



Seguro de Saúde Essencial

Condições Gerais

CG.220.SaudeEssencial.002.22/06/2022

INDICE

CAPÍTULO I – DEFINIÇÕES, OBJECTO E GARANTIAS DO CONTRATO	4
CLÁUSULA 1.ª – DEFINIÇÕES.....	4
CLÁUSULA 2.ª – OBJETO DO CONTRATO.....	10
CLÁUSULA 3.ª – ÂMBITO TERRITORIAL E TEMPORAL.....	10
CLÁUSULA 4.ª – EXCLUSÕES.....	10
CLÁUSULA 5.ª – PERIODOS DE CARÊNCIA.....	13
CLÁUSULA 6.ª – CONDIÇÕES DE ELIGIBILIDADE.....	13
CAPÍTULO II – VIGÊNCIA DO CONTRATO	13
CLÁUSULA 7.ª – INÍCIO E DURAÇÃO DO CONTRATO.....	13
CLÁUSULA 8.ª – ALTERAÇÕES AO CONTRATO.....	14
CAPÍTULO III – CESSASSÃO DO CONTRATO	14
CLÁUSULA 9.ª – RESOLUÇÃO DO CONTRATO	14
CLÁUSULA 10.ª – DECLARAÇÃO INICIAL DO RISCO	14
CAPÍTULO IV – DISPOSIÇÕES DIVERSAS.....	15
CLÁUSULA 11.ª – AGRAVAMENTO DO RISCO.....	15
CLÁUSULA 12.ª – PAGAMENTO DO PRÉMIO.....	15
CLÁUSULA 13.ª – ESTORNO DO PRÉMIO.....	16
CLÁUSULA 14.ª – ALTERAÇÃO DO PRÉMIO.....	16
CLÁUSULA 15.ª – DIREITO DE LIVRE RESOLUÇÃO DOS CONTRATOS CELEBRADOS À DISTÂNCIA	17
CLÁUSULA 16.ª – CONDIÇÕES DE ADESÃO À ENTREGA DE DOCUMENTAÇÃO DA APÓLICE POR VIA ELECTRÓNICA.....	17
CLÁUSULA 17.ª – OBRIGAÇÕES DAS PARTES	17
CLÁUSULA 18.ª – VALOR SEGURO.....	18
CLÁUSULA 19.ª – PLURALIDADE DE SEGUROS.....	18
CLÁUSULA 20.ª – SUB-ROGAÇÃO	18
CLÁUSULA 21.ª – COMUNICAÇÕES E NOTIFICAÇÕES ENTRE AS PARTES	18
CLÁUSULA 22.ª – LEI APLICÁVEL	19
CLÁUSULA 23.ª – ARBITRAGEM E FORO COMPETENTE	19
CLÁUSULA 24.ª – RESPONSABILIZAÇÃO POR PRÁTICAS MÉDICAS	19
CLÁUSULA 25.ª – PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS	19
CONDIÇÕES ESPECIAIS	21
CLÁUSULA PRELIMINAR.....	21
CE – 01. ACESSO À REDE PRESTADORES CONVENCIONADOS RNA MEDICAL.....	21
CE – 01.1 REDE DE PRESTADORES CONVENCIONADOS.....	22
CE – 01.2 REDE DE PRESTADORES DE MEDICINA DENTÁRIA.....	22
CE – 01.3 REDE DE PARTOS.....	22
CE – 01.4 REDE DE PRESTADORES DE OFTALMOLOGIA.....	22
CE – 01.5 REDE DE CIRURGIA ESTÉTICA.....	23
CE – 01.6 REDE SAÚDE E BEM ESTAR.....	23

CE – 01.7 REDE DE RESIDÊNCIAS ASSISTIDAS	23
CE – 01.8 CHECK-UP ANUAL.....	23
CE – 01.9 REDE DE FARMÁCIAS	23
CE – 01.10 ACESSO À REDE CONVENCIONADA DE ÓPTICAS.....	24
CE – 01.11 ACESSO À REDE MÉDICA EM ESPANHA.....	24
CE – 02. CONSULTA MÉDICA ONLINE	24
CE – 03. URGÊNCIAS (CONSULTAS E EXAMES).....	25
CE – 04. ACONSELHAMENTO MÉDICO	25
CE – 05. ASSISTÊNCIA AO DOMÍLIO.....	26
CE – 05.1 ENVIO DE MÉDICO AO DOMÍLIO.....	26
CE – 05.2 ENVIO DE MEDICAMENTOS AO DOMÍLIO.....	26
CE – 05.3 ENVIO DE PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM AO DOMÍLIO.....	26
CE – 05.4 ENVIO DE PROFISSIONAL DE FISIOTERAPIA AO DOMÍLIO	26
CE – 05.5 CINESIOTERAPIA RESPIRATÓRIA AO DOMÍLIO.....	27
CE – 05.6 TRANSPORTE DE URGÊNCIA	27
CE – 05.7 APOIO DOMICILIÁRIO.....	27
CE – 05.8 TRANSPORTE APÓS ALTA MÉDICA	28
CE – 05.9 SERVIÇOS DE CONFORTO	28
CE – 05.10. ANÁLISES CLÍNICAS AO DOMÍLIO.....	28
CE – 06. ACOMPANHAMENTO PÓS-CIRÚRGICO.....	28
CE – 07. ENVIO DE TRANSPORTE NÃO MEDICALIZADO – (TÁXI OU UBER).....	29
CE – 08. ALUGUER DE ACESSÓRIOS HOSPITALARES.....	29
CE – 09. ASSISTÊNCIA A IDOSOS E DEPENDENTES.....	29
CE – 09.1 SERVIÇO DE AVALIAÇÃO DOMICILIÁRIA.....	29
CE – 09.2 ACESSO A SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA DOMICILIÁRIA.....	30
CE – 09.3 FORMAÇÃO A FAMILIARES E CUIDADORES.....	31
CE – 09.4 APOIO AO ALOJAMENTO	31
CE – 10. GARANTIAS ASSISTÊNCIA EM PORTUGAL EM CASO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR.....	32
CE – 10.1 ADMISSÃO (CHECK –IN).....	32
CE – 10.2 TRANSPORTE DO BENEFICIÁRIO.....	32
CE – 10.3 ACOMPANHAMENTO DO BENEFICIÁRIO PELO MÉDICO ASSISTENTE	33
CE – 10.4 ACOMPANHAMENTO DO BENEFICIÁRIO POR UM FAMILIAR OU OUTRO ACOMPANHANTE.....	33
CE – 10.5 ALTA (CHECK –OUT)	33
CE – 10.6 ALTA SOB VIGILÂNCIA MÉDICA.....	33
CE – 10.7 FALECIMENTO DO BENEFICIÁRIO INTERNADO	33
CE – 11. SEGUNDA OPINIÃO MÉDICA.....	34
CE – 12. SUBSÍDIO DIÁRIO POR INTERNAMENTO HOSPITALAR.....	35
CE – 13. SUBSÍDIO DIÁRIO POR DOENÇA OU ACIDENTE	36
CE – 14. PROTEÇÃO AO PAGAMENTO DE PRÉMIOS DE SEGURO POR DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO	37

CLÁUSULA PRELIMINAR

Entre a RNA Seguros, S.A. com sede na Alameda Fernão Lopes, 16, 6º, Miraflores – 1495-190, Algés, número de pessoa coletiva 513 259 120 e adiante designada por Segurador, e o Tomador do Seguro identificado nas Condições Particulares, estabelece-se o presente contrato de seguro que se regula pelas Condições Gerais, Gerais e Particulares acordadas, de harmonia com as declarações constantes da proposta que lhe serviu de base e que dela faz parte integrante, bem como pelas respetivas atas adicionais.

Este contrato de seguro regula-se pelo Decreto-lei nº 72/2008, de 16 de abril, bem como pelas normas correspondentes da lei comercial e da lei civil.

O presente contrato é celebrado livremente e de boa-fé, regendo-se pelas Cláusulas seguintes:

CAPÍTULO I – DEFINIÇÕES, OBJECTO E GARANTIAS DO CONTRATO**CLÁUSULA 1.ª – DEFINIÇÕES**

Acesso à Rede RNA Medical – Acesso a serviços e cuidados de saúde disponibilizados nos prestadores da Rede RNA Medical, a preços negociados, suportando a Pessoa Segura a totalidade dos custos.

Acidente – Acontecimento fortuito, súbito e imprevisível, devido a ação exterior e alheia à vontade da Pessoa Segura, que nela provoque lesões corporais, clínica e objetivamente constatáveis.

Ata adicional – Documento que titula a alteração de uma Apólice.

Aderente – Pessoa que adere a uma apólice de Seguro de Grupo.

Agregado familiar – O cônjuge (ou equiparado) da Pessoa Segura, ou a pessoa que com ela viva em situação de união de facto, os filhos, os enteados ou adotados de qualquer dos cônjuges (ou equiparados), e ainda ascendentes, que residam no domicílio da Pessoa Segura.

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 outras equivalentes.

Apólice – Documento que titula o contrato celebrado entre o Tomador do Seguro e o Segurador, de onde constam as respetivas Condições Gerais, as Condições Especiais, as Condições Particulares e eventuais Atas Adicionais.

Apólice Aberta – Contrato de Seguro de Grupo em que o número de pessoas a segurar é variável ao longo da vigência do contrato, sendo efetuadas as inclusões e exclusões solicitadas pelo Tomador do Seguro.

Beneficiário – Corresponde sempre à Pessoa Segura.

Capital Seguro – Valor máximo participado pelo Segurador (por Sinistro, por anuidade do Seguro ou por vida do contrato), relativos a Despesas Médicas elegíveis efetuadas pelas Pessoas Seguras na Rede Médica ou fora dela. Este valor máximo é fixado nas Condições Especiais e/ou nas Condições Particulares do Contrato de Seguro ou no Certificado de Seguro.

Cartão de Saúde – Cartão pessoal e intransmissível, que identifica a Pessoa Segura perante o Segurador e a Rede Médica, de modo a permitir-lhe a realização de cuidados de saúde.

Certificado de Seguro – Documento emitido pelo Segurador comprovativo da adesão de cada Pessoa Segura ao Contrato de Seguro, mencionando, nomeadamente, período de validade, Garantias, Contratadas, Capital Seguro, identificação da Pessoa Segura.

Cirurgia em Ambiente Hospitalar Sem Internamento – Intervenção cirúrgica, necessariamente realizada em Ambiente Hospitalar, no bloco operatório, em regime de admissão e alta no mesmo dia e cuja valorização dos atos médicos seja inferior a 100 K (ver definição Coeficiente K).

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

Comparticipação – Valor a cargo do Segurador em cada despesa de saúde garantida pela Apólice, definido nas Condições Particulares e no Certificado Individual de Seguro.

