) de natureza particular;

c) com acompanhantes.

03. Assistência em regime de ambulatório

Regime de comparticipação: dentro da rede **e** fora da rede

O que está coberto

Esta cobertura garante, nos termos e limites fixados nas Condições Particulares, o pagamento de despesas efetuadas com os atos de diagnóstico ou terapêutica, que não requeiram os meios e serviços específicos de ambiente hospitalar, mesmo que assim sejam realizados.

Ficam abrangidas por esta cobertura as despesas efetuadas com:

- honorários de consultas médicas;
- honorários médicos e de enfermagem relativos a outros atos médicos realizados em regime ambulatório, incluindo pequena cirurgia, qualquer que seja o período de permanência na unidade hospitalar;
- materiais e produtos associados aos atos médicos realizados em regime ambulatório;
- exames auxiliares de diagnóstico;
- tratamentos do foro da medicina física e de reabilitação, incluindo terapia da fala, que tenham sido prescritos por médico e cuja necessidade decorra diretamente de doença ou acidente coberto nesta apólice, exceto doenças crónicas, e desde que tenham sido contratados neste seguro. Estas despesas têm um sublimite que consta nas condições particulares.
- despesas efetuadas com honorários no âmbito das terapêuticas não convencionais aprovadas legalmente (nos termos da n.º. Lei 71/2013, de 2 de setembro ou outra equivalente que a venha a preceder), tais como:
  - **a)** acupuntura;
  - **b)** homeopatia;
  - **c)** osteopatia;
  - **d)** medicina tradicional chinesa;
  - **e)** naturopatia;
  - **f)** fitoterapia;
  - **g)** quiropraxia.

Estas despesas têm um sublimite que consta nas condições particulares.

O que não está coberto

Para além das exclusões gerais, esta cobertura não garante despesas referentes a

a) **cirurgia realizada em ambiente hospitalar, conforme definido na cobertura de internamento hospitalar;**
b) **consultas, tratamentos, cirurgia e próteses e ortóteses do foro estomatológico;**
c) **exercícios de ortóptica, exceto se prescrito por médico da especialidade;**
d) **próteses e ortóteses;**
e) **medicamentos ou quaisquer produtos com fins terapêuticos;**
f) **fisioterapia decorrente de doenças crónicas;**
g) **terapia da fala cuja necessidade não decorra exclusivamente de acidentes ou doenças malignas cobertas, como terapia da fala para apoio escolar ou decorrente de perturbações de aquisição e desenvolvimento de comunicação e linguagem.**

04. Medicina dentária, próteses e ortóteses

Regime de comparticipação: dentro da rede **e** fora da rede

O que está coberto

Esta cobertura garante, nos termos e limites fixados nas condições particulares, o pagamento de despesas efetuadas com os atos de diagnóstico ou terapêutica do foro estomatológico e com próteses ou ortóteses devidamente prescritas por um médico da especialidade, nomeadamente e respetivamente, por médico estomatologista e optometrista ou técnico de ortóptica.

Estão incluídas, exclusivamente, despesas associadas a:

- honorários médicos;
- exames auxiliares de diagnóstico;
- próteses estomatológicas (excetuando próteses sobre implantes), auditivas e ortopédicas;
- aros com lentes;
- lentes graduadas (sejam lentes de contacto ou não);
- cadeiras de rodas, camas articuladas, canadianas e outros equipamentos auxiliares;
- materiais e todos os produtos associados aos atos médicos realizados.

Para esta cobertura, a primeira consulta de especialidade efetuada na Rede Médica inclui um registo da situação clínica por cada pessoa segura, resultando do mesmo a elaboração de uma ficha de observação para arquivo do segurador.

Procedimentos

Relativamente a ortóteses de foro oftalmológico, as coberturas garantidas pela presente cobertura são aceites pelo segurador mediante a aplicação dos procedimentos a seguir indicados:

- na primeira apresentação de despesa de lentes, a mesma só será comparticipada quando acompanhada da respetiva prescrição efetuada por médico, optometrista ou técnico de

ortóptica. nas apresentações seguintes, a comparticipação de despesas só será efetuada quando se verificar a existência de alteração da correção relativamente à prescrição anterior;

- os aros oculares só são comparticipáveis quando adquiridos em conjunto com as lentes oculares, desde que estas sejam também comparticipáveis;
- considera-se como vida útil para os aros e as lentes o prazo de três anos, findo o qual estes passam a ser comparticipáveis, mesmo que não se verifique a existência de alteração da correção relativamente à prescrição anterior. Este prazo de vida útil não é aplicável a lentes de contacto descartáveis;
- no caso de menores de 16 anos, os aros e lentes poderão ser comparticipáveis sem que se verifique a referida alteração, e antes de decorridos os 3 anos, desde que na prescrição médica seja explícita a necessidade de trocar de óculos em consequência do seu crescimento;
- não serão nunca consideradas as situações de furto, roubo, extravio ou quebra de óculos ou lentes, exceto quando resultante de acidente garantido pelo contrato, desde que a respetiva participação de sinistro seja acompanhada de documento comprovativo das lesões físicas provocadas na pessoa segura, elaborado por médico ou unidade hospitalar que prestou assistência.

As ortóteses oculares estão sujeitas a um sublimite anual, constante nas condições particulares.

O que não está coberto

Para além das exclusões gerais, esta cobertura não garante despesas referentes a:

a) internamento hospitalar;

b) aparelhos de ortodontia e respetivos moldes, estudos (incluindo imagiologia específica) e consultas de controlo, exceto se a ortodontia constar nas condições particulares;

c) tratamentos efetuados com utilização de metais preciosos;

d) reabilitação de dentes em falta ou reabilitados com prótese à data da celebração do contrato;

e) implantes do foro estomatológico, incluindo todos os atos clínicos e laboratoriais necessários, nomeadamente a fase de regeneração óssea pré-protética, a fase cirúrgica (colocação de implante dentário e implante dentário per se) e fase protética (coroa sobre implante), incluindo sistema de conexão (magnético, cimentado ou aparafusado);

f) tratamentos de carácter meramente estético, tal como branqueamento;

g) furto, roubo, extravio ou quebra de óculos ou lentes, exceto quando consequente de acidente garantido pelo contrato, desde que a respetiva participação de sinistro seja acompanhada de documento comprovativo das lesões físicas provocadas na pessoa segura, elaborado pelo médico ou unidade hospitalar que prestou assistência;

h) calçado ortopédico (apenas fica abrangido o material destinado a correção ou palmilhas);

i) colãs e cintas medicinais e ortopédicas, meias elásticas e de descanso, colchões e almofadas ortopédicas e antiescaras;

j) **suspensões braquiais e colares cervicais (exceto para situações pós-cirúrgicas ou em consequência de acidente);**
k) **humidificadores e similares, assim como equipamentos de ar condicionado ou purificadores de ar;**
l) **qualquer prótese ou ortótese cuja finalidade seja apenas estética e não funcional;**
m) **próteses miogénicas, bioelétricas ou implantes eletrónicos;**
n) **perucas, ainda que a sua utilização seja considerada necessária durante um tratamento de quimioterapia;**
o) **outros equipamentos classificados como ajudas técnicas;**
p) **aros sem lentes;**
q) **óculos de sol, incluindo, isoladamente ou em conjunto, armações e lentes graduadas ou não.**

05. Medicina dentária

Regime de comparticipação: dentro da rede **e** fora da rede

O que está coberto

Esta cobertura garante, nos termos e limites fixados nas condições particulares, o pagamento de despesas efetuadas com os atos de diagnóstico ou terapêutica do foro estomatológico.

Estão incluídas, exclusivamente, despesas associadas a:

- honorários médicos;
- exames auxiliares de diagnóstico;
- limpezas dentárias;
- próteses dentárias (exceto implantes);
- raio-X;
- materiais e todos os produtos associados aos atos médicos realizados.

O que não está coberto

Para além das exclusões gerais, esta cobertura não garante despesas referentes a:

a) **despesas de internamento hospitalar;**
b) **aparelhos de ortodontia e respetivos moldes, estudos (incluindo imagiologia específica) e consultas de controlo;**
c) **Implantes do foro estomatológico, incluindo todos os atos clínicos e laboratoriais necessários, nomeadamente a fase de regeneração óssea pré-protética, a fase cirúrgica (colocação de implante dentário e implante dentário per se) e fase protética (coroa sobre implante), incluindo sistema de conexão (magnético, cimentado ou aparafusado);**
d) **tratamentos efetuados com utilização de metais preciosos;**

e) **reabilitação de dentes em falta ou reabilitados com prótese à data da celebração do contrato;**

f) **tratamentos de carácter meramente estético, tal como branqueamento.**

06. Próteses e ortóteses

Regime de comparticipação: dentro da rede **e** fora da rede

O que está coberto

Esta cobertura garante, nos termos e limites fixados nas condições particulares, o pagamento de despesas efetuadas com próteses ou ortóteses devidamente prescritas por um médico da especialidade, nomeadamente e respetivamente por médico estomatologista e optometrista ou técnico de ortóptica.

Estão incluídas, exclusivamente, despesas associadas a:

- honorários médicos;
- exames auxiliares de diagnóstico;
- próteses auditivas e ortopédicas;
- aros com lentes;
- lentes graduadas (sejam lentes de contacto ou não);
- cadeiras de rodas, camas articuladas, canadianas e outros equipamentos auxiliares;
- materiais e todos os produtos associados aos atos médicos realizados.

Para esta cobertura, a primeira consulta de especialidade efetuada na Rede Médica inclui um registo da situação clínica por cada pessoa segura, resultando do mesmo a elaboração de uma ficha de observação para arquivo do segurador.

Procedimentos

Relativamente a ortóteses de foro oftalmológico, as coberturas garantidas pela presente cobertura são aceites pelo segurador mediante a aplicação dos procedimentos a seguir indicados:

- na primeira apresentação de despesa de lentes, a mesma só será comparticipada quando acompanhada da respetiva prescrição efetuada por médico, optometrista ou técnico de ortóptica. Nas apresentações seguintes, a comparticipação de despesas só será efetuada quando se verificar a existência de alteração da correção relativamente à prescrição anterior;
- os aros oculares só são comparticipáveis quando adquiridos em conjunto com as lentes oculares, desde que estas sejam também comparticipáveis;
- considera-se como vida útil para os aros e as lentes o prazo de três anos, findo o qual estes passam a ser comparticipáveis, mesmo que não se verifique a existência de alteração da correção relativamente à prescrição anterior. Este prazo de vida útil não é aplicável a lentes de contacto descartáveis;

- no caso de menores de 16 anos, os aros e as lentes poderão ser comparticipáveis sem que se verifique a referida alteração, e antes de decorridos os 3 anos, desde que na prescrição médica seja explícita a necessidade de trocar de óculos em consequência do seu crescimento.

As ortóteses oculares estão sujeitas a um sublimite anual, constante nas condições particulares.

O que não está coberto

Para além das exclusões gerais, esta cobertura não garante despesas referentes a:

a) despesas de internamento hospitalar;

b) furto, roubo, extravio ou quebra de óculos ou lentes, exceto quando consequente de acidente garantido pelo contrato, desde que a respetiva participação de sinistro seja acompanhada de documento comprovativo das lesões físicas provocadas na pessoa segura, elaborado pelo médico ou unidade hospitalar que prestou assistência;

c) calçado ortopédico (apenas fica abrangido o material destinado a correção ou palmilhas);

d) colãs e cintas medicinais e ortopédicas, meias elásticas e de descanso, colchões e almofadas ortopédicas e anti escaras;

e) Despesas de ortodontia e próteses estomatológicas;

f) suspensões braquiais e colares cervicais (exceto para situações pós-cirúrgicas ou em consequência de acidente);

g) humidificadores e similares, assim como equipamentos de ar condicionado ou purificadores de ar;

h) qualquer prótese ou ortótese cuja finalidade seja apenas estética e não funcional;

i) próteses miogénicas, bioelétricas ou implantes eletrónicos;

j) perucas, ainda que a sua utilização seja considerada necessária durante um tratamento de quimioterapia;

k) outros equipamentos classificados como ajudas técnicas;

l) aros sem lentes;

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

07. Medicamentos

Regime de comparticipação: fora da rede

O que está coberto

Esta cobertura garante, nos termos e nos limites fixados nas Condições Particulares, o reembolso das despesas em regime de prestações indemnizatórias efetuadas pela pessoa segura com a aquisição de medicamentos, classificados como tal pela autoridade competente do Ministério da Saúde e que tenham sido prescritos por médico.

O que não está coberto

Para além das exclusões gerais, esta cobertura não garante despesas referentes a:

a) **medicamentos para tratamento da obesidade (incluindo obesidade mórbida e suas consequências);**
b) **medicamentos para tratamento de infertilidade;**
c) **vacinas;**
d) **medicamentos de venda livre;**
e) **medicamentos manipulados;**
f) **produtos de higiene e produtos dermocosméticos;**
g) **anticoncetivos de qualquer natureza.**

08. Subsídio diário de internamento em hospital privado

Regime de comparticipação: dentro da rede **e** fora da rede

O que está coberto

Esta cobertura garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, o pagamento de um capital em caso de internamento da pessoa segura em unidade hospitalar privada, sita em Portugal, resultante de doença ou acidente que ocorra durante a vigência do contrato. Para o efeito é determinado um valor diário de indemnização, que pode ser distinto para os casos de internamento em unidade de cuidados intensivos.

Para aceder a esta prestação, o tomador do seguro ou a pessoa segura deve, nos 30 dias imediatos à data do início da hospitalização, remeter ao segurador:

- documento emitido pela unidade hospitalar no qual se indiquem as causas e as datas de início e termo da hospitalização da pessoa segura no mesmo estabelecimento;
- participação do sinistro, descrevendo as circunstâncias em que ocorreu;
- atestado subscrito pelo médico responsável pela hospitalização, indicando a causa e natureza da doença com o detalhe da seguinte informação:
  - doença que causou a hospitalização;
  - data em que se manifestaram os sintomas;
  - data do diagnóstico;
  - data em que foi recomendada a hospitalização e a duração prevista;
  - outros elementos pedidos pelo segurador que sejam de interesse para a apreciação do sinistro/ocorrência.

Em caso de incumprimento do prazo de 30 dias, será considerada como data de início da hospitalização a data de receção dos referidos documentos.

Esta cobertura tem um limite de utilização de 180 dias por ano e por pessoa segura.

O que não está coberto

a) **hospitalizações em consequência de tratamentos não reconhecidos oficialmente pela medicina convencional;**
b) **ficam derrogadas as exclusões gerais n.º 26 e 27 no caso de subscrição desta cobertura;**
c) **internamentos ao abrigo do Serviço Nacional de Saúde.**

09. Subsídio diário de internamento em hospital privado – doenças graves

Regime de comparticipação: dentro da rede **e** fora da rede

O que está coberto

Esta cobertura garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas condições particulares, o pagamento de um capital em caso de internamento da pessoa segura em unidade hospitalar privada sita em Portugal, resultante de doença que tenha sido objeto de assistência prévia ao abrigo da cobertura de doenças graves internacional. Para o efeito é determinado um valor diário de indemnização, que pode ser distinto para os casos de internamento em unidade de cuidados intensivos.

Para aceder a esta prestação, o tomador do seguro ou a pessoa segura deve, nos 30 dias imediatos à data do início da hospitalização, remeter ao segurador:

- documento emitido pela unidade hospitalar no qual se indiquem as causas e as datas de início e termo da hospitalização da pessoa segura no mesmo estabelecimento;
- participação do sinistro, descrevendo as circunstâncias em que ocorreu;
- atestado subscrito pelo médico responsável pela hospitalização, indicando a causa e natureza da doença, com o detalhe da seguinte informação
  - doença que causou a hospitalização;
  - data em que se manifestaram os sintomas;
  - data do diagnóstico;
  - data em que foi recomendada a hospitalização e a duração prevista;
  - outros elementos pedidos pelo segurador que sejam de interesse para a apreciação do sinistro/ocorrência.

Em caso de incumprimento do prazo de 30 dias, será considerada como data de início da hospitalização a data de receção dos referidos documentos.

Esta cobertura tem um limite de utilização de 180 dias por ano e por pessoa segura.

O que não está coberto

Fica excluído qualquer internamento que não seja decorrente de assistência prévia ao abrigo da cobertura de doenças graves internacional.

10. 2ª Opinião médica internacional

Regime de comparticipação: dentro da rede

O que está coberto

Esta cobertura consiste na elaboração e disponibilização à pessoa segura de um relatório no qual conste uma segunda opinião médica sobre a sua doença ou condição clínica. Este relatório é elaborado por um ou mais médicos especialistas dentro da Rede Médica Internacional cujo conhecimento seja especificamente indicado para analisar o caso em apreço. A análise efetuada dependerá necessariamente de elementos clínicos prévios que devem ser disponibilizados pela pessoa segura, sob a forma de relatórios de consultas médicas em Portugal e/ou todos os exames já realizados, sem prejuízo de serem solicitados mais exames que sejam considerados cruciais para a elaboração do relatório. A 2ª opinião médica internacional é elegível para qualquer doença.

O que não está coberto

Esta cobertura não tem exclusões específicas, aplicando-se apenas as exclusões gerais.

11. Tratamentos no estrangeiro em caso de doença grave (doenças graves internacional)

Regime de comparticipação: dentro da rede **e** fora da rede

O que está coberto

Esta cobertura destina-se a suportar despesas com o tratamento de determinadas doenças graves prestado sempre fora do território português, pela Rede Médica Internacional. Aplica-se a um conjunto de doenças específicas e em condições também específicas, conforme se pormenoriza abaixo.

Ficam abrangidas por esta cobertura até ao limite do capital seguro, todas as despesas elegíveis que sejam autorizadas, incluindo despesas de viagem e estada da pessoa segura e acompanhante, sendo certo que as seguintes estão sujeitas ao sublimite de capital constante nas condições particulares:

a) despesas decorrentes do falecimento da pessoa segura (ou dador);
b) medicamentos após retorno da pessoa segura a Portugal;
c) subsídio diário por hospitalização no estrangeiro.

Ficam cobertos exclusivamente os seguintes tratamentos ou condições clínicas:

- cirurgia de bypass das artérias coronárias, procedimento cirúrgico de coração aberto utilizando bypass grafts (enxerto de bypass), para correção de estenose de um mínimo de duas artérias coronárias. a doença subjacente deverá ser comprovada por exame angiográfico;

- cirurgia às válvulas cardíacas, procedimento que implica a substituição de uma ou mais válvulas cardíacas como tratamento para uma doença. a doença subjacente deverá ser comprovada por exame angiográfico;
- neurocirurgia, ou seja, qualquer intervenção cirúrgica no cérebro e/ou nas estruturas intracranianas;
- tratamento de cancro, quando se tratar de tumores malignos não encapsulados com desenvolvimento e propagação descontrolada das células malignas e invasão de tecidos, ou tumores descritos em termos histológicos como pré-malignos ou que apresentem as primeiras alterações malignas, incluindo cancros não invasivos ou in situ cujo tratamento se encontra igualmente coberto;
- transplante de órgãos de dador vivo/transplante de tecidos, através do qual a pessoa segura recebe um rim, uma parte do fígado, um lobo pulmonar, uma parte do pâncreas ou médula óssea (transplante autólogo ou alogénico) de um dador vivo compatível.