Condições de Adesão – Disposições contratuais estabelecidas nas Condições Particulares relativamente a cada Pessoa Segura, Agregado Familiar ou Grupo Seguro.

Condições Especiais – Cláusulas que detalham e complementam as Condições Gerais, prevalecendo sobre estas na interpretação dos termos contratuais.

Condições Gerais – Cláusulas que definem os princípios gerais do contrato de seguro e o seu enquadramento.

Condições Particulares – Cláusulas que complementam as Condições Gerais e Especiais do contrato, prevalecendo sobre as mesmas, e que expressam os respetivos elementos específicos, identificando, entre outros, os seguintes: início e duração, Períodos de Carência, Coberturas, Capitais Seguros, Franquias, Copagamentos, Prémio, Tomador do Seguro e Pessoas Seguras.

Convalescença – Período em que a Pessoa Segura tem de permanecer na sua habitação ou outro local similar após alta do hospital ou clínica no seguimento de Hospitalização por Doença, para concluir a sua recuperação, de acordo com parecer do médico assistente. Para os efeitos das coberturas do presente contrato, o período de convalescença não poderá exceder os 30 (trinta) dias.

Copagamento – Parte das despesas médicas que fica a cargo da pessoa segura, paga diretamente ao prestador e cujo montante ou percentagem se encontra estipulado nas Condições Particulares ou Especiais.

Doença – Qualquer alteração do estado de saúde da Pessoa Segura diagnosticada e confirmada por um Médico.

Doença Aguda – Corresponde a um processo patológico que tem início súbito, desenvolvimento rápido e duração curta, terminando com convalescença ou morte em menos de três meses.

Doença Congénita – Doença presente à nascença, em resultado de fatores hereditários, ou de condições verificadas durante a gestação até ao momento do nascimento. A Doença congénita pode ser evidente ou reconhecida imediatamente após o nascimento ou ser descoberta mais tarde em qualquer momento da vida da pessoa, sem prejuízo da sua natureza.

Doença Crónica – A Doença crónica corresponde a um processo patológico caracterizado por uma progressão geralmente lenta e que dura, ou se prevê venha a durar um tempo longo, habitualmente mais do que seis meses ou por recorrência frequente por tempo indeterminado. São Doenças que têm uma ou mais das seguintes características: não se curam, são permanentes, produzem incapacidade/deficiências residuais, são causadas por alterações patológicas irreversíveis, exigem uma formação especial do doente para a reabilitação, ou podem exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados

Doença Manifestada – Doença que se tenha revelado com suficiente grau de evidência e/ou seja objeto de um diagnóstico inequívoco, dando ou não lugar ao respetivo tratamento.

Doença Pré-Existente – Considera-se pré-existente, e como tal excluída do âmbito do Contrato de Seguro, toda e qualquer Doença e/ou Lesão manifestada de que a Pessoa Segura deveria ter conhecimento, cujos sintomas eram evidentes, ou pela qual tenha recebido aviso médico ou

tratamento antes da data da celebração do Contrato de Seguro ou da data de inclusão posterior da Pessoa Segura.

Doença Recorrente – Doença em que se verifica um regresso da sintomatologia ou repetição do quadro clínico após intervalos de remissão.

Doença Súbita – Toda e qualquer Doença, inesperada e aguda, que implique risco de vida ou perda funcional para a Pessoa Segura e que requeira tratamento de urgência em hospital, quer em regime de Internamento, quer em regime ambulatorio.

Despesas Médicas – Gastos realizados pela Pessoa Segura para aquisição de bens ou de Serviços Clinicamente Necessários para o tratamento de Doença ou Lesão garantidos pela Apólice.

Despesas de Saúde Elegíveis – Despesas diretamente relacionadas com a realização de Atos Médicos, de carácter de diagnóstico ou terapêutico, executados por profissionais de saúde devidamente habilitados, como consequência de diagnóstico clínico e sempre sob supervisão e orientação médica a qual determina e limita o âmbito da responsabilidade dos intervenientes.

Despesas de Saúde Não Elegíveis – Despesas não consideradas no âmbito do Contrato de Seguro, tais como encargos derivados da realização de Atos Médicos sem prescrição médica, bem como aquisição de bens, ainda que sob prescrição médica, cuja utilidade não se esgote na finalidade terapêutica, como, por exemplo, cosméticos, colchões, cadeiras, almofadas, desumidificadores, aspiradores, aparelhos de ar condicionado, bicicletas, aparelhos de musculação e banheiras de hidromassagem, óculos de sol, entre outros. Integram esta definição todos os consumíveis, enquanto bens cuja utilidade se esgote no próprio uso, mas que não tenham finalidade terapêutica ou não sejam objetivamente justificáveis mediante prescrição médica. Salvo indicação expressa em contrário, não são consideradas elegíveis para efeitos do Seguro quaisquer Próteses ou Ortóteses não cirúrgicas.

Domicílio – O local onde a Pessoa Segura reside habitualmente em Portugal, com estabilidade e continuidade e onde tem instalada e organizada a sua economia doméstica.

Estorno – Devolução ao Tomador do Seguro de uma parte do Prémio já pago.

Gravidez Pré-existente – Gravidez manifestada ou que tenha dado origem a qualquer tratamento médico antes da data de celebração do contrato.

Farmácia – Estabelecimento onde para além de se poder adquirir Medicamentos ou outros produtos necessários para cuidar da saúde e do bem-estar do corpo, podem realizar-se outras atividades técnicas definidas e cuja instalação e funcionamento se encontrem autorizados pelo INFARMED de acordo com Regime Jurídico próprio.

Franquia – Parte do risco (valor dias ou percentagem) que em caso de sinistro, fica a cargo da Pessoa Segura e que se encontra estipulada nas presentes Condições Gerais ou nas Condições Particulares.

Franquia Anual – Valor suportado por cada Pessoa Segura ou Agregado Familiar, por anuidade do Seguro e até que se encontre esgotado o respetivo valor e cujo montante se encontra estipulado nas Condições Especiais e/ou Condições Particulares do Contrato de Seguro.

Franquia Relativa – Número de dias contados imediatamente após o Sinistro, durante os quais o Segurador não indemniza qualquer montante. Terminado aquele período, o Segurador considera a totalidade do tempo para o cálculo da indemnização.

Hospital ou clínica – O estabelecimento público ou privado, legalmente reconhecido, que disponha de assistência permanente médico-cirúrgica e de enfermagem. Excluem-se, expressamente, casas de repouso e de convalescença, bem como termas, sanatórios, lares de terceira idade, centros de tratamento de toxicod dependentes e alcoólicos e outras instituições similares.

Hospital de Dia – Serviço de um estabelecimento de saúde onde os doentes recebem, de forma programada, cuidados de saúde, permanecendo sob vigilância, num período inferior a 24 horas.

Intervenção Cirúrgica – Equipara-se a Intervenção Cirúrgica para efeitos da apólice todos os Atos Médicos classificados no CNVRAM como técnicas invasivas, diagnósticas ou terapêuticas endoscópicas, endovasculares, de cardiologia e radiologia de intervenção.

Intervenção Cirúrgica em Ambulatório – Intervenção Cirúrgica programada, realizada sob anestesia local, loco –regional ou geral, em ambiente hospitalar e em regime de admissão e alta no mesmo dia.

Internamento – Permanência medicamente justificada da Pessoa Segura num Hospital ou Clínica por um período superior a 24 horas, decorrente ininterruptamente desde a data de admissão do doente até à data de alta, para tratamento médico, cirúrgico ou para diagnóstico, de causa abrangida pela Apólice e que origine, pelo menos, uma diária hospitalar. Não é considerado o Recobro, ainda que consequente de Ato Médico incluído na Cobertura, nem são considerados dias de hospitalização cobertos, subsequentes à data da alta médica. Nos casos dos Internamentos cirúrgicos apenas serão considerados cobertos quando os atos Médicos praticados tenham um grau de complexidade, estipulado no CNVRAM, superior ou igual a 50K.

Internamento Sucessivo – Internamento em que exista uma re-hospitalização num período inferior a 12 horas, após alta hospitalar. Para os casos de re-hospitalização com interrupção superior a 12 horas, será contado como um novo episódio e Internamento.

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

Medicamento – Toda a substância ou associação de substâncias apresentada como possuindo propriedades curativas ou preventivas de Doenças em seres humanos ou dos seus sintomas ou que possa ser utilizada ou administrada com vista a estabelecer um diagnóstico médico ou, exercendo uma ação farmacológica, imunológica ou metabólica, a restaurar, corrigir ou modificar funções fisiológicas.

Médico – O licenciado ou titular de um mestrado integrado por uma Faculdade de Medicina legalmente autorizado a exercer a sua profissão no país onde o ato médico tiver lugar, e inscrito na Ordem dos Médicos ou organismo equivalente nesse país. Excluem-se expressamente a Pessoa Segura ou qualquer membro da sua família.

Ortótese – Aparelho que auxilia na execução da função de um órgão ou membro.

Período de Carência – Período de tempo que medeia entre a Data de Adesão ao Contrato de Seguro e a data de entrada em vigor das Coberturas, conforme estipulado nas Condições Especiais e/ou nas Condições Particulares do Contrato de Seguro.

Pessoa segura – A(s) pessoa(s) identificada(s) nas Condições Particulares, e que se encontra(m) sujeita aos riscos que, nos termos acordados, são objeto do contrato.

Pré-Autorização – Ato através do qual os serviços clínicos do Segurador permitem o acesso às Coberturas de hospitalização, de alguns atos terapêuticos, de alguns meios complementares de diagnóstico e de serviços de assistência à Pessoa Segura, sem o qual os mesmos não podem ser financiados ou reembolsados.

Prémio – Importância paga pelo Tomador do Seguro ao Segurador pela contratação do seguro.

Prestações Convencionadas – Comparticipações do Segurador nas despesas referentes aos Atos Médicos efetuados pela Pessoa Segura na Rede Médica. Estas comparticipações traduzem-se em

pagamentos efetuados diretamente aos Prestadores e fazem-se nos termos do estipulado nestas Condições Gerais e/ou nas Condições Especiais e Condições Particulares do Contrato de Seguro.

Prestações Indemnizatórias – Comparticipações nas Despesas Médicas efetuadas pela Pessoa Segura fora da Rede Médica. Estas comparticipações traduzem-se em reembolsos efetuados à Pessoa Segura, depois desta ter efetuado pagamentos diretamente aos Prestadores e fazem-se nos termos do estipulado nestas Condições Gerais e/ou nas Condições Especiais e Condições Particulares do Contrato de Seguro.

Proposta de Adesão – Documento preenchido pela Pessoa Segura, num Seguro de Grupo, em que esta se identifica e expressa a vontade de aderir ao Contrato de Seguro.