Despesas suportadas

Para que as despesas de tratamento sejam suportadas pelo segurador, as mesmas têm de ser explicitamente certificadas como procedimentos clinicamente necessários, significando que são essenciais e apropriados ao diagnóstico e/ou tratamento de uma lesão ou doença, que deverão ser prescritos por um médico, que não devem exceder o âmbito, duração, intensidade e padrão médico aceite em Portugal ou no país onde estão a ser executados esses procedimentos, e que serão executados num hospital. Apenas se encontram cobertos os seguintes tipos de despesas, desde que devidamente autorizadas:

- cirurgias, incluindo todos os serviços e honorários médicos associados a essas cirurgias e respetivo recobro ou recuperação, sejam em regime ambulatório ou de internamento hospitalar;
- internamento hospitalar, incluindo despesas de serviço geral de enfermaria durante internamento[1] ou outros serviços hospitalares, incluindo custos de consulta externa e despesas com cama adicional de acompanhante, se o hospital disponibilizar esse serviço;
- regime ambulatório, incluindo tratamentos, cuidados médicos ou consultas, mesmo em regime externo quando a pessoa segura está internada;
- exames e terapias, seja sob a forma de análises laboratoriais[2], exames de imagiologia nas suas várias especialidades[3], ou outros meios auxiliares de diagnóstico[4], incluindo também as terapias[5] clinicamente necessárias ao tratamento de doença ou condição clínica coberta, sempre que tenham sido prescritos e supervisionados por um médico;

[1] Seja internamento num quarto, sala, pavilhão, unidade de vigilância ou de cuidados intensivos
[2] Incluindo análises químicas e patológicas ou biópsias
[3] Incluindo ecocardiogramas, ecografias, TAC e ressonância magnética entre outros
[4] Por exemplo, eletrocardiogramas, mielogramas, ECG, angiografias
[5] Por exemplo, radioterapia, quimioterapia, terapias hormonais ou biológicas, transfusões de sangue ou aplicação de plasma ou soro ou outros produtos injetáveis, assim como aplicação de oxigénio

- medicamentos, despesas com produtos farmacêuticos ou medicamentos aplicados por prescrição médica enquanto a pessoa segura estiver hospitalizada, ou após a alta pelo período máximo de 30 dias, desde que os produtos em causa sejam prescritos no âmbito de processos pós-operatórios e somente quando forem adquiridos previamente ao regresso a Portugal;
- transferes e transporte terrestre ou ambulâncias aéreas quando a respetiva utilização é indicada e prescrita por um médico e pré-aprovada;
- em processos de transplante por serviços prestados (a um dador vivo) durante o processo de colheita de um órgão ou tecido para transplante na pessoa segura como consequência de:
  - procedimento de investigação para localização de potenciais dadores;
  - serviços hospitalares prestados ao dador, nomeadamente internamento num quarto de hospital ou em enfermaria, refeições, serviços gerais de enfermagem, serviços regulares prestados pelo pessoal do hospital, análises e utilização de equipamento e outras infraestruturas do hospital (excluindo artigos destinados a uso pessoal que não sejam necessários durante o processo de colheita do órgão ou do tecido para transplante).
- em viagem aérea de ida e volta em classe económica para a pessoa segura e um acompanhante;
- com alojamento da pessoa segura e de um acompanhante;
- com repatriamento em caso de falecimento: se a pessoa segura (e/ou dador vivo, em caso de transplante) falecer fora de Portugal enquanto estiver a fazer tratamento no âmbito da presente apólice, o segurador pagará o repatriamento dos restos mortais. Esta cobertura está limitada aos serviços necessários para preparar o corpo e ao transporte para Portugal, incluindo os serviços prestados pela agência funerária que proceda ao repatriamento internacional, nomeadamente o embalsamento e todas as formalidades administrativas, o caixão obrigatório mínimo e o transporte dos restos mortais do aeroporto para o local do funeral escolhido em Portugal;
- subsídio diário por hospitalização no estrangeiro válido fora do território português, desde que a hospitalização seja consequência de doença e/ou tratamento coberto;
- com medicamentos após retorno a Portugal, considerando-se como tal os custos com medicamentos adquiridos em Portugal, na sequência do tratamento de uma doença coberta no estrangeiro. Estes custos encontram-se cobertos exclusivamente para medicamentos nas seguintes situações:
  - que tenham sido recomendados por um médico da Rede Médica Internacional que tenha acompanhado a pessoa segura e nos casos em que sejam necessários para continuar o tratamento;
  - que estejam aprovados pela respetiva autoridade médica/farmacêutica em Portugal, incluindo regulamento na sua prescrição e administração;

- que necessitem de prescrição médica em Portugal e sejam adquiridos e pagos pela pessoa segura (em seu nome) apenas em Portugal;
- cuja dosagem não exceda dois meses de duração, a não ser que o contrário esteja especificamente requerido na prescrição.

Forma de acesso ao serviço

O regime de comparticipação desta cobertura pode ser dentro ou fora da rede internacional (no caso desta cobertura corresponde à rede convencionada), com as percentagens indicadas nas condições particulares.

A rede convencionada International Medical Expert foi criada especificamente para esta cobertura e assegura o pagamento e o apoio logístico aos tratamentos e/ou cuidados clínicos de doenças cobertas. Através deste serviço são determinadas as unidades de saúde dentro da rede (e sempre fora de Portugal) com a melhor indicação para o tratamento da doença em questão, assim como a marcação de viagens e alojamento até aos limites estabelecidos.

Através da International Medical Expert, o segurador, em nome da pessoa segura, marca consultas com prestadores de serviços médicos ou de saúde, organiza os detalhes relativos ao tratamento médico, nomeadamente admissão e internamento hospitalar, consultas médicas, alojamento em hotéis, transporte e serviços de atendimento aos clientes. **O prestador ocupa-se igualmente do** processamento e do pagamento de despesas médicas em nome do segurador, incluindo a verificação da faturação para assegurar a sua correção (por exemplo, sem duplicação, erros ou valores em excesso) e de que os descontos aplicáveis obtidos através dos acordos contratuais com prestadores de serviços médicos e de saúde são refletidos nas faturas. O serviço International Medical Expert não está disponível para tratamentos ou procedimentos em Portugal.

O acesso a esta cobertura pressupõe a verificação das seguintes regras:

- confirmação de diagnóstico, que constitui a necessidade imediata logo que se iniciam os contactos com a pessoa segura, ou seu representante, e o prestador, que indicará todos os procedimentos para ter acesso atempado a todos os exames, relatórios e outros elementos de diagnóstico que sejam necessários para confirmação do mesmo, por forma a iniciar um processo de 2.ª opinião médica internacional, para confirmar o diagnóstico e determinar se se trata de uma doença coberta;
- certificado preliminar, emitido após confirmação de que se trata de uma doença coberta pelo serviço International Medical Expert, através do qual assume as despesas associadas aos respetivos tratamentos, desde que dentro dos limites, regras e exclusões estabelecidos e já no âmbito do serviço International Medical Expert.

Em caso de diagnóstico de uma doença coberta, deverão ser cumpridos os seguintes requisitos:

- antes de receber qualquer tratamento, serviço ou prescrição médica em relação a uma doença coberta, a pessoa segura deverá participar a situação ao prestador o mais rapidamente possível, através da linha telefónica **210546822**, e pedir uma 2ª opinião médica internacional;
- a pessoa segura deverá ser informada sobre os procedimentos considerados necessários para que o segurador possa rever todos os dados e testes clínicos e obter a confirmação do diagnóstico;
- após a obtenção dos resultados da revisão efetuada, e se a condição clínica avaliada pela 2ª opinião médica internacional for confirmada como uma das doenças cobertas, será emitido um certificado preliminar a confirmar a cobertura das despesas médicas que incorrerão sobre a pessoa segura, sujeitas às condições, limitações e exclusões da apólice, sendo então possível aceder ao serviço International Medical Expert;
- o certificado preliminar indicará os centros médicos internacionais autorizados pelo segurador para o tratamento, serviço ou prescrição médica do caso, assim como a confirmação do diagnóstico e da cobertura da apólice;
- a pessoa segura e os seus familiares devem permitir as visitas dos médicos e realizar quaisquer inquéritos considerados necessários pelo segurador, devendo os médicos que acompanham a pessoa segura fornecer aos médicos indicados pelo segurador todos os dados necessários para a verificação da sua cobertura pela presente apólice;
- o não cumprimento do estabelecido na presente cláusula ou a não utilização dos serviços médicos internacionais recomendados pelo segurador implica a assunção de 50% das despesas relativas às coberturas.;
- se ocorrer anulação da apólice e, simultaneamente, estiver a decorrer um processo de sinistro, o segurador cumprirá com as suas obrigações no âmbito dos tratamentos e despesas no estrangeiro.