Proposta de Seguro – Documento subscrito ou gravação de declarações prestadas via telefónica, em que o candidato a Tomador do Seguro, ou a Pessoa Segura, quando sejam diferentes, presta todas as informações necessárias à avaliação do risco pelo Segurador, confirma ter tomado conhecimento de todas as informações pré-contratuais obrigatórias e consente expressamente na celebração do contrato.

Prótese – Aparelho utilizado para substituir total ou parcialmente a função de um órgão ou membro. Próteses Intra Cirúrgicas – Elemento que é implantado no interior do corpo de forma temporária ou permanente mediante técnica especial cirúrgica.

Questionário Clínico – Documento anexo à Proposta de Seguro, que se destina a recolher as declarações dos proponentes sobre o seu estado de saúde e os seus antecedentes clínicos, bem como toda e qualquer informação que possa ser relevante do ponto de vista clínico e para a apreciação do risco por parte do Segurador. Quando a Proposta respeite a um Grupo ou um Agregado Familiar, a aceitação ou recusa da Cobertura proposta será decidida individualmente.

Rede Médica – Conjunto de entidades prestadoras de serviços convencionados, abrangendo pessoas singulares profissionais de saúde e pessoas coletivas gestoras de unidades de saúde.

A informação sobre os prestadores que integram a Rede RNA Medical está disponível e permanentemente atualizada em www.rnamedical.pt.

Segurador – RNA Seguros S.A., entidade que celebra este contrato, com o Tomador do Seguro, e assume a cobertura dos riscos que são objeto do mesmo.

Seguro de Grupo – Contrato celebrado para um conjunto de pessoas ligadas entre si e ao Tomador do Seguro por um vínculo ou interesse comum que não o da própria efetivação do Seguro.

Seguro de Grupo em Regime Contributivo – Seguro de Grupo em que as Pessoas Seguras contribuem no todo ou em parte para o pagamento do Prémio.

Seguro de Grupo em Regime não Contributivo – Seguro de Grupo em que o Tomador do Seguro contribui na totalidade para o pagamento do Prémio.

Seguro Individual – Contrato celebrado para um conjunto de Pessoas Singulares, constituídas num Agregado Familiar, que não se qualifica como um Seguro de Grupo.

Sequelas – Manifestações anatómicas, funcionais, estéticas, psíquicas e morais permanentes, que menosprezam ou modificam o património biológico dos indivíduos.

Serviço de Atendimento Permanente – Serviço disponível em qualquer momento do dia ou da noite, com limitação no que diz respeito à capacidade mínima de diagnóstico, nomeadamente consulta de clínica geral e exames auxiliares de diagnóstico básicos.

Serviços de Assistência – Serviço executado por entidade que organiza e presta, por conta do Segurador, as garantias concedidas do presente contrato de seguro, quer revistam carácter pecuniário, quer se trate da prestação de serviços.

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:

- a. Necessários para o tratamento de Doença ou de Lesão da Pessoa Segura.
- b. Adequados à situação diagnosticada.
- c. Prestados da forma mais eficiente em termos de custo e mais adequada ao tipo de serviço a prestar.
- d. De reconhecida validade clínica.
- e. Prescritos e realizados por Médico ou outros profissionais de saúde.
- f. Cujo local de prestação (domicílio da Pessoa Segura, consultório médico, clínica de cuidados ambulatoriais, Hospital) seja o mais adequado à situação diagnosticada.

Serviços Médicos – Serviços de cuidados de saúde, garantidos pelo presente Contrato de Seguro, prestados na Rede Médica convencionada, em que a Pessoa Segura, suporta na totalidade os respetivos custos, nos termos do disposto nas Condições Particulares.

Sinistro – Evento, ou série de eventos, resultantes de uma mesma causa suscetível de fazer funcionar as coberturas do contrato. Para efeitos de apuramento de Copagamento e/ou Franquias, considera-se que cada sessão de tratamento equivale a um Sinistro, nomeadamente nos casos de fisioterapia, Terapia da Fala, quimioterapia, entre outros. Um Sinistro de Hospitalização ou Parto, enquadra-se na anuidade contratual a que pertence o primeiro dia de Hospitalização da Pessoa Segura, ainda que o Internamento decorra em mais do que uma unidade hospitalar. Para os tratamentos em sessões, cada sessão ou sinistro será enquadrado(a) na anuidade contratual da data da sua realização.

Termo de Responsabilidade – Documento emitido pelo Segurador, que exprime a assunção de responsabilidade pelos encargos inerentes à realização de determinado Ato Médico, nos termos e limites das Coberturas do Seguro aplicáveis, até ao máximo do capital garantido e disponível.

Tomador do seguro – Pessoa ou entidade que contrata com o Segurador, sendo responsável pelo pagamento dos prémios.

Transplante – Colocação, no organismo de um indivíduo, de órgão, tecido ou células, provenientes quer do próprio indivíduo, quer de outro indivíduo, com finalidade terapêutica ou para correção de alteração morfológica.

Unidade de Cuidados Intensivos – Também chamada de unidade de terapia intensiva (UTI); departamento de terapia intensiva; Unidade de Cuidados Intensivos neonatais ou unidade de cuidados coronários. Ala especializada de Hospital que presta assistência completa e contínua às pessoas que estão criticamente doentes, dado que envolve a atenção permanente de uma equipa de profissionais de saúde, especificamente treinados e que contempla equipamentos e dispositivos médicos especiais.

Unidade de Saúde – Estabelecimento, integrado ou não no Serviço Nacional de Saúde, que tenha por objeto a prestação de quaisquer serviços médicos ou de outros cuidados de saúde e que se encontre licenciado nos termos legais aplicáveis, abrangendo entidades com Internamento ou sala de recobro, entidades generalistas para serviços de hospitalização e ambulatório e ainda, entidades especializadas para serviços de ambulatório e meios complementares de diagnóstico e terapêutica, independentemente da designação jurídica adotada, incluindo Hospitais, Clínicas e Centros de meios complementares de diagnóstico e terapêutica;

Urgência Médica – Condição clínica grave manifestada subitamente ou episódio agudo de Doença, sobre a qual qualquer pessoa, mesmo que leiga em assuntos médicos, reconheça a necessidade de recurso imediato a cuidados médicos profissionais sob pena de poderem produzir-se os seguintes efeitos:

- a. Sério agravamento do estado de saúde.
- b. Comprometimento das funções corporais.
- c. Disfunção orgânica grave.
- d. Danos da saúde do feto, em casos de gravidez.
- e. Feridas abertas em caso de Acidente.

Valor do K – Valor definido nas Condições Particulares da Apólice e que permite a fixação de honorários e outras formas de remuneração do serviço prestado estabelecendo um valor absoluto de cada ato Médico devidamente codificado no Código de Nomenclatura e Valor Relativo de Atos Médicos.

CLÁUSULA 2.^a – OBJETO DO CONTRATO

O presente Contrato garante à Pessoa Segura, um conjunto de coberturas, que podem integrar a atribuição de um subsídio diário por internamento hospitalar, o acesso à Rede de Prestadores, Serviços de Assistência e outros, conforme estipulado nestas Condições Gerais e/ou nas Condições Especiais e Particulares do Contrato do Seguro.

- 1) O presente Contrato não garante quaisquer Despesas médicas ou medicamentosas reclamadas pelo Serviço Nacional de Saúde ou por outro qualquer subsistema de saúde de que a Pessoa Segura seja beneficiária.

CLÁUSULA 3.^a – ÂMBITO TERRITORIAL E TEMPORAL

- 1) As coberturas de Subsídio Diário por Internamento Hospitalar e Subsídio por Doença ou Acidente são válidas em todo o mundo, desde que as causas sejam elegíveis pelo Segurador.
- 2) O acesso aos serviços de cuidados de saúde com preços convencionados só é válido para os cuidados prestados em Portugal e é limitado à rede de prestadores disponibilizados pela RNA Medical.
- 3) Ficam garantidos os sinistros ocorridos e participados no período de vigência da apólice.

CLÁUSULA 4.^a – EXCLUSÕES

Consideram-se excluídas do âmbito da cobertura de *Subsídio Diário por Internamento Hospitalar e Subsídio Diário por Doença ou Acidente*, as seguintes situações:

- a) **Doença ou gravidez manifestada ou acidente ocorrido antes da data de inclusão da pessoa no seguro, exceto situações expressamente aceites pelo Segurador;**
- b) **Doenças crónicas do foro psíquico, ficando todas as outras doenças do mesmo foro sujeitas aos seguintes limites máximos:**
 - i) **Internamento hospitalar: 15 dias por anuidade de contrato, desde que o motivo da hospitalização psiquiátrica obedeça a um episódio agudo, com exclusão das hospitalizações por situações crónicas;**
- c) **A atribuição de subsídios por transtornos de alienação mental, estados de depressão psíquica, neuroses ou psicoses, esquizofrenias e psicoses afetivas, quaisquer que sejam**

- as suas manifestações clínicas. Excluem-se ainda as diárias decorrentes de hipnose e terapia do sono;
- d) Cirurgias destinadas à correção de anomalias físicas ou funcionais, doenças ou malformações congénitas manifestadas ou ocorridas antes da data de inclusão da Pessoa Segura, exceto quando digam respeito a crianças nascidas durante a vigência do contrato e desde que incluídas à data de nascimento e até 30 dias, exceto quando haja expressa convenção em contrário;
 - e) Cirurgia, consultas, exames e tratamentos de carácter estético ou plástico e reconstrutivo, nomeadamente, de entre outros, mamoplastias, abdominoplastias, rinoplastias. Excetuam-se desta exclusão, situações em consequência de acidente ocorrido na vigência do contrato ou doença maligna, confirmada por exame anátomo-patológico e manifestada durante a vigência desta apólice;
 - f) Cirurgia, consultas, exames, e tratamentos de obesidade, incluindo a obesidade mórbida e suas consequências;
 - g) Tratamentos de esclerose de varizes;
 - h) Tratamentos refrativos à miopia, astigmatismo, presbiopia e hipermetropia (cirúrgicos ou a laser), exceto para situações em que o equivalente esférico, por olho, é superior a seis dioptrias;
 - i) Tratamentos com recurso à utilização de Fatores de Crescimento em lesões osteoarticulares;
 - j) Tratamentos realizados com recurso a Câmara Hiperbárica, com exceção das situações decorrentes da necessidade de descompressão;
 - k) Embolizações uterinas para tratamento ou diagnóstico de miomas;
 - l) Consultas, exames, testes e tratamentos de infertilidade e inseminação artificial, bem como os partos múltiplos decorrentes destes tratamentos;
 - m) Interrupção voluntária da gravidez (IVG) mesmo que devida a causa que legitime a sua realização no prazo mais alargado previsto por lei;
 - n) Todas as despesas, sejam ambulatoriais ou com recurso ao internamento, relacionadas com gravidez, parto, cesariana e interrupção involuntária da gravidez;
 - o) Laqueação de trompas, vasectomia, colocação de DIU, ou outros tratamentos anticoncepcionais, bem como, as despesas efetuadas com o objetivo de reverter os efeitos de uma cirurgia de esterilização realizada voluntariamente;
 - p) Hemodiálise;
 - q) Transplante de órgãos;
 - r) SIDA e suas implicações e/ou doenças dela resultantes ou do seu tratamento, incluindo a doença conhecida como "Kaposi Sarcoma", bem como hepatites virais e suas consequências;
 - s) Queimaduras por exposição solar ou por utilização de solários, câmaras solares ou semelhantes e suas consequências;
 - t) Tratamentos, cirúrgicos ou outros, considerados experimentais ou de investigação, decorrentes de quaisquer avanços científicos, exceto se confirmados pelas autoridades competentes ou considerados como tratamento generalizado pelo Serviço Nacional de Saúde;
 - u) Extração de lesões benignas da pele, tais como nevos, sinais, quistos e verrugas;
 - v) Tratamentos em termas, spa, sanatórios, casas de repouso, lares de terceira idade, centros de tratamento de toxicod dependentes e alcoólicos e outros estabelecimentos similares;

- w) Tratamentos realizados no âmbito de especialidades não reconhecidas pela Ordem dos Médicos, tais como, entre outras, homeopatia, osteopatia, fototerapia, quiroprática, psicologia, parapsicologia, etc.;
- x) Internamentos com o propósito de receber tratamentos de Fisioterapia;
- y) Internamentos com o propósito de obter cuidados paliativos a longo prazo;
- z) Assistência e tratamento hospitalar por razões de carácter social;
- aa) Hospitalizações que tenham por objetivo principal o diagnóstico, análises, radiografias ou radioscopia, exceto quando em consequência do referido diagnóstico e de posterior avaliação médica (relatório) a Pessoa Segura tenha necessidade de ficar internada;
- bb) Mudança de sexo ou relativas a qualquer tratamento por desordens do género;
- cc) Check-up e exames gerais de saúde;
- dd) Consultas ou exames médicos que sejam necessários para a emissão de certificados, declarações ou informação para qualquer tipo de documento que não tenha uma clara função assistencial;
- ee) Alcoolismo e tratamentos relativos a toxicodependência ou consumo de estupefacientes ou narcóticos, ainda que prescritos por um médico;
- ff) Prática profissional de desportos e acidentes ocorridos durante a participação em competições desportivas com veículos a motor ou nos respetivos treinos;
- gg) Acidentes ocorridos e doenças contraídas por força de calamidades naturais de tipo catastrófico;
- hh) Acidentes ou doenças contraídas em consequência de revoluções, insurreições, rebeliões, devido à existência de um estado de guerra, declarado ou não;
- ii) Lesões ou doenças provocadas por radioatividade, irradiações ou emanações, nucleares ou ionizantes;
- jj) Suicídio ou tentativa de suicídio da Pessoa Segura, bem como outros atos intencionais praticados sobre si própria;
- kk) Atos praticados pela Pessoa Segura, intencionalmente ou com negligência grave, designadamente atos temerários, apostas ou desafios;
- ll) Ato criminoso ou contrário à ordem pública, que, o Tomador de Seguro ou a Pessoa Segura seja, autor material ou moral ou de que seja cúmplice;
- mm) Intervenção em rixas, salvo em legítima defesa, própria ou alheia, de bens e pessoas;
- nn) Ação ou omissão da Pessoa Segura, influenciada pelo uso de estupefacientes (sem prescrição médica) ou bebidas alcoólicas de que resulte grau de alcoolemia igual ou superior àquele que, em caso de condução sob o efeito do álcool, determine a prática de contraordenação ou crime;
- oo) Doenças profissionais e acidentes de trabalho;
- pp) Despesas realizadas com médicos que sejam a própria pessoa, cônjuge, pais, sogros, filhos, irmãos ou cunhados da Pessoa Segura;
- qq) Despesas que sejam abrangidas por protocolos, sistemas ou subsistemas de saúde ou outras formas de comparticipação a que a Pessoa Segura tenha direito ou de que beneficie, exceto na parte remanescente e não comparticipada pelos mesmos;
- rr) Despesas infectocontagiosas quando em situação de pandemia ou epidemia declarada;
- ss) Despesas com outros serviços que não sejam clinicamente necessários.

CLÁUSULA 5.ª – PERÍODOS DE CARÊNCIA

- 1) Não serão aplicáveis períodos de carência aos serviços prestados através da Rede de Prestadores e Serviços de Assistência.
- 2) Salvo disposição em contrário prevista nas Condições Particulares, o período de carência referente aos cuidados de saúde ao abrigo da cobertura de Subsídio Diário por Internamento Hospitalar, é de **180 dias** a contar da data de início do contrato ou da adesão das Pessoas Seguras.
- 3) Salvo disposição em contrário prevista nas Condições Particulares, o período de carência referente aos cuidados de saúde ao abrigo da cobertura de Subsídio Diário por Doença ou Acidente, é de **90 dias** a contar da data de início do contrato ou da adesão das Pessoas Seguras.
- 4) Salvo disposição em contrário prevista nas Condições Particulares o período de carência referente a cobertura Proteção ao Pagamento de Prémios de Seguro por Desemprego Involuntário é de **60 dias** a contar da data de início do contrato ou da adesão das Pessoas Seguras.

CLÁUSULA 6.ª – CONDIÇÕES DE ELIGIBILIDADE

- 1) Para ser aceite como Pessoa Segura, deverá, à data do início do Contrato de Seguro, cumprir cumulativamente os seguintes requisitos de elegibilidade:
 - a) Preencher todos os campos da Proposta de Seguro, a qual será assinada pelo Tomador de Seguro.
 - b) Declarar ter tomado prévio conhecimento das condições do Contrato de seguro, aceitando que em caso de falsas declarações ou omissões o contrato se tornará nulo e sem efeito.
- 2) A aceitação do seguro, relativamente a cada Pessoa Segura, pressupõe uma confirmação prévia pelo Segurador, através da emissão de uma Apólice e das respetivas Condições Particulares.
- 3) No caso de se estar perante mais do que uma Pessoa Segura por Contrato estas condições aplicam-se a todos os Aderentes nesse mesmo contrato.

CAPÍTULO II – VIGÊNCIA DO CONTRATO

CLÁUSULA 7.ª – INÍCIO E DURAÇÃO DO CONTRATO

- 1) O contrato produz os seus efeitos a partir das zero horas da data constante das Condições Particulares da apólice, desde que o prémio ou fração inicial seja pago.
- 2) O contrato é celebrado por um ano a continuar pelos anos seguintes.
- 3) O contrato considera-se sucessivamente renovado por períodos anuais, exceto se qualquer das partes o denunciar por escrito ou por qualquer outro meio do qual fique registado duradouro, com a antecedência mínima de 30 dias em relação ao termo da anuidade ou se

o Tomador do Seguro não proceder ao pagamento do prémio da anuidade subsequente ou da primeira fração deste.

CLÁUSULA 8.ª – ALTERAÇÕES AO CONTRATO

Pelo Segurador

Qualquer alteração de coberturas, capitais, franquias, copagamentos e prémios, para vigorar na anuidade seguinte, deverá ser comunicada pelo Segurador, ao Tomador do Seguro, com uma antecedência mínima de 30 dias em relação à data de vencimento do contrato.

O Tomador do Seguro dispõe de um prazo de 30 dias, a contar da receção, para aceitar ou recusar a proposta. Terminado o prazo, considera-se aprovada a alteração proposta caso venha a ser pago o prémio correspondente à anuidade Subsequente ou à primeira fração desta. Não sendo aceite a proposta pelo Tomador do Seguro, o contrato deverá ter-se por denunciado pelo Segurador, para o termo da anuidade em curso.

Pelo Tomador de Seguro

1) Inclusão de pessoas:

Durante a vigência do contrato o Tomador do Seguro pode pedir a inclusão de pessoas que façam parte do seu Agregado Familiar, através do preenchimento da Proposta de Alteração. A estas Pessoas Seguras serão aplicados os respetivos períodos de carência previstos na Cláusula 5ª das Condições Gerais, beneficiando as mesmas dos limites de cobertura que estiverem em vigor na anuidade em que for solicitada a sua inclusão.

2) Exclusão de Pessoas:

Durante a vigência do contrato o Tomador do Seguro pode solicitar a exclusão de pessoas que façam parte do seu Agregado Familiar, através do preenchimento da Proposta de Alteração. O Segurador comunicará ao Tomador do Seguro ou ao aderente as novas condições do contrato através da emissão de uma Ata Adicional.

CAPÍTULO III – CESSAÇÃO DO CONTRATO

CLÁUSULA 9.ª – RESOLUÇÃO DO CONTRATO

- 1) O contrato pode ser resolvido por qualquer das partes, a todo o tempo, havendo justa causa, nos termos gerais.**
- 2) A resolução do contrato por falta de pagamento do prémio fica sujeita às disposições legais e contratuais aplicáveis.**
- 3) A redução ou resolução do contrato produz os seus efeitos às 24 horas do próprio dia em que se verifique.**

CLÁUSULA 10.ª – DECLARAÇÃO INICIAL DO RISCO

- 1) O Tomador do Seguro está obrigado, antes da celebração do contrato, a declarar com exatidão todas as circunstâncias que conheça e razoavelmente deva ter por significativas para a apreciação do risco pelo Segurador.**

- 2) O disposto no nº 1 é igualmente aplicável a circunstâncias cuja menção não seja solicitada em questionário fornecido pelo Segurador.
- 3) Em caso de incumprimento doloso do disposto no nº 1, o contrato é anulável, nos termos e com as consequências previstas na lei.
- 4) Em caso de incumprimento com negligência do disposto no nº 1, o Segurador pode optar pela cessação ou alteração do contrato, nos termos e com as consequências previstas na lei.
- 5) O Segurador não se pode prevalecter de omissões ou inexactidões negligentes na declaração inicial do risco decorridos que sejam 2 anos após a celebração do contrato ou da inclusão da Pessoa Segura, conforme aplicável, salvo se houver dolo do Tomador do Seguro ou do Segurado com o propósito de obter uma vantagem.