Qualquer despesa suportada pela pessoa segura fora do âmbito do serviço International Medical Expert estará sempre condicionada à respetiva elegibilidade dentro das condições desta apólice, isto é, considerando exclusões, doenças e tipo de despesas cobertas, e será reembolsada pelo segurador no máximo a 50 % e até ao limite do capital seguro, exceto nos casos em que essas despesas tenham ocorrido fora do âmbito territorial definido ou dentro do período de carência desta cobertura, casos em que não haverá qualquer reembolso.

O que não está coberto

Esta cobertura destina-se a suportar custos, até ao limite do capital seguro, associados a tratamentos específicos, em condições e para doenças específicas. De uma forma geral, todas as despesas, tratamentos e doenças que não estejam previstos não são elegíveis ao abrigo desta cobertura. Nesta circunstância, para além das exclusões gerais, esta cobertura não garante o pagamento de despesas:

a) em resultado de doenças ou lesões traumáticas causadas por acidentes, como lesões traumáticas da aorta ou das válvulas cardíacas, assim como craniotomia causada por trauma ou lesão na sequência de um acidente;

b) associadas a:

- síndrome cerebral, incluindo todas as despesas para assistência médica e/ou de internamento resultantes de casos de senilidade ou deterioração cerebral;
- síndrome da imunodeficiência adquirida (VIH/sida), assim como todas as doenças secundárias daqui resultantes ou que sejam consequência do seu tratamento, incluindo a doença conhecida como sarcoma de Kaposi;
- doença causada por transplante de órgãos, exceto se for elegível como doença coberta conforme especificado na secção "Como se utilizam as coberturas";
- doenças profissionais, independentemente da profissão da pessoa segura;
- cuidados médicos ou lesões surgidas em consequência de guerras, atos de terrorismo, movimentos sísmicos, comoções, motins, inundações, erupções vulcânicas, assim como consequências diretas ou indiretas de reação nuclear e de quaisquer outros fenómenos extraordinários ou catastróficos, bem como epidemias oficialmente declaradas;
- cuidados de saúde necessários em consequência de acidente sofrido no desempenho da atividade profissional da pessoa segura, assim como acidentes e doenças de trabalho relacionados com o uso de veículos motorizados cobertos por seguro obrigatório de responsabilidade civil automóvel;
- acidentes ocorridos ou doenças contraídas em virtude de prática profissional de qualquer desporto, bem como da prática de atividades aéreas ou subaquáticas, desportos de combate, artes marciais, escalada, râguebi, espeleologia, atividades tauromáquicas, participação em competições desportivas e respetivos treinos com veículos ou algum outro desporto de risco elevado;
- cuidados de saúde necessários em virtude de alcoolismo, intoxicações devidas ao abuso do consumo de álcool, toxicodependência, uso de drogas psicóticas, narcóticas ou alucinogénias, assim como cuidados de saúde necessários em virtude de doenças verificadas em consequência de tentativa de suicídio e autolesões ou de doenças ou acidentes sofridos pela pessoa segura ao cometer um crime;
- todas as doenças ou condições clínicas que sejam diagnosticadas durante o período de carência;
- qualquer doença grave ou condição clínica causada dolosamente ou em consequência de atos de imprudência temerária ou de negligência grave por parte da pessoa segura;

- **despesas efetuadas relativamente a tratamento, serviço, provisão ou prescrição médica para uma doença que basicamente necessita de um transplante de órgão.**

c) referentes aos seguintes procedimentos:

- **angioplastias, assim como qualquer tratamento coronário não cirúrgico, e todas as técnicas angioplásticas de desobstrução de vasos sanguíneos por via de cateter + balão, assim como qualquer tratamento do foro coronário que não implique uma cirurgia;**
- **tratamentos experimentais e/ou no âmbito de medicinas alternativas, mesmo que sejam especificamente prescritas por um médico. Neste contexto consideram-se medicinas alternativas os sistemas, práticas, medicamentos ou tratamentos que não se consideram atualmente como integrantes da prática convencional da medicina, incluindo todos os procedimentos de diagnóstico e/ou terapêuticos cuja segurança e eficácia clínica não esteja comprovada cientificamente, assim considerados como tratamentos experimentais, incluindo-se nesta definição todos os tratamentos (incluindo medicamentos) não aceites universalmente como seguros para o tratamento em questão, pelas várias organizações científicas reconhecidas pela comunidade médica internacional, ou que ainda estejam em fase de estudo, pesquisa, período de teste ou qualquer estágio de experimentação clínica. Como exemplos (não exclusivos) de medicina alternativa, considera-se a aromoterapia, a acupunctura e as medicinas quiroprática, homeopática, naturopática ou osteopática;**
- **nos casos de transplante de órgãos/tecidos de dador vivo, exclui-se todo e qualquer transplante quando a necessidade inerente à realização do mesmo seja decorrente de**
  - **hepatite alcoólica;**
  - **condição congénita da pessoa segura;**
  - **autotransplante, exceto os transplantes de médula óssea;**
  - **a pessoa segura ser dadora para terceiros;**
  - **órgão de dador morto;**
  - **órgão que requeira o tratamento com células estaminais.**
- **tratamentos paralelos ou alternativos a um transplante, quando este for indicado no relatório como a melhor opção médica para o tratamento da doença em análise, mas que não se possa realizar por qualquer razão, seja de ordem pessoal ou logística;**

d) com cirurgia estética/cosmética, em todas as suas variantes, independentemente de recomendação médica, sejam referentes a procedimentos de aumento, redução, lifting ou remoção de uma parte do corpo, mesmo que tenha como objetivo melhorar ou corrigir um defeito estrutural – incluindo remoção de cicatrizes, marcas de nascimento ou condições normalmente associadas à velhice, como as artroses.

e) contraídas em território português, sendo aceites, contudo, as despesas permitidas ao abrigo da cobertura de medicamentos após tratamento realizado no estrangeiro e retorno a Portugal, quer sejam referentes a diagnósticos, tratamentos ou serviços de qualquer natureza.

f) realizadas quando a pessoa segura não tenha residência permanente em Portugal, independentemente do país onde foram realizadas. Considera-se que a pessoa segura não se ausenta do território português por mais de 13 semanas consecutivas durante um período de 12 meses, caso contrário, considera-se que não tem residência permanente em Portugal;

g) com medicamentos (mesmo após o retorno da pessoa segura a Portugal):

- se os mesmos não forem prescritos por um médico ou não forem fornecidos por um farmacêutico licenciado;
- se os custos já estiverem comparticipados pelo Serviço Nacional de Saúde ou por seguro de saúde; nos casos em que haja comparticipação parcial de medicamentos, as parcelas pagas pela pessoa segura devem estar claramente segregadas das parcelas comparticipadas no pedido de reembolso;
- se os custos estiverem associados à administração desses medicamentos (aplicável apenas para a cobertura de despesas com medicamentos após retorno a Portugal);

h) com cuidados continuados, paliativos e/ou de longa duração, quando a pessoa segura estiver em condições de saúde que lhe permitam viajar de regresso a Portugal, mas optar por não o fazer. Este tipo de despesas de recuperação e convalescença estão sempre excluídas, ainda que sejam recomendáveis clinicamente, sejam prestados em regime domiciliário, ambulatório ou de internamento, dentro ou fora de unidades hospitalares, incluindo asilos ou lares de idosos, mesmo que estas unidades se situem no estrangeiro;

i) não médicas ou sem relação direta com cuidados médicos, e não estejam especificamente previstas, como, por exemplo, todas as despesas com artigos pessoais, comunicações telefónicas ou outras, intérpretes, ainda que decorrentes de serviços proporcionados à pessoa segura, seus acompanhantes, familiares ou assistentes. Encontram-se também excluídas todas as despesas com compra ou aluguer de cadeiras de rodas, camas especiais, purificadores de ar, aparelhos de ar condicionado ou outros equipamentos de natureza similar;

j) com qualquer tipo de próteses, aparelhos ortopédicos, cintas, ligaduras, muletas, membros ou órgãos artificiais, perucas (mesmo quando o seu uso for considerado necessário durante o tratamento de quimioterapia), sapatos ortopédicos, fundas para hérnias e outros equipamentos ou artigos similares, com a exceção da prótese do seio

em resultado de uma mastectomia e com a exceção da prótese de válvulas do coração em resultado de cirurgia às válvulas cardíacas.

12. Medicina online

Regime de comparticipação: dentro da rede

O que está coberto

Esta cobertura garante apoio e aconselhamento remoto prestado por médicos ou por outros profissionais de saúde, seja por telefone, vídeo, e-mail ou app, de acordo com os serviços disponibilizados e conforme a opção da pessoa segura.

O aconselhamento médico remoto é prestado tendo em conta os sinais e os sintomas comunicados pela pessoa segura, cabendo ao especialista indicar a terapêutica mais adequada à situação.

Não obstante ser necessária a prestação de cuidados presenciais ou outro tipo de ações, esta cobertura está limitada apenas às responsabilidades decorrentes dos seguintes serviços de aconselhamento remoto:

a) consulta por telefone com um médico de medicina geral e familiar. Se houver referenciação para consulta de especialidade disponível através de telemedicina, a pessoa segura poderá, posteriormente, ser contactada pelo médico especialista. Em qualquer dos casos, a pessoa segura poderá enviar imagens e/ou relatórios de exames para que os médicos possam avaliar melhor a situação clínica.

b) consulta por vídeo, serviço através do qual a pessoa segura pode:

- agendar previamente o contacto com um médico por via remota, escolhendo o dia e a hora;
- carregar imagens e exames na sua área pessoal, para que o médico possa estudar a situação clínica antes da vídeo-consulta;
- ser contactada por um médico através de vídeo-consulta na data e hora agendadas, por forma a obter apoio e aconselhamento clínico para adoção de medidas que visem a melhoria da sua saúde.

c) segunda opinião, que permite que a pessoa segura, após o diagnóstico de doença, tenha acesso à opinião de especialistas médicos e obtenha, num breve período, um relatório escrito com o parecer de um ou vários especialistas, com base na informação médica facultada, a qual é imprescindível para solicitar o serviço.