CAPÍTULO IV – DISPOSIÇÕES DIVERSAS

CLÁUSULA 11.ª – AGRAVAMENTO DO RISCO

- 1) Compete ao Tomador do Seguro comunicar as circunstâncias que agravem o risco ao Segurador, no prazo de 14 dias a partir do conhecimento dos factos. O agravamento do risco durante a vigência do contrato pode provocar a modificação ou a cessação do contrato.
- 2) Caso se verifique um agravamento do risco, o Segurador pode:
 - a) Propor a modificação do contrato no prazo de 30 dias a contar do momento em que dele teve conhecimento. Neste caso, o Tomador do Seguro dispõe de 30 dias para aceitar ou recusar a modificação proposta, a qual se considera aceite no fim deste prazo;
 - b) Fazer cessar o contrato no prazo de 30 dias a contar do conhecimento do agravamento, desde que demonstre que não celebra contratos que cubram riscos com as características resultantes desse agravamento.
- 3) Se ocorrer um sinistro antes da modificação ou da cessação do contrato, cuja verificação ou consequência tenha sido influenciada pelo agravamento do risco, o Segurador:
 - a) Cobre o risco se o agravamento tiver sido corretamente comunicado antes do sinistro ou antes do fim do prazo de 14 dias referido no ponto 1., exceto se demonstrar que não celebra contratos que cubram riscos com as características resultantes desse agravamento;
 - b) Cobre parcialmente o risco, reduzindo-se a indemnização na proporção entre o prémio pago e aquele que seria devido em função das reais circunstâncias do risco, se o agravamento não tiver sido corretamente comunicado antes do sinistro, exceto se demonstrar que não celebra contratos que cubram riscos com as características resultantes desse agravamento;
 - c) Recusará a cobertura se o Tomador do Seguro tiver agido com dolo ou com o propósito de obter uma vantagem, mantendo, contudo, o direito aos prémios vencidos.

CLÁUSULA 12.ª – PAGAMENTO DO PRÉMIO

- 1) O prémio ou fração inicial é devido na data da celebração do contrato.
- 2) A falta de pagamento do prémio inicial ou da primeira fração deste, na data de vencimento, determina a resolução automática do contrato a partir da data da sua celebração.

- 3) Os prémios ou frações seguintes são devidos nas datas estabelecidas na apólice.
- 4) Nos termos da lei, o Segurador avisará o Tomador do Seguro, por escrito, até 30 dias antes da data em que os prémios ou frações seguintes são devidos. Se, porém, tiver sido acordado o pagamento do prémio em frações com periodicidade inferior à trimestral, o Segurador pode optar por não enviar o referido aviso, fazendo, nesse caso, constar de documento contratual as datas de vencimento das frações, os seus montantes e as consequências da falta de pagamento.
- 5) A falta de pagamento do prémio de uma anuidade subsequente ou da 1ª fração deste na data em que é devido, impede a prorrogação do contrato, pelo que este não se renovará. A falta de pagamento de qualquer outra fração do prémio na data em que é devida, determina a resolução automática e imediata do contrato nessa mesma data.
- 6) A falta de pagamento, na data indicada no aviso, de um prémio adicional, desde que este decorra de um pedido do Tomador do Seguro para alteração da garantia que não implique agravamento do risco, determinará que a alteração fique sem efeito, mantendo-se as condições contratuais em vigor anteriormente àquele pedido, a menos que a subsistência do contrato se revele impossível, caso em que se considera resolvido na data do vencimento do prémio não pago.
- 7) A falta de pagamento, na data indicada no aviso, de um prémio adicional resultante de uma modificação do contrato fundada num agravamento superveniente do risco, determina a resolução automática do contrato nessa data.
- 8) Caso o presente contrato seja celebrado a prémio variável, será emitido um prémio provisório, mínimo não estornável, sendo o valor do prémio definitivo apurado, no final de cada anuidade, pagando o Tomador do Seguro a diferença entre este valor e o prémio provisório.

CLÁUSULA 13.ª – ESTORNO DO PRÉMIO

Quando por força de modificação ou resolução do contrato, houver lugar, nos termos da lei, a estorno ou reembolso do prémio, este será calculado nos seguintes termos:

- a) Se a iniciativa for do Segurador, este devolverá ao Tomador do Seguro uma parte do prémio calculado proporcionalmente ao período de tempo não decorrido até à data do vencimento;
- b) Se a iniciativa for do Tomador do Seguro, o Segurador devolverá ao Tomador do Seguro uma parte do prémio calculado proporcionalmente ao período de tempo não decorrido até à data do vencimento, deduzida do custo de emissão da apólice.

CLÁUSULA 14.ª – ALTERAÇÃO DO PRÉMIO

- 1) Não havendo alteração no risco, qualquer alteração do prémio apenas poderá ser efetuada pelo Segurador, mediante aviso ao Tomador do Seguro com a antecedência mínima de 30 dias sobre a data da renovação do contrato.
- 2) No entanto, haverá lugar a alteração automática do prémio do contrato, sem necessidade de qualquer comunicação prévia, sempre que se verifique mudança de escalão etário da pessoa segura, sendo para este efeito considerada a idade do mesmo no primeiro dia de cada anuidade.

CLÁUSULA 15.^a – DIREITO DE LIVRE RESOLUÇÃO DOS CONTRATOS CELEBRADOS À DISTÂNCIA

Nos contratos celebrados à distância, o Tomador do Seguro, sendo pessoa singular, pode resolver o contrato sem invocar justa causa nos 14 dias imediatos à data de receção da apólice.

CLÁUSULA 16.^a – CONDIÇÕES DE ADESÃO À ENTREGA DE DOCUMENTAÇÃO DA APÓLICE POR VIA ELECTRÓNICA

1) Ao aderir à entrega da documentação da apólice por via eletrónica, o Tomador do Seguro aceita receber a documentação da apólice, em suporte eletrónico, no endereço de correio eletrónico indicado no ato da adesão ou via plataforma digital, ficando informado de que a referida documentação não lhe será enviada em suporte papel.

Para este efeito consideram-se documentação da apólice, as respetivas condições particulares, bem como os avisos para pagamento do prémio, ficando convencionado entre as partes que a documentação da apólice enviada por via eletrónica tem o mesmo valor que teria em suporte papel, nomeadamente no que respeita às consequências da falta de pagamento dos prémios.

A adesão não implica qualquer custo para o Tomador do Seguro.

2) O Tomador do Seguro compromete-se a zelar pelo bom e regular funcionamento da sua caixa de correio eletrónico e **comunicar por escrito ao Segurador qualquer alteração, irregularidade ou falha relacionada com a mesma**. Obriga-se ainda, a manter, na sua caixa de correio eletrónico, espaço disponível para receber a documentação.

3) O Segurador não será responsável por prejuízos sofridos pelo tomador e/ou por terceiros, em virtude de quaisquer atrasos, interrupções, erros ou suspensões de comunicações que tenham origem em fatores fora do seu controlo, nomeadamente, quaisquer deficiências ou falhas provocadas pela rede de comunicações ou serviços de comunicações prestados por terceiros, pelo sistema informático, pelos modems, pelo software de ligação ou eventuais vírus informáticos.

4) O Tomador do Seguro aceita e reconhece que a transmissão dos seus dados ocorre em rede aberta – a Internet – pelo que está consciente de que os seus dados podem ser vistos e utilizados por terceiros não autorizados.

5) O Tomador do Seguro assume total responsabilidade pela veracidade, exatidão, vigência e autenticidade dos dados fornecidos aquando da adesão, declarando expressamente ter poderes para escolher ou alterar o processo de entrega da documentação da apólice.

Caso o Tomador do Seguro pretenda alterar a forma de entrega da documentação da apólice, passando a entrega da documentação a processar-se em suporte papel, **deverá efetuar o pedido por escrito ao Segurador, com a antecedência mínima de 30 dias relativamente à data em que pretende que a alteração produza efeitos**. Com exceção do disposto nos parágrafos anteriores, as presentes condições de adesão não alteram ou derrogam qualquer disposição das condições aplicáveis à apólice.

CLÁUSULA 17.^a – OBRIGAÇÕES DAS PARTES

1. Em caso de sinistro

1.1 Obrigações do Segurador

Pagar as indemnizações até ao 30º dia após o apuramento dos factos relativos à ocorrência do sinistro e das suas causas, circunstâncias e consequências. Em caso de incumprimento, o Segurador incorrerá em mora, vencendo a indemnização juros à taxa legal em vigor.

1.2 Obrigações do Tomador de Seguro / Pessoa Segura

Verificando-se qualquer evento que faça funcionar as garantias deste Contrato, a Pessoa Segura e/ou Tomador de Seguro, obrigam-se a:

- a) Contactar os Serviços de Assistência através do número de telefone indicado nas Condições Particulares, cujo atendimento é garantido 24 horas e todos os dias do ano Assistência à Saúde.
- b) Receber as orientações dos Serviços do Segurador.
- c) Caso haja lugar a pedidos de reembolsos por acontecimentos enquadráveis no presente Contrato, a Pessoa Segura deverá apresentar a documentação solicitada pelo Segurador e prestar ainda todos os demais esclarecimentos entendidos como necessários por parte do Segurador.

O incumprimento das obrigações anteriormente referidas pode determinar a redução das prestações do Segurador ou, em caso de dolo, a perda da cobertura.

CLÁUSULA 18.ª – VALOR SEGURO

- 6) A responsabilidade do Segurador é sempre limitada ao capital seguro fixado por cobertura nas Condições Particulares.
- 7) Sem prejuízo do disposto no número anterior, após a ocorrência de um sinistro, o valor seguro ficará, até ao vencimento do contrato, automaticamente reduzido do montante correspondente às indemnizações pagas.

CLÁUSULA 19.ª – PLURALIDADE DE SEGUROS

- 1) O Tomador do Seguro ou o Segurado devem informar o Segurador da existência ou da contratação de seguros relativos ao mesmo risco.
- 2) Na medida em que garanta prestações indemnizatórias relativas ao mesmo risco, relativo ao mesmo interesse e por idêntico período, a omissão fraudulenta da informação referida no número anterior exonera o Segurador das mesmas.
- 3) No caso previsto no número anterior, caso o Tomador do Seguro ou o Segurado tenham prestado a referida informação, as prestações indemnizatórias devidas pelo sinistro verificado no âmbito dos contratos aí referidos são efetuadas pelo Segurador, dentro dos limites da respetiva obrigação, e apenas se não o for pelos restantes Seguradores.

CLÁUSULA 20.ª – SUB-ROGAÇÃO

- 1) O Segurador, uma vez paga a indemnização, fica sub-rogado, até à concorrência da quantia indemnizada, em todos os direitos do Tomador do Seguro contra terceiro responsável pelos prejuízos, obrigando-se o Tomador do Seguro a praticar o que necessário for para efetivar esses direitos.
- 2) O Tomador do Seguro responderá por perdas e danos resultantes de qualquer ato ou omissão voluntária que possa impedir ou prejudicar o exercício desses direitos.

CLÁUSULA 21.ª – COMUNICAÇÕES E NOTIFICAÇÕES ENTRE AS PARTES

- 1) As comunicações e notificações do Tomador do Seguro previstas no contrato consideram-

se válidas e plenamente eficazes caso sejam efetuadas por escrito, ou por outro meio do qual fique registo duradouro, para a sede social do Segurador.

- 2) Todavia, a alteração de morada do Tomador do Seguro deve ser comunicada ao Segurador nos 30 dias subsequentes à data em que se verifique, por escrito ou por outro meio do qual fique registo duradouro, sob pena de as comunicações ou notificações que o Segurador venha a efetuar para a morada desatualizada se terem por válidas e eficazes.
- 3) As comunicações ou notificações do Segurador previstas no contrato consideram-se válidas e plenamente eficazes caso sejam efetuadas por escrito, ou por outro meio do qual fique registo duradouro, para a última morada do Tomador do Seguro constante do contrato, ou, entretanto comunicada nos termos previstos no número anterior.

CLÁUSULA 22.ª – LEI APLICÁVEL

- 1) A lei aplicável ao presente contrato é a Portuguesa.
- 2) Todas as divergências que possam surgir em relação à aplicação deste contrato de seguro podem ser resolvidas por meio de arbitragem, nos termos da lei em vigor.
- 3) Podem ser apresentadas reclamações no âmbito do presente contrato junto da Gestão de Reclamações da RNA Seguros, bem como ao Provedor, quando assim seja aplicável, bem assim, à Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões (www.asf.com.pt).
- 4) Os contactos e procedimentos respeitantes à apresentação de reclamações constam do site da RNA Seguros, www.rnaseguros.pt.

CLÁUSULA 23.ª – ARBITRAGEM E FORO COMPETENTE

- 1) Todas as divergências que possam surgir em relação à validade, interpretação, execução e incumprimento deste contrato de seguro podem ser resolvidas por meio de arbitragem, nos termos da respetiva lei em vigor.
- 2) O foro competente para dirimir qualquer litígio emergente deste contrato é o do local da emissão da apólice, sem prejuízo do estabelecido na lei processual civil no que respeita à competência territorial em matéria de cumprimento de obrigações.

CLÁUSULA 24ª – RESPONSABILIZAÇÃO POR PRÁTICAS MÉDICAS

- 1) É da inteira responsabilidade da Pessoa Segura a escolha dos profissionais médicos, auxiliares, técnicos, hospitais e/ou outros estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde.
- 2) O Segurador não se responsabiliza pelos atos médicos prestados ou pela qualidade dos tratamentos efetuados por qualquer instituição ou indivíduo nem pelas suas consequências.
- 3) De igual forma, não será imputável ao Segurador qualquer responsabilidade relativa a atos de negligência médica.

CLÁUSULA 25ª – PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

A RNA Seguros procederá ao tratamento dos dados do Segurado de acordo com a legislação vigente em matéria de Proteção de Dados Pessoais, na qualidade de Entidade Responsável pelo Tratamento. Todos os dados pessoais tratados no âmbito dos canais da RNA Seguros destinam-se exclusivamente à prestação dos serviços contratados pelos Clientes, portanto, à execução do relacionamento contratual.

O fundamento de legitimidade das operações de tratamento de dados realizadas pela RNA Seguros erradica na execução do contrato de seguro, podendo existir situações em que o fundamento é o consentimento ou o cumprimento de uma obrigação legal.

Os dados pessoais são tratados pela RNA Seguros de acordo com os princípios jurídicos fundamentais no âmbito da Proteção de Dados, nomeadamente: Princípio da Licitude, Princípio da Transparência, Princípio da Finalidade, Princípio da Proporcionalidade, Princípio da Integridade e da Confidencialidade.

Os titulares dos dados pessoais podem exercer, em qualquer momento, os seus direitos de: acesso, retificação, apagamento, portabilidade, limitação ou oposição ao tratamento, nos termos e com as limitações previstas nas normas aplicáveis. Este pedido deve ser dirigido ao Encarregado de Proteção de Dados:

Encarregado.protecao.dados@rnaseguros.com

Para mais informações, deverá ser consultada a Política de Privacidade e Tratamento de Dados Pessoais constantes do sítio da Internet da RNA Seguros:

www.rnaseguros.pt

CONDIÇÕES ESPECIAIS

CLÁUSULA PRELIMINAR

Das Condições Especiais a seguir indicadas só são aplicáveis as que forem expressamente mencionadas nas Condições Particulares do contrato, regendo-se as mesmas pelas respetivas cláusulas e, em tudo o que não se encontre aí previsto, pelas cláusulas das Condições Gerais.

CE – 01. ACESSO À REDE PRESTADORES CONVENCIONADOS RNA MEDICAL

- 1) A RNA Medical é uma marca, que designa a rede prestadores de saúde convenionados da RNA SEGUROS.
- 2) A rede RNA Medical tem cobertura nacional e é constituída por um vasto conjunto de prestadores de cuidados de saúde: especialidades médicas, hospitais, clínicas, centros de meios auxiliares de diagnóstico, centros de medicina física e reabilitação e prestadores de prevenção e bem-estar.
- 3) O Segurador assegura o credenciamento, habilitação técnica e legal de todos os colaboradores, parceiros e demais entidades referidas na sua Rede de Prestadores, não existindo, contudo, qualquer relação de subordinação hierárquica e/ou funcional entre estes e o Segurador. Nessa medida, o Segurador é alheio a qualquer diferendo ou litígio entre o Tomador do Seguro e/ou as Pessoas Seguras e a Rede de Prestadores resultante dos serviços prestados por estes ao abrigo do presente Contrato, não respondendo, portanto, por quaisquer ações ou omissões destes, nem pelos danos decorrentes dos seus atos.
- 4) A Rede de Prestadores poderá, em qualquer altura, ser objeto de modificação pelo Gestor de Serviços de Saúde, quanto à natureza, ao preço e/ou à localização dos serviços e benefícios proporcionados ao abrigo deste Contrato. Qualquer modificação ou atualização será disponibilizada online e poderá ser consultada através do website da RNA Medical.
- 5) Para efeitos de utilização dos serviços previstos nestas Condições Especiais, é necessário apresentar o Cartão de Beneficiário denominado “Cartão Saúde”, conjuntamente com outro documento de identificação oficial com fotografia.
- 6) No caso de utilização abusiva dos serviços por parte do Tomador de Seguro e/ou Pessoa Segura, o Segurador reserva o direito de suspender a prestação dos serviços definidos no objeto deste contrato até que se mostre sanada a utilização abusiva, sendo o Tomador de Seguro e/ou Pessoa Segura o único responsável pelos danos que dessa utilização resultem para a Rede de Prestadores, para o Segurador ou para terceiros.
- 7) As Prestações Convencionadas previstas nesta Condição especial são válidas exclusivamente na Rede de Prestadores Convencionados.
- 8) O pagamento dos cuidados de Saúde abrangidos nas Coberturas identificadas são da exclusiva responsabilidade da Pessoa Segura, não existindo lugar a reembolso.
- 9) Encontram-se excluídos do âmbito das presentes Condições Especiais os seguintes serviços e benefícios:
 - a. Quaisquer serviços médicos domiciliários de carácter permanente e contínuo;

- b. Todos os serviços e/ou benefícios que não estejam incluídos na Rede de Prestadores.

DESCRIÇÃO DAS COBERTURAS:

Das coberturas a seguir indicadas só são aplicáveis as que forem expressamente mencionadas nas Condições Particulares do contrato.

CE – 01.1 REDE DE PRESTADORES CONVENCIONADOS

Ao abrigo da presente Condição Especial fica garantido, nos termos estipulados nas Condições Particulares, o acesso a cuidados de saúde, na Rede de Prestadores, a valores convencionados e sem limites de utilização, nos serviços abaixo descritos:

- Consultas de Clínica Geral e de Especialidade, inclui consultas de estomatologia
- Tratamentos e Exames de Diagnóstico
- Cirurgias e Internamentos Hospitalares

CE – 01.2 REDE DE PRESTADORES DE MEDICINA DENTÁRIA

Ao abrigo da presente Condição Especial fica garantido, nos termos estipulados nas Condições Particulares, o acesso a cuidados de saúde, na Rede de Prestadores de Medicina Dentária, a valores convencionados e sem limites de utilização, nos serviços abaixo descritos:

- Consultas de Medicina Dentária/ Exame Clínico
- Consultas de Urgência
- Tratamentos de Medicina Dentária
- Medicina Dentária Preventiva
- Ortodontia
- Implantologia.

CE – 01.3 REDE DE PARTOS

Ao abrigo da presente Condição Especial fica garantido, nos termos estipulados nas Condições Particulares, o acesso a uma rede hospitalar especializada em serviços relacionados com interrupção involuntária da gravidez, partos normais ou de cesariana.

Os serviços de saúde abrangidos por esta garantia carecem sempre de pré –autorização, que deve ser efetuada pelo Beneficiário junto dos Serviços do Segurador.

CE – 01.4 REDE DE PRESTADORES DE OFTALMOLOGIA

Ao abrigo da presente Condição Especial fica garantido, nos termos estipulados nas Condições Particulares, o acesso a cuidados de saúde, na Rede de Prestadores de Oftalmologia, a valores convencionados e sem limites de utilização, nos serviços abaixo descritos:

- Consultas
- Tratamentos
- Cirurgias

CE – 01.5 REDE DE CIRURGIA ESTÉTICA

Ao abrigo da presente Condição Especial fica garantido, nos termos estipulados nas Condições Particulares, o acesso a um conjunto de serviços relacionados com cirurgia estética.

As prestações convencionadas, a cargo da Pessoa Segura, incluem, em regime de pacote fechado, internamento em quarto privado, utilização de sala, recobro, equipamentos, materiais, consumíveis, medicamentos e honorários médicos.

Os serviços de saúde abrangidos por esta garantia carecem sempre de pré –autorização, que deve ser efetuada pelo Beneficiário junto dos Serviços do Segurador.

CE – 01.6 REDE SAÚDE E BEM ESTAR

Ao abrigo da presente Condição Especial fica garantido, nos termos estipulados nas Condições Particulares, o acesso a uma Rede de Prestadores de Saúde e Bem Estar, a valores convencionados ou descontos, sem limites de utilização.

CE – 01.7 REDE DE RESIDÊNCIAS ASSISTIDAS

Ao abrigo da presente Condição Especial fica garantido, nos termos estipulados nas Condições Particulares, o acesso a uma rede de Residências Assistidas com cobertura Ibérica e que contempla alojamento temporário (férias e fins –de –semana), alojamento diurno e noturno e que é composta por técnicos especializados nas diversas áreas da Assistência Geriátrica.