O que não está coberto

Para além das exclusões gerais, não estão garantidos por esta cobertura eventuais:

a) danos por atrasos ou dificuldades no acesso ao serviço devido a problemas nas redes de telecomunicações;

b) **consequências de atraso ou negligência imputáveis à pessoa segura, incluindo informação deficiente, incorreta ou inexata por si prestada ou por terceiros sob as suas instruções;**

c) **consequências do incumprimento pela pessoa segura das indicações fornecidas pelo serviço.**

13. Saúde mental

Regime de comparticipação: dentro da rede **e** fora da rede

O que está coberto

Esta cobertura garante prestações médicas do foro da saúde mental, de acordo com a opção escolhida pela pessoa segura, e inclui os seguintes cuidados médicos:

a) consultas online de psicologia, do sono e de gestão de stress prestadas por via remota por médicos ou outros profissionais de saúde.

Adicionalmente, se contratados, esta cobertura garante à pessoa segura, nos termos e nos limites fixados nas condições particulares, o pagamento das despesas relativas a:

b) consultas de psicologia, psicoterapia e psiquiatria. ***O sublimite desta garantia está dentro do capital da cobertura de assistência em regime ambulatório*.**

c) internamento psiquiátrico, mediante a respetiva pré-autorização. Inclui honorários médicos e de enfermagem, medicamentos, materiais e todos os produtos necessários para os cuidados prestados, além de meios complementares de diagnóstico e terapêutica. ***O sublimite desta garantia está dentro do capital da cobertura de internamento hospitalar*.**

O que não está coberto

Para além das exclusões gerais, esta cobertura não garante despesas:

d) com terapias de origem biológicas (por exemplo, eletroconvulsivoterapia e estimulação transcraniana);

e) com estada de acompanhantes da pessoa segura;

f) de natureza particular ou que não sejam de natureza clínica;

g) inerentes a psicologia vocacional, psicologia de desenvolvimento de carreira, psicologia do trabalho, social e das organizações.

14. Assistência OneCare

Regime de comparticipação: dentro da rede

O que está coberto

Esta cobertura garante à pessoa segura um conjunto de serviços prestados ao domicílio. É acessível por contacto telefónico, podendo integrar um processo prévio de triagem. O tempo decorrido entre o

pedido e a chegada ao domicílio da pessoa segura depende de fatores como acessibilidade, tráfego dos pedidos da mesma natureza e a própria triagem. As deslocações presumem acessibilidade adequada a veículos automóveis e que não sejam consideradas perigosas para os meios humanos envolvidos. A assistência pode ser condicionada por fenómenos como catástrofes, epidemias e causas climatéricas adversas, desde que inesperados e inevitáveis. Inclui os seguintes serviços:

14.1. Assistência clínica domiciliária

14.1.1. Médico ao domicílio

Sem limite, todos os dias, 24 horas por dia

Válido em deslocações: Portugal continental e ilhas

Copagamento: 15 € por ato (1 ato médico gratuito por ano)

Consiste na deslocação de um médico ao domicílio do cliente para efeitos de observação, diagnóstico e, se necessário, consequente terapêutica e prescrição de medicamentos, se necessário. Pressupõe a existência de uma alteração da condição de saúde do paciente, desde que não ponha em risco a sua vida, incluindo, se necessário, o transporte para uma unidade hospitalar. Exclui-se do âmbito qualquer doença que não se entenda como ligeira ou moderada ou que seja considerada como emergência médica ou doença crónica.

14.1.2. Enfermagem ao domicílio

Sem limite, todos os dias entre as 09h e as 18h

Válido em deslocações: Lisboa e Porto	**Válido em deslocações:** resto do país
Copagamento: 15 € por ato (1 ato médico gratuito por ano)	**Copagamento:** 20 € por ato (1 ato médico gratuito por ano)

Compreende a prestação de cuidados de enfermagem em todas as especialidades, promovendo a comunicação com as equipas de saúde de referência do cliente, elaborando relatórios sobre evolução do estado de saúde, de modo a conseguir uma articulação eficaz nas várias áreas. Incluem-se cuidados de enfermagem independentes ou dependentes de uma prescrição médica, tais como:

- injeções – IM, SC, 1D e EV;
- soroterapia;
- pensos;
- ligaduras de imobilização;
- remoção de pontos e agrafos;
- clisteres;
- cuidados associados a sonda nasogástrica;
- colocação, manutenção, substituição de sacos para qualquer tipo de estoma;

- aerossolterapia;
- aspiração de secreções;
- irrigações, lavagens, aplicação de terapêutica oftalmológica;
- avaliação de sinais vitais, glicémia capitar, tensão arterial, temperatura e dor;
- oxigenoterapia.

14.1.3. Análises clínicas ao domicílio

Sem limite, nos dias úteis entre as 09h e as 18h

Válido em deslocações: Lisboa e Porto **Copagamento:** 15 € por ato (1 ato médico gratuito por ano)	**Válido em deslocações:** resto do país **Copagamento:** 20 € por ato (1 ato médico gratuito por ano)

No seguimento de uma prescrição médica, o segurador, através do Serviço de Assistência, providenciará, até ao limite fixado nas condições particulares, a deslocação de um técnico de saúde ao domicílio da pessoa segura para colheita de sangue e recolha de urina para análises clínicas. O custo das análises fica a cargo da pessoa segura ou ao abrigo da cobertura de assistência em regime ambulatório, se aplicável.

14.1.4. Fisioterapia/terapia da fala ao domicílio

Sem limite, nos dias úteis entre as 09h e as 18h

Válido em deslocações: Lisboa e Porto **Copagamento:** 15 € por ato (1 ato médico gratuito por ano)	**Válido em deslocações:** resto do país **Copagamento:** 20 € por ato (1 ato médico gratuito por ano)

O segurador, através do Serviço de Assistência, providenciará até ao limite fixado nas condições particulares, sessões de fisioterapia ou terapia da fala no domicílio da pessoa segura, mediante apresentação de prescrição médica. O Serviço de Assistência suportará os custos relativos aos honorários de fisioterapia até ao limite fixado nas Condições Particulares, ficando a cargo da pessoa segura o custo dos materiais.

14.1.5. Entrega de medicamentos ao domicílio

Sem limite, todos os dias entre as 09h e as 18h

Válido em deslocações: Lisboa e Porto **Copagamento:** 15 € por ato (1 ato médico gratuito por ano)	**Válido em deslocações:** resto do país **Copagamento:** 20 € por ato (1 ato médico gratuito por ano)

Na sequência de prescrição médica e mediante solicitação da pessoa segura, o segurador, através do Serviço de Assistência, providencia o envio de medicamentos ao domicílio da pessoa segura. O custo dos medicamentos ficará a cargo da pessoa segura.

14.2. Assistência a pessoas

14.2.1. Serviços de apoio domiciliário

Sem limite, nos dias úteis entre as 09h e as 18h

Válido em deslocações: Lisboa e Porto	**Válido em deslocações:** resto do país
Copagamento: 15 por hora	**Copagamento:** 20 € por hora

Serviço que engloba um conjunto de valências de suporte quando a pessoa segura se encontre em convalescença de doença ou acidente coberto pela apólice e que podem incluir:

- **cuidados de higiene, conforto e eliminação**, como banho, com ajuda parcial caso a pessoa segura esteja incapaz de proceder a todos os cuidados por se encontrar com mobilidade reduzida, na casa de banho, por um ajudante familiar, bem como ajuda nos cuidados de higiene pessoal (lavar os dentes, corte de barba e necessidades fisiológicas) e assistência para se vestir e despir;
- **cuidados de alimentação**, como preparação de refeições adequadas ao estado de saúde da pessoa segura e auxílio na alimentação, proporcionando as ajudas técnicas eventualmente disponíveis em sua casa para o efeito. **Não se inclui nestes cuidados a alimentação por via entérica;**
- **tarefas domésticas básicas**, consistindo na ajuda nas tarefas domésticas básicas importantes para o dia-a-dia, tais como: tratamento das roupas, arrumação da casa de banho, quarto e cozinha.
- **cuidados de mobilização**, como ajuda com os meios auxiliares de marcha disponíveis em casa do cliente para promover a sua movimentação. Em caso de mobilidade em cadeira de rodas inclui também ajuda na respetiva transferência;
- **deslocações ao exterior**, consistindo no acompanhamento da pessoa segura em consultas médicas e/ou outras terapias, bem como em atividades de carácter cultural, religioso, social e recreativo, auxílio nas compras do dia-a-dia que sejam necessárias ou ida a serviços de cabeleireiro, manicura, pedicura, de acordo com as suas necessidades;

14.2.2. Estética e beleza ao domicílio

Nos dias úteis, entre as 09h e as 18h

Válido em deslocações: Lisboa e Porto	**Válido em deslocações:** resto do país
Copagamento: 15 € por serviço	**Copagamento:** 20 € por serviço

O segurador, através do Serviço de Assistência, organiza a deslocação ao domicílio da pessoa segura de um profissional devidamente habilitado para a realização dos seguintes serviços, limitados aos materiais/consumíveis e equipamentos portáteis:

a) corte e penteado de cabelo;

b) manicure simples e aplicação exclusiva de verniz;

c) pedicure simples com extração de peles e aplicação exclusiva de verniz;

d) maquilhagem facial simples.

Os custos com a realização do serviço ficam a cargo da pessoa segura.

14.2.3. Transporte não urgente

Limite: 2 pedidos por ano

Válido em deslocações: Lisboa e Porto	**Válido em deslocações:** resto do país
Copagamento: 15 € por serviço	**Copagamento:** 20 € por serviço

O segurador, através do Serviço de Assistência, organiza o transporte da pessoa segura em ambulância ou táxi para deslocações a unidades de saúde para a realização de exames complementares de diagnóstico, consultas, internamentos e altas hospitalares. Considera-se como uma deslocação a realização do trajeto entre a localização da pessoa segura e a unidade de saúde mais próxima, num raio máximo de 50 km, e respetivo regresso, para efeito de cálculo dos limites desta garantia.

14.2.4. Atestado para renovação da carta de condução

Sem limite

Válido em deslocações: Lisboa e Porto **Copagamento:** 15 € por ato

O segurador, através do Serviço de Assistência, providenciará a avaliação necessária de aptidão e posterior emissão da documentação inerente à renovação da carta de condução.

14.2.5. Acesso a material ortopédico

Sem limite

Válido em deslocações: Portugal continental e ilhas

Copagamento: preços convencionados

Serviço que integra o auxílio à pessoa segura na prospeção de fornecedores de material ortopédico, para efeitos de aluguer ou aquisição.

14.3. Utilidades domésticas

Nos dias úteis, entre as 09h e as 18h

Válido em deslocações: Portugal continental e ilhas

Limite: 2 serviços por anuidade

Entrega de compras ao domicílio, que inclui a organização e suporte dos custos inerentes à entrega de compras de supermercado no domicílio da pessoa segura, desde que previamente solicitadas ao Serviço de Assistência. Os custos dos bens comprados ficarão a cargo da pessoa segura**.**

Serviços de lavandaria e engomadoria com recolha e entrega ao domicílio. Os custos de lavandaria e engomadoria ficarão a cargo da pessoa segura.

Transporte escolar de crianças menores, incluindo a organização e suporte dos custos do transporte de ida e volta entre o domicílio do tomador do seguro e a escola, em deslocações dentro do mesmo concelho. Esta garantia apenas poderá ser acionada mediante pedido do tomador do seguro e acordo prévio e do tutor legal da criança.

Consultas de veterinário ao domicílio, incluindo logística e custo de deslocação ao domicílio da pessoa segura. Os custos das consultas e respetivos tratamentos ficarão a cargo da pessoa segura. A aceitação do serviço para animais perigosos ou potencialmente perigosos e ainda para animais que não sejam cães e gatos ficará sob a aceitação condicionada do segurador.

Guarda de animal de estimação em canil ou gatil. O segurador, através do Serviço de Assistência, assumirá o custo com a deslocação e guarda de cães e gatos (com avaliação condicionada para animais perigosos ou potencialmente perigosos) em canil ou gatil, até ao limite de 5 dias de estada por ocorrência.

Nos dias úteis, entre as 09h e as 18h

Válido em deslocações: Portugal continental e ilhas e **apenas em caso de incapacidade ou hospitalização da pessoa segura**

Limite: 1 serviço por anuidade

Serviço de inspeção periódica obrigatória automóvel em caso de incapacidade ou hospitalização da pessoa segura, por um período superior a três meses. O segurador organiza a inspeção do veículo (apenas categoria ligeiros) de que a pessoa segura seja comprovadamente proprietária, no centro de inspeção mais próximo do domicílio desta. Caberá à pessoa segura entregar toda a documentação necessária para apresentação da viatura no centro de inspeção, assim como suportar o custo da inspeção.

O que não está coberto

a) **nos serviços de enfermagem ao domicílio, não estão cobertos os custos com materiais e consumíveis de uso específico, tal como pensos para tratamento avançado de feridas, adesivos impermeáveis, material de ajudas técnicas, acessórios para oxigenoterapia ou soroterapia, sacos para colostomia ou sondas vesicais e nasogástricas de longa duração;**

b) **no serviço de recolha para análises ao domicílio, não estão garantidos os custos das mesmas;**

c) **no serviço de acesso a material ortopédico, não estão garantidos os custos com o aluguer ou a aquisição dos materiais;**

d) **nos serviços de fisioterapia ao domicílio, não estão contemplados quaisquer consumíveis ou equipamentos. Casuisticamente, os fisioterapeutas disponibilizam elásticos e alguns consumíveis básicos.**

15. Acesso à rede médica

Regime de comparticipação: dentro da rede

O que está coberto

Esta cobertura garante o direito de acesso à rede médica convencionada, excluindo a rede de estomatologia, com as respetivas tabelas de preços especiais, incluindo atos de diagnóstico ou terapêutica, suportando a pessoa segura a totalidade do respetivo custo. Este acesso inclui, exclusivamente:

- honorários de consultas médicas de urgência ou especialidade;
- outros atos em regime ambulatório, incluindo os respetivos custos médicos e/ou de enfermagem, assim como produtos e/ou materiais associados;
- exames auxiliares de diagnóstico;
- tratamentos do foro da medicina física e de reabilitação, incluindo terapia da fala;
- cirurgias com ou sem internamento.

A lista dos prestadores da rede médica está disponível para consulta em www.my.aegon-santander.pt, onde pode consultar preços de referência, definidos a cada momento pelo segurador.

O que não está coberto

a) **acesso a qualquer ato médico no âmbito da estomatologia;**

b) **acesso a qualquer preço especial em unidades de saúde que não façam parte da rede convencionada;**

c) **despesas associadas a qualquer ato médico, dentro ou fora da rede convencionada, ou efetuadas dentro da rede sem utilização do cartão ou do número de acesso à rede;**

Além das exclusões anteriores, não se aplicam a esta cobertura quaisquer outras exclusões, incluindo as exclusões gerais.

16. Acesso à rede de estomatologia

Regime de comparticipação: dentro da rede

O que está coberto

Esta cobertura garante o direito de acesso à rede médica convencionada de estomatologia, com as respetivas tabelas de preços especiais, incluindo atos de diagnóstico ou terapêutica, suportando a pessoa segura a totalidade do respetivo custo. Este acesso inclui, exclusivamente:

- honorários de consultas médicas de estomatologia;
- tratamentos de estomatologia;
- próteses e ortóteses estomatológicas.

A lista dos prestadores da Rede Médica está disponível para consulta em www.my.aegon-santander.pt, onde pode consultar preços de referência, definidos a cada momento pelo segurador.

O que não está coberto

a) **acesso qualquer ato médico fora do âmbito da estomatologia;**
b) **acesso a qualquer preço especial em unidades de saúde que não façam parte das respetivas redes convencionadas;**
c) **despesas associadas a qualquer ato médico, dentro ou fora da rede convencionada, ou efetuadas dentro da rede sem utilização do cartão ou número de acesso à rede;**

Além das exclusões anteriores, não se aplicam a esta cobertura quaisquer outras exclusões, incluindo as exclusões gerais.

17. Acesso à rede de saúde e bem-estar

Regime de comparticipação: dentro da rede

O que está coberto

Esta cobertura garante o direito de acesso a uma rede específica de Saúde e bem-estar a preços favoráveis, e inclui tratamentos no âmbito das medicinas alternativas, beleza e lazer, suportando a pessoa segura a totalidade do respetivo custo. Este acesso inclui valências nas áreas de:

- nutrição;
- psicologia;
- acupuntura;
- homeopatia;
- ginásios e *health clubs*;
- cursos de preparação para o parto;
- criopreservação de células estaminais;
- óticas.

A lista dos prestadores da Rede Médica está disponível para consulta em www.my.aegon-santander.pt, onde pode consultar preços de referência, definidos a cada momento pelo segurador.

O que não está coberto

a) **acesso a qualquer preço especial em unidades de saúde que não façam parte das respetivas redes convencionadas;**
b) **despesas associadas a qualquer ato nas valências indicadas, dentro ou fora da rede convencionada, ou efetuadas dentro da rede sem utilização do cartão ou número de acesso à rede;**

Além das exclusões anteriores, não se aplicam a esta cobertura quaisquer outras, incluindo as exclusões gerais.

18. Medicina preventiva

Regime de comparticipação: dentro da rede

O que está coberto

Esta cobertura garante, nos termos definidos nas condições particulares, o agendamento de uma consulta online e subsequente marcação, na rede convencionada, de um conjunto de exames de diagnóstico (check-up) adequados à idade e género de cada pessoa segura. Os custos destes atos médicos estão a cargo do segurador, desde que realizados sob sua autorização e com a periodicidade adequada.

O que não está coberto

a) **exames distintos dos indicados na rubrica "medicina preventiva", disponível em www.aegon-santander.pt;**
b) **exames marcados sem o acordo do segurador ou fora da rede convencionada, exceto se assim for indicado e aprovado pelo segurador.**

19. Extensão ao estrangeiro

Regime de comparticipação: fora da rede

O que está coberto

Garante à pessoa segura – que resida habitualmente em Portugal - cobertura fora do território nacional, em situação de estadia ocasional no estrangeiro, exclusivamente para as despesas enquadráveis no âmbito das coberturas de internamento hospitalar e assistência em regime ambulatório, utilizando o mesmo capital dessas coberturas, pelo que os reembolsos efetuados serão deduzidos ao capital seguro de cada uma delas conforme o respetivo enquadramento, tal como se ocorressem em território português.