Todos os Profissionais e Centros Residenciais, são credenciados pelo respetivo alvará e pelas avaliações inspetivas efetuadas regularmente.

No acesso à Rede de Residências assistidas, está ainda contemplado o serviço de mobilidade no alojamento do utente, ou seja, deslocação dentro da nossa organização por um período temporário ou definitivo e também a seleção e aconselhamento no que diz respeito à tipologia de alojamento pretendido, de acordo com as necessidades específicas de cada utente (zona de abrangência, grau de dependência identificado e tipologia de residência pretendida).

CE – 01.8 CHECK-UP ANUAL

Ao abrigo da presente condição especial e de acordo com o estipulado nas respetivas Condições Particulares fica garantido, a realização de um check-up anual por Pessoa Segura, que consiste num conjunto de exames previamente definidos, a valores convencionados, em prestadores com acordo para o serviço de Check–Up.

O Check –Up anual inclui os seguintes exames:

Consulta de Clínica Geral; Urina II; Colesterol Total; HDL; Triglicéridos; Glicémia em jejum; Hemograma; Velocidade de sedimentação; Creatinina; Transaminases; Gamma T; Ácido Úrico; Raio X Tórax com relatório; ECG em repouso.

CE – 01.9 REDE DE FARMÁCIAS

Ao abrigo da presente condição especial e de acordo com o estipulado nas respetivas Condições Particulares fica garantido, o acesso a uma rede convencionada de farmácias com

condições especiais na aquisição de medicamentos comparticipados, medicamentos não comparticipados, cosmética, puericultura, higiene oral.

CE – 01.10 ACESSO À REDE CONVENCIONADA DE ÓPTICAS

O Segurador garante aos clientes, portadores do cartão de saúde RNA MEDICAL o acesso a uma rede convencionada de óticas com condições especiais na aquisição de óculos graduados, óculos de sol e lentes de contacto.

CE – 01.11 ACESSO À REDE MÉDICA EM ESPANHA

O Segurador garante o acesso a uma das principais Redes de Saúde de Espanha – HNA /Avantsalud que inclui também a 2ª Opinião Médica Internacional.

- a. Esta rede é composta por um vasto conjunto de prestadores constituídos por médicos e hospitais que abrange todo País vizinho, com valores convencionados para consultas e exames médicos.
- b. Antes de recorrer a qualquer prestador o cliente deverá consultar o diretório clínico ou consultar a linha de atendimento permanente e certificar-se que o Segurador tem protocolado o ato / consulta médica pretendida.

CE – 02. CONSULTA MÉDICA ONLINE

Ao abrigo da presente condição especial e de acordo com o estipulado nas respetivas Condições Particulares fica garantido o apoio e aconselhamento remoto de médicos ou de outros profissionais de saúde. Este apoio e aconselhamento poderá ser realizado, conforme opção da Pessoa Segura:

- Por telefone;
- Por vídeo –consulta

O apoio ou aconselhamento são prestados de acordo com os sinais e sintomas que a Pessoa Segura comunique, cabendo ao serviço de apoio de especialistas sugerir a utilização dos meios mais adequados ao tipo de situação.

Poderá haver indicação da necessidade de cuidados presenciais ou de outro tipo de ações. A responsabilidade desta cobertura fica, pois, limitada à responsabilidade decorrente deste tipo de ato médico nas circunstâncias não presenciais em que é praticado.

Os serviços que integram a presente cobertura são os seguintes:

a) CONSULTA POR TELEFONE

A consulta por telefone permite à Pessoa Segura consultar uma equipa médica especializada em medicina geral e familiar.

b) VIDEOCONSULTA

Este serviço será realizado por intermédio do recurso a uma plataforma informática que permite a realização de uma videoconferência, o que pressupõe que a Pessoa Segura disponha de uma ligação à internet e de um dispositivo informático

CE – 03. URGÊNCIAS (CONSULTAS E EXAMES)

Os serviços de Assistência garantem, em situações de urgência, o acesso a um conjunto de atos médicos no âmbito da urgência médica hospitalar e que constituem o denominado pacote de urgência.

O pacote de urgência engloba os seguintes atos médicos:

- Consulta de clínica geral;
- Enfermagem;
- Consumíveis;
- Imagiologia;
- Análises clínicas;
- Serviço de SO até 8 horas.

Os procedimentos cirúrgicos, internamento, TAC (tomografia axial computadorizada), RMN (ressonância magnética nuclear) e os fármacos estão excluídos do pacote de urgência.

O pacote de urgência tem um copagamento do valor indicado nas Condições Particulares a cargo do Cliente e pode ser realizado nos Prestadores aderentes à Rede RNA Medical e com os quais os Serviços de Assistência tenham realizado acordo para a realização do respetivo pacote de urgência.

Antes de recorrer a qualquer prestador o cliente deverá consultar o diretório clínico ou consultar a linha de atendimento permanente e certificar-se que o Segurador tem protocolado com a rede RNA Medical o ato/consulta médica pretendida.

CE – 04. ACONSELHAMENTO MÉDICO

Através da linha telefónica de atendimento 24 horas por dia, o cliente poderá solicitar, à Equipa Médica do Segurador:

- 1) Informação médica referente a doenças;
- 2) Informação médica referente à prevenção de problemas de saúde;
- 3) Informação sobre a correta administração de medicamentos;
- 4) Apoio na compreensão de relatórios de laboratório, terminologia médica, interpretação de relatórios e diagnósticos;
- 5) Explicação do funcionamento e preparação prévia necessária à realização de exames médicos complementares;
- 6) Outras informações de interesse (informação relacionada com saúde infantil, farmácias, etc.
- 7) Caso não seja possível fornecer uma resposta imediata, o Segurador diligenciará no sentido de efetuar a procura de informações solicitadas e voltará a contactar com o cliente para transmitir as respetivas informações. O Segurador não será responsável pelas interpretações do cliente nem das eventuais consequências das mesmas. As eventuais informações médicas prestadas não poderão ser entendidas como uma consulta médica, mas tão somente como uma orientação geral prestada por um dos médicos do Segurador.

CE – 05. ASSISTÊNCIA AO DOMÍLIO

Ao abrigo da presente Condição Especial fica garantido, nos termos estipulados nas Condições Particulares, e sempre que o estado de Saúde da Pessoa Segura o justifique, o acesso a cuidados de saúde ao domicílio, a valores convencionados e sem limites de utilização.

DESCRIÇÃO DAS COBERTURAS:

Das coberturas a seguir indicadas só são aplicáveis as que forem expressamente mencionadas nas Condições Particulares do contrato.

CE – 05.1 ENVIO DE MÉDICO AO DOMÍLIO

O Segurador garante ao cliente o envio de um médico ao domicílio, contra um co – pagamento a efetuar no ato da consulta diretamente ao médico, nos termos previstos nas Condições Particulares.

A utilização desta cobertura fica excluída no caso da Pessoa Segura residir, em regime permanente, em lar para terceira idade, centro de ação social e de acolhimento, instituição particular de solidariedade social, residência assistida ou qualquer instituição que, pelo seu cariz seja similar a qualquer uma das aqui enunciadas.

CE – 05.2 ENVIO DE MEDICAMENTOS AO DOMÍLIO

O Segurador, garante a entrega dos medicamentos ao domicílio sempre que o cliente seja possuidor de um receituário médico. O custo dos medicamentos e respetivas despesas de entrega decorrem a cargo do cliente.

CE – 05.3 ENVIO DE PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM AO DOMÍLIO

Em caso de doença de que resulte acamamento ou incapacidade do cliente comprovada por relatório médico, o Segurador promoverá a procura e o envio de profissionais de enfermagem durante o tempo necessário à sua recuperação.

A utilização desta cobertura fica excluída no caso da Pessoa Segura residir, em regime permanente, em lar para terceira idade, centro de ação social e de acolhimento, instituição particular de solidariedade social, residência assistida ou qualquer instituição que, pelo seu cariz seja similar a qualquer uma das aqui enunciadas.

CE – 05.4 ENVIO DE PROFISSIONAL DE FISIOTERAPIA AO DOMÍLIO

Mediante prescrição médica, o Segurador organizará ~~e suportará os custos de~~ sessões de fisioterapia, no domicílio da Pessoa Segura, até ao limite indicado nas Condições Particulares, ficando a cargo da Pessoa Segura um copagamento, assim como o custo dos materiais, nos termos previstos nas Condições Particulares.

A assistência ao Domicílio prevista nesta Condição Especial será prestada por profissionais de saúde pertencentes à Rede de Prestadores Convencionados pelos Serviços de Assistência e em território nacional.

CE – 05.5 CINESIOTERAPIA RESPIRATÓRIA AO DOMICÍLIO

Mediante prescrição médica, o Segurador organizará e enviará profissional de saúde para a realização de sessões de cinesioterapia ao domicílio da Pessoa Segura, ficando a cargo da Pessoa Segura um copagamento, assim como o custo dos materiais, nos termos previstos nas Condições Particulares.

A assistência ao domicílio prevista nesta Condição Especial será prestada por profissionais de saúde pertencentes à Rede de Prestadores Convencionados pelos Serviços de Assistência e em território nacional.

CE – 05.6 TRANSPORTE DE URGÊNCIA

Em caso de urgência, o Segurador organiza o transporte do cliente em ambulância do domicílio para o posto de primeiros socorros ou de urgências mais próximo.

Após alta médica hospitalar e sempre que justificado, por prescrição médica a impossibilidade do cliente se deslocar pelos seus próprios meios, o Segurador garante o seu transporte para o domicílio, pelo meio mais adequado à sua situação clínica, de acordo com o parecer do médico do Segurador, ou na impossibilidade deste, do médico da unidade hospitalar. O custo de serviço decorre a cargo da Pessoa Segura.

CE – 05.7 APOIO DOMICILIÁRIO

Em caso de doença ou hospitalização do cliente, de que resulte o acamamento e consequente limitação ao normal desenvolvimento das atividades quotidianas, desde que comprovado relatório médico, o Segurador providenciará a procura e o envio de uma pessoa para acompanhar e prestar ajuda domiciliária durante o tempo necessário à sua recuperação.

O Serviço de Apoio Domiciliário é um serviço não clínico que engloba os seguintes serviços:

- Alimentação – acompanhamento das refeições;
- Cuidados de higiene diária;
- Limpeza – manutenção de limpeza e arrumos;
- Deslocações – acompanhamento em deslocações ao exterior;
- Locomoção – estimulação da mobilidade e autonomia física;
- Aquisição de bens – pequenas compras ao exterior;
- Ministrando medicação prescrita pelo médico assistente;
- Acompanhamento e conversação;
- Acompanhamento em situações de emergência.