Consideram-se estadias ocasionais as que tiverem duração até 60 dias. Estadias superiores a 60 dias devem ser previamente submetidas e aceites pelo segurador.

SSPIPCNRMTV02_090625

Santander Entidade Distribuidora
aegon Santander Seguros

O que não está coberto

Para além das exclusões gerais, esta cobertura não garante despesas:

a) que constituam exclusões específicas das coberturas de internamento hospitalar e assistência em regime ambulatório;

b) referentes a deslocações e estada;

c) associadas a doenças oncológicas.

20. Assistência clínica em viagem

Regime de comparticipação: dentro da rede

O que está coberto

Esta cobertura garante à pessoa segura, quando em viagem ao estrangeiro não superior a 60 dias, o direito aos seguintes serviços de assistência:

20.1. Despesas médicas, cirúrgicas, farmacêuticas e de hospitalização

Franquia: 50 €

Limite: 5000 €

Se, em consequência de acidente ou doença ocorrido durante o período de validade da apólice, a pessoa segura necessitar de assistência médica, cirúrgica, farmacêutica ou hospitalar, o segurador, através dos serviços de assistência, suportará, até aos respetivos limites, ou reembolsará mediante acordo prévio e justificativos:

- despesas e honorários médicos e cirúrgicos;
- gastos farmacêuticos prescritos por médico;
- gastos de hospitalização;

Em caso de intervenção cirúrgica apenas será da responsabilidade do segurador, através dos seus serviços de assistência, se a mesma revestir carácter de urgência e inadiável, não podendo aguardar pelo regresso da pessoa segura a Portugal.

20.2. Transporte ou repatriamento sanitário de feridos e doentes

Franquia: sem franquia

Limite: sem limite

Se a pessoa segura sofrer ferimentos ou adoecer durante o período de validade da apólice, sempre e quando a situação clínica o justifique, o segurador, através dos serviços de assistência, encarregar-se-á:

- do custo do transporte em ambulância até à clínica ou hospital mais próximo;
- da vigilância por parte da sua equipa médica, em colaboração com o médico assistente da pessoa segura ferida ou doente, para determinação das medidas convenientes ao melhor

tratamento a seguir e do meio mais apropriado para a sua eventual transferência para outro Centro Hospitalar mais adequado ou até ao seu domicílio;

- do custo desta transferência pelo meio de transporte mais adequado sempre e quando não puder ser utilizado o meio de transporte inicialmente previsto e a data de regresso.

Os meios de transporte a utilizar serão decididos pela equipa médica do segurador através dos serviços de assistência.

20.3. Acompanhamento da pessoa segura hospitalizada

Franquia: sem franquia

Limite: 75€ por dia, no máximo 750€

Se se verificar hospitalização da pessoa segura e o seu estado não aconselhar o repatriamento ou regresso imediato, o segurador, através dos serviços de assistência, suportará as despesas de estada em hotel, a um familiar ou pessoa por ela designada, que se encontre já no local, para ficar junto da pessoa segura, até ao limite previsto.

No caso de a pessoa segura ter menos de 18 anos e integrar uma viagem organizada pela sua escola, os limites de capital estabelecidos para a presente cobertura, passam a permitir o reembolso das despesas com alojamento e alimentação, mantendo-se os limites estabelecidos.

20.4. Bilhete de transporte de ida e volta para um familiar e respetiva estada

Franquia: sem franquia

Limite: estada 75€ por dia, no máximo 750€

Se a hospitalização ultrapassar cinco dias e não for possível acionar a garantia prevista no n.º 3, o segurador, através dos serviços de assistência, suportará as despesas a realizar por um familiar, com a passagem de ida e volta de comboio em 1ª classe ou de avião em classe turística, com partida de Portugal, para ficar junto dela, responsabilizando-se ainda pelas despesas com estada, até ao limite estipulado.

No caso de a pessoa segura ter menos de 18 anos e integrar uma viagem organizada pela sua escola, o período a partir do qual a garantia pode ser acionada passa a ser de dois dias, e o limite de capital estabelecido acima permitirá o reembolso das despesas com alojamento e alimentação.

20.5. Prolongamento de estada em hotel

Franquia: sem franquia

Limite: 75€ por dia, no máximo 750€

Se, após a doença ou o acidente, o estado da pessoa segura não justificar hospitalização ou transporte sanitário, e se o seu regresso não se puder realizar na data inicialmente prevista, o segurador, através dos serviços de assistência, encarregar-se-á das despesas efetivamente realizadas com estada em hotel, por si e por uma pessoa que fique a acompanhar, se a elas houver lugar e até ao limite acima indicado.

20.6. Transporte ou repatriamento da pessoa segura falecida

Franquia: sem franquia

Limite: sem limite

O segurador, através dos serviços de assistência, suportará as despesas com todas as formalidades a efetuar no local do falecimento da pessoa segura, bem como as relativas ao seu transporte ou repatriamento até ao local do enterro em Portugal.

No caso de uma pessoa segura ter falecido na sequência de hospitalização e tiver sido acionada a garantia prevista no n.º 4, a seguradora, através dos serviços de assistência, suportará igualmente as despesas de regresso do familiar até ao seu domicílio, em Portugal.

20.7. Assistência em caso de roubo de bagagens no estrangeiro

Franquia: sem franquia

Limite: sem limite

No caso de roubo de bagagens e/ou objetos pessoais, o segurador, através dos serviços de assistência, prestará apoio à pessoa segura na participação às autoridades, caso tenha sido solicitado.

Tanto no caso de roubo como no de perda ou extravio dos ditos pertences, se encontrados, fica igualmente garantido o seu envio até ao local onde se encontre a pessoa segura ou até ao seu domicílio.

20.8. Adiantamento de fundos no estrangeiro

Franquia: sem franquia

Limite: 1500 €

Em caso de roubo ou extravio de bagagens ou valores monetários, não recuperados no prazo de 24 horas, o segurador, através dos serviços de assistência, prestará o adiantamento das verbas necessárias à substituição dos bens desaparecidos até ao limite estipulado.

As importâncias adiantadas serão reembolsadas à seguradora através dos serviços de assistência no prazo máximo de 15 (quinze) dias após o regresso a Portugal.

20.9. Atraso na receção de bagagens

Franquia: 24 horas

Limite: 1500 €

O segurador, através dos serviços de assistência, reembolsará a pessoa segura, pelo valor das despesas provocadas pelo atraso na recuperação da bagagem no decurso de uma viagem aérea, designadamente na aquisição de artigos de vestuário e/ou de higiene, até ao limite estipulado e desde que esse atraso seja superior a 24 horas.

Excluem-se desta garantia os atrasos que possam ocorrer na chegada das bagagens ao aeroporto de origem, que será sempre coincidente com o país de residência da pessoa segura

20.10. Atraso no voo

Franquia: 12 horas

Limite: 300 € por dia, no máximo 600€

A seguradora, através dos serviços de assistência, reembolsará a pessoa segura pelo valor das despesas de alojamento provocadas pelos atrasos nas partidas dos aviões, até ao limite estipulado acima, desde que esse atraso seja superior a 12 horas.

Ficam expressamente excluídos desta garantia os acontecimentos cuja responsabilidade seja da companhia aérea e provocados por avarias dos seus aviões, incluindo os aparelhos subcontratados.

20.11. Perda de ligações aéreas

Franquia: 12 horas

Limite: 300 € por dia, no máximo 600€

Caso a pessoa segura perca uma ligação entre dois voos devido a atrasos na chegada do avião, o segurador garante, através dos serviços de assistência, as despesas com alojamento até ao limite estipulado.

20.12. Perda de voo por falha nos transportes públicos

Franquia: 12 horas

Limite: 300 € por dia, no máximo 600€

Caso o portador do cartão perca o voo, devido a atraso nos serviços regulares de transportes públicos, o segurador, através dos serviços de assistência, garante o reembolso das despesas com alojamento e alimentação até ao limite fixado.

O que não está coberto

Esta cobertura não garante o reembolso de despesas:

a) **médicas, cirúrgicas e de hospitalização em Portugal;**
b) **do foro estomatológico;**
c) **de obstetrícia;**
d) **para aquisição e/ou colocação de próteses, ortóteses, lentes de contacto e similares;**
e) **resultantes de partos e complicações devidas ao estado de gravidez, salvo se imprevisíveis durante as primeiras 26 semanas, no caso das garantias previstas nas alíneas a) e b);**
f) **decorrentes de lesões ou doenças que tenham sido diagnosticadas antes do início da viagem;**
g) **decorrentes de doença mental ou qualquer doença do foro psiquiátrico;**
h) **com sinistros resultantes de uma doença ou estado patológico existente antes do início da viagem, bem como lesões resultantes de intervenções cirúrgicas ou outros atos médicos não motivados por acidente garantido pelo contrato, exceto para episódios**

agudos dessas doenças e sempre que o motivo da viagem não tenha sido esse tratamento;

i) decorrentes de suicídio ou tentativa de suicídio da pessoa segura, e suas consequências, bem como outros atos intencionais praticados sobre si própria;

j) decorrentes de atos dolosos, criminosos ou contrários à ordem pública de que, o tomador de seguro ou a pessoa segura seja, autor material ou moral ou cúmplice;

k) decorrentes de ações ou omissões praticadas pela pessoa segura sob influência de estupefacientes, sem prescrição médica, ou de bebidas alcoólicas em grau suscetível de contraordenação criminal;

l) com próteses, ortóteses, óculos e lentes de contacto, bem como despesas de odontologia;

m) decorrentes de sinistros resultantes da prática desportiva profissional ou amadora federada e respetivos treinos, bem como da prática de outros desportos "especiais", tais como alpinismo, boxe, karaté e outras artes marciais, tauromaquia, paraquedismo, parapente, asa-delta, todos os desportos designados de radicais, espeleologia, pesca e caça submarinas, desportos de inverno, tais como esqui e snowboard, quaisquer desportos que envolvam veículos motorizados (de duas rodas ou outros), motonáutica e outros desportos análogos na sua perigosidade;

n) decorrentes de parto e complicações devidas ao estado de gravidez, salvo se imprevisíveis e ocorridos durante os primeiros seis meses;

o) com urna e com o enterro ou cerimónia fúnebre;

p) decorrentes de sinistros resultantes de cataclismos da natureza, tais como ventos ciclónicos, terramotos, maremotos, outros fenómenos análogos nos seus efeitos e ainda ação de raio;

q) decorrentes de assaltos, greves, distúrbios laborais, tumultos e quaisquer outras alterações da ordem pública, rebelião, atos de terrorismo e sabotagem ou insurreição;

r) decorrentes de revolução, guerra civil, invasão e guerra, declarada ou não, contra país estrangeiro, hostilidades entre nações estrangeiras, haja ou não declaração de guerra, e atos bélicos provenientes direta ou indiretamente dessas hostilidades;

s) decorrentes de sinistros resultantes da utilização pela pessoa segura de aeronaves ou embarcações não pertencentes a linhas ou carreiras comerciais incluindo transporte em aviões militares;

t) decorrentes de sinistros resultantes de explosão ou quaisquer outros fenómenos direta ou indiretamente relacionados com a desintegração ou fusão de núcleos de átomos, bem como os efeitos da contaminação radioativa;

u) com tratamento em termas ou praias e, em geral, curas de mudança de ares ou de repouso, bem como tratamentos estéticos;

v) **de medicina preventiva, vacinas ou similares incluindo honorários médicos;**

w) **de reabilitação e fisioterapia efetuadas sem o acordo da equipa médica dos serviços de assistência;**

x) **médicas relativas a tratamentos iniciados no país de residência ou de nacionalidade;**

y) **médicas, cirúrgicas e de hospitalização em Portugal por doença, independentemente do local ou da origem das mesmas, incluindo as efetuadas no decurso da viagem;**

z) **decorrentes de prestações que não tenham sido solicitadas aos serviços de assistência, nem as despesas que não tenham sido efetuadas com o seu acordo, salvo nos casos de força maior ou de impossibilidade material demonstrada;**

aa) **decorrentes de pandemias e epidemias.**

Santander
Entidade Distribuidora

IDENTIFICAÇÃO DO AGENTE DE SEGUROS

Banco Santander Totta, S.A, com sede social na Rua Áurea n.º 88, 1100-063 Lisboa, registado na CRC de Lisboa com o NIPC 500 844 321 e com o capital social de 1.391.779.674€. Agente de seguros n.º 419 501 250, com registo em 21/01/2019 e autorização para distribuição de seguros para os ramos Vida e Não Vida. Informações e outros detalhes do registo disponíveis em www.asf.com.pt.

O Agente de Seguros distribui seguros do Ramo Vida das Empresas de Seguros Santander Totta Seguros – Companhia de Seguros de Vida, S.A. e Aegon Santander Portugal Vida – Companhia de Seguros de Vida, S.A., e do Ramo Não Vida das Empresas de Seguros Aegon Santander Portugal Não Vida – Companhia de Seguros S.A., Ageas Portugal, Companhia de Seguros, S.A. e MAPFRE Santander Portugal – Companhia de Seguros, S.A.

O Agente de Seguros não detém qualquer participação, direta ou indireta, nos direitos de voto ou no capital das Empresas de Seguros acima referidas.

O Banco Santander Totta, S.A. e a Santander Totta Seguros – Companhia de Seguros de Vida, S.A. integram o Grupo Santander, sendo ambas detidas através de participações qualificadas, direta ou indiretamente, pelo Banco Santander, S.A.

A Santander Totta Seguros – Companhia de Seguros de Vida, S.A., por sua vez, é detentora de 49% do capital social das Aegon Santander Portugal Vida – Companhia de Seguros de Vida, S.A., e da Aegon Santander Portugal Não Vida – Companhia de Seguros S.A., assim como de 49,99% da MAPFRE Santander Portugal – Companhia de Seguros, S.A.Na qualidade de Agente de Seguros, o Banco Santander Totta, S.A. atua em nome e por conta da(s) Empresa(s) de Seguros. No entanto, não se encontra autorizado a receber prémios para serem entregues à(s) Empresa(s) de Seguros, pelo que qualquer pagamento a este título por parte do Tomador, referente a contratos de seguro distribuídos pelo Banco Santander Totta, S.A., deverá ser realizado através de transferência bancária e/ou depósito na conta aberta da(s) respetiva(s) Empresa(s) de Seguros, sedeada na instituição de crédito Banco Santander Totta, S. A.

O Banco Santander Totta S.A. não celebra contratos, praticando, na qualidade de Agente de Seguros, apenas os atos preparatórios de tal celebração, pelo que a formalização dos contratos apenas se concretiza após intervenção da(s) Empresa(s) de Seguros.

A intervenção do Agente de Seguros envolve a prestação de assistência ao longo do período de vigência do contrato de seguro.

O Banco Santander Totta, S.A., na qualidade de Agente de Seguros, recebe da(s) Empresa(s) de Seguros ou de corretores de seguros, em relação aos contratos de seguro que distribui e a título de comissão, parte do prémio de seguro e, eventualmente em alguns casos, outras vantagens económicas concedidas em conexão com o contrato de seguro. Este pagamento não tem impacto no valor dos prémios cobrados pela(s) Empresa(s) de Seguros aos Clientes.

Assiste ao Cliente o direito de solicitar informação sobre a remuneração que o Banco Santander Totta, S. A. receberá pelo serviço de distribuição prestado e, em conformidade, receber, a seu pedido, tal informação.

Assiste ainda ao Cliente o direito de apresentar reclamações contra o Agente junto da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões. O Cliente poderá ainda apresentar reclamações ao Banco Santander Totta, S.A., junto de qualquer balcão, ou através dos seguintes meios: SuperLinha (+351 217 807 364, de Portugal ou do estrangeiro), do NetBanco ou da App Santander, por e-mail para netbancoparticulares@santander.pt ou netbancoempresas@santander.pt, consoante o caso, ou por carta para a Rua da Mesquita, n.º 6, 1070-238 Lisboa, conforme informação disponível em www.santander.pt/contactos.

Pode ainda apresentar reclamações através da Atenção ao Cliente por e-mail para atencaoaocliente@santande.pt , no Livro de Reclamações disponível em qualquer balcão do Banco Santander Totta, S.A. ou em www.livroreclamacoes.pt. Sem prejuízo do recurso aos tribunais judiciais, o Cliente goza do direito de recorrer a procedimentos extrajudiciais de resolução de conflitos, através do recurso aos Centros de Arbitragem a que o Agente de Seguros aderiu, conforme informação disponível em “Resolução Alternativa de Conflitos do Consumo” em www.santander.pt.

Informa-se que, aquando da apresentação do seguro de proteção, são prestados esclarecimentos de modo pormenorizado e de acordo com critérios profissionais do Agente de Seguros. Nos produtos de investimento com base em seguros o Agente de Seguros presta aconselhamento imparcial e pessoal no âmbito da Consultoria para Investimento. Neste domínio, serão enviados aos Clientes, anualmente, os Relatórios de Custos, Encargos e Incentivos, identificando todos os custos e encargos incorridos pelo Cliente com esses produtos de investimento com base em seguros e os incentivos aplicados, assim como o Relatório de Avaliação da Adequação, o qual avalia se os produtos de investimento com base em seguros contratados ao abrigo da Consultoria para Investimento continuam a corresponder às preferências, aos objetivos e outras características individuais do Cliente, atendendo nomeadamente às possíveis alterações ocorridas nas características dos produtos, e/ou nas oscilações do património do Cliente.Sem prejuízo do recurso aos tribunais judiciais, o Cliente goza do direito de recorrer a procedimentos extrajudiciais de resolução de conflitos, através do recurso aos Centros de arbitragem a que o Agente de Seguros aderiu, conforme informação disponível em “Resolução Alternativa de Conflitos do Consumo” em www.santander.pt.

Informa-se que, aquando da apresentação do seguro de proteção, são prestados esclarecimentos de modo pormenorizado e de acordo com critérios profissionais do Agente de Seguros. Nos produtos de investimento com base em seguros o Agente de Seguros presta aconselhamento imparcial e pessoal no âmbito da Consultoria para Investimento. Neste domínio, serão enviados aos Clientes, anualmente, os Relatórios de Custos, Encargos e Incentivos, identificando todos os custos e encargos incorridos pelo Cliente com esses produtos de investimento com base em seguros e os incentivos aplicados, assim como o Relatório de Avaliação da Adequação, o qual avalia se os produtos de investimento com base em seguros contratados ao abrigo da Consultoria para Investimento continuam a corresponder às preferências, aos objetivos e outras características individuais do Cliente, atendendo nomeadamente às possíveis alterações ocorridas nas características dos produtos, e/ou nas oscilações do património do Cliente.

SSPIPCNRMTV02_090625