A utilização desta cobertura fica excluída no caso da Pessoa Segura residir, em regime permanente, em lar para terceira idade, centro de ação social e de acolhimento, instituição particular de solidariedade social, residência assistida ou qualquer instituição que, pelo seu cariz seja similar a qualquer uma das aqui enunciadas

CE – 05.8 TRANSPORTE APÓS ALTA MÉDICA

Após alta médica hospitalar e sempre que justificado, por prescrição médica a impossibilidade do cliente se deslocar pelos seus próprios meios, o Segurador garante o seu transporte para o domicílio, pelo meio mais adequado à sua situação clínica, de acordo com o parecer do médico do Segurador, ou na impossibilidade deste, do médico da unidade hospitalar.

CE – 05.9 SERVIÇOS DE CONFORTO

O Segurador, através do Serviço de Assistência e a pedido da Pessoa Segura, disponibilizará acesso a prestadores de serviços selecionados.

O Serviço de Assistência informará previamente os custos destes serviços, ficando o pagamento a cargo da Pessoa Segura, os serviços incluídos nesta garantia são:

- Serviços de Limpeza;
- Jardinagem;
- Refeições ao domicílio;
- Engomadoria;
- Babysiting;
- Mudanças e Transportes;
- Envio de flores;
- Acolhimento e acompanhamento de crianças;
- Reserva de bilhetes para espetáculos;
- Reserva de bilhetes de avião;
- Reserva de Hotéis.

CE – 05.10. ANÁLISES CLÍNICAS AO DOMICÍLIO

O Segurador, através dos serviços de assistência, assegura o envio de um técnico de análises clínicas ou enfermeiro ao domicílio para realização de análises clínicas. O custo de deslocação e valores das análises clínicas decorrem a cargo da Pessoa Segura.

CE – 06. ACOMPANHAMENTO PÓS-CIRÚRGICO

Em caso de intervenção cirúrgica da qual resulte internamento da Pessoa Segura superior a 5 dias consecutivos e a Pessoa Segura necessite de acompanhamento especializado e não disponha de apoio familiar, o Segurador, através dos Serviços de Assistência, garante a estadia em Residência Assistida pelo período de internamento pós cirúrgicos necessário à sua reabilitação.

O início da utilização da presente garantia é limitada aos 10 dias seguintes após alta hospitalar; O encaminhamento para a Residência Assistida convencionada far-se-á após análise e parecer emitido pelo corpo clínico dos Serviços de Assistência do Segurador.

Para acionamento da presente garantia, a Pessoa Segura deverá remeter aos Serviços de Assistência a seguinte informação:

- a) Relatório clínico de internamento comprovativo do estado clínico;
- b) Identificação e contacto do Médico Assistente.

A presente garantia é limitada à Rede de Prestadores Convencionada a indicar pelos Serviços de Assistência da Seguradora, até ao limite máximo de utilização de 30 dias por anuidade e até ao limite de Capital indicado nas Condições Particulares.

CE – 07. ENVIO DE TRANSPORTE NÃO MEDICALIZADO – (TÁXI OU UBER)

Em caso de urgência, os Serviços de Assistência asseguram o envio de transporte não medicalizado (Táxi ou Uber) para transporte do Beneficiário para a unidade hospitalar mais próxima. Os custos do Serviço decorrem a cargo dos Serviços de Assistência.

CE – 08. ALUGUER DE ACESSÓRIOS HOSPITALARES

Em caso de doença ou hospitalização do cliente, o Serviço de Assistência procurará e assegurará o aluguer, respetivo custo de transporte e entrega de material ortopédico e hospitalar, no domicílio da Pessoa Segura, em caso de necessidade confirmada por relatório médico e durante todo o tempo necessário à sua recuperação, até ao limite indicado nas Condições Particulares.

O aluguer do material ortopédico e hospitalar apresentará valores convencionados no acesso da Rede de Prestadores, nomeadamente, no aluguer de material como cadeira de rodas, cadeira sanitária e de duche, andarilho, camas articuladas.

A assistência ao domicílio prevista nesta Condição Especial será prestada por profissionais de saúde pertencentes à Rede de Prestadores Convencionados pelos Serviços de Assistência e em território nacional.

CE – 09. ASSISTÊNCIA A IDOSOS E DEPENDENTES

CE – 09.1 SERVIÇO DE AVALIAÇÃO DOMICILIÁRIA

O Serviço de Avaliação Domiciliária consiste na atribuição de um gestor que acompanhará de forma personalizada a Pessoa Segura ou familiar/ cuidador responsável, no respetivo processo assistência, nomeadamente:

- a) Receção da chamada;
- b) Triagem telefónica (levantamento dos dados pessoais da Pessoa Segura; identificação dos requisitos);
- c) Solicitação de elementos adicionais (relatórios clínicos, documentação existente);
- d) Contacto com a rede de prestadores, para agendamento de visita domiciliária;
- e) Informação e/ou elaboração de orçamento para prestação de serviços;
- f) Elaboração do relatório de avaliação:
 - Avaliação do estado da Pessoa Segura;

- Avaliação das condições familiares;
- Avaliação das condições habitacionais.

Será elaborado um relatório complementar com proposta de soluções a implementar e de formação para a família /cuidadores, no qual constará entre outras:

- a) Identificação de Patologia – breve explicação sobre a mesma;
- b) Indicações quanto a possíveis ajudas técnicas ou equipamentos de apoio;
- c) Informação sobre os posicionamentos a adotar;
- d) Práticas e cuidados especiais de higiene;
- e) Eventual orientação na Alimentação;
- f) Práticas e hábitos de autonomia;
- g) Cuidados gerais nas rotinas diárias;
- h) Melhorias a efetuar no local / habitação versus mobilidade do utente;
- i) Recomendações sobre tratamentos diversos necessários.

No seguimento da Avaliação Domiciliária efetuada, será elaborada uma proposta, contemplando soluções técnicas específicas, a proporcionar ao utente, de acordo com o levantamento das necessidades verificadas e que poderá abranger um ou mais serviços dos que abaixo se indicam.

CE – 09.2 ACESSO A SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA DOMICILIÁRIA

Os Serviços de Assistência do Segurador garantem à Pessoa Segura dependente o acesso aos seguintes serviços:

Assistência pessoal nas atividades da vida diária;

- a) Manutenção das funções físicas e cognitivas, de forma a minimizar a deterioração da qualidade de vida;
- b) Cuidados de higiene e conforto pessoal;
- c) Apoio nas refeições, respeitando as dietas com prescrição médica;
- d) Higiene habitacional, estritamente necessária à natureza dos cuidados prestados;
- e) Apoio nas tarefas domésticas;
- f) Medicação, gestão do receituário, administração e aquisição;
- g) Acompanhamento em saídas ao exterior (passeios, compras, consultas médicas, etc.);
- h) Apoio na recuperação e reabilitação terapêutica e atividades lúdicas;
- i) Apoio no tratamento de animais domésticos, na leitura e na utilização da internet;
- j) Fornecimento de ajudas técnicas e/ou consumíveis específicos ao estado de dependência do utente, quando solicitados pelo mesmo ou pelo seu representante legal;
- k) Serviços de Estética Domiciliários: Cabeleireiro, Manicure, Pedicure.

Todos os serviços serão cotados por orçamento e serão previamente informados pelo Assistente à Pessoa Segura ou ao seu familiar cuidador.

CE – 09.3 FORMAÇÃO A FAMILIARES E CUIDADORES

O Segurador diligenciará no sentido de serem realizadas ações de formação dirigidas aos familiares e cuidadores da Pessoa Segura dependente, pretendendo facultar uma formação básica e necessária no cuidado ao dependente, com especial enfoque para as áreas de higiene, mobilidade e alimentação.

Os objetivos gerais destas ações de formação serão os seguintes:

- a) Aprendizagem das técnicas e ajudas no cuidado e higiene pessoal da pessoa em função do grau e tipologia de dependência da mesma.
- b) Técnicas de ajuda na mobilização, deslocação e posicionamento da pessoa dependente com orientação e fomento da autonomia e melhoria do seu estado físico.

Planificação de menus de refeições diárias e semanais em função das particularidades de cada caso.

A presente garantia prevê o acesso ao número de sessões de formação gratuitas indicadas nas Condições Particulares, sendo possível o agendamento de outras sessões, através dos Serviços de Assistência do Segurador.

CE – 09.4 APOIO AO ALOJAMENTO

O Segurador, através dos Serviços de Assistência, garante a organização de alojamento permanente ou temporário adequado às necessidades da Pessoa Segura, mediante o grau de dependência apresentado, zona de abrangência e tipologia de equipamento, sendo garantida a total vigilância e prevenção de risco para a Pessoa Segura.

Os valores de acesso ao alojamento encontram-se convencionados com o prestador e serão previamente informados à Pessoa Segura ou ao familiar cuidador.

Os principais serviços incluídos no alojamento:

- a) Alojamento;
- b) Alimentação (inclui como mínimo, pequeno –almoço, almoço, lanche, jantar e ceia);
- c) Acolhimento em espaços de convívio e salas de estar;
- d) Assistência pessoal nas atividades de vida diária (AVD's);
- e) Práticas de hábitos de autonomia;
- f) Dinamização sócio cultural;
- g) Manutenção dentro do possível das funções físicas e cognitivas, de forma a minimizar a deterioração da qualidade de vida;
- h) Lavandaria e engomadoria, excluindo-se as limpezas a seco;
- i) Higiene pessoal, excluindo-se fraldas, resguardos e outros consumíveis similares;
- j) Suporte social;
- k) Incentivos, na medida do possível, às visitas familiares e amigos do utente, com vista ao favorecimento das relações pessoais do utente com o seu ambiente familiar;
- l) Assistência profissional adequada às necessidades de saúde de cada Cliente, envolvendo a

respetiva direção, planificação, coordenação, avaliação regular e prestação de cuidados de enfermagem;

- m) Cuidados básicos de saúde médicos e de enfermagem; entendendo-se como tal os cuidados inerentes às necessidades humanas básicas (nutrição e hidratação adequadas, cuidados de higiene e conforto ao utente em situação de dependência parcial ou total, administração terapêutica oral, rectal, tópica, subcutânea e intramuscular, execução de pensos simples).
- n) Excluem-se consultas de especialidade, soroterapia, programas específicos de reabilitação, pensos com apósitos, oxigénio terapia, aplicação de sondas naso-gástricas, exames auxiliares de diagnóstico e análises clínicas;
- o) Medicação: gestão do receituário, administração e aquisição (caso seja a vontade do utente/familiar). Os custos dos medicamentos serão suportados pelo utente.

Para aceder à Rede de Residências Assistidas a Pessoa Segura dependente ou um seu cuidador deverá entregar aos Serviços de Assistência do Segurador um relatório médico com a informação clínica detalhada e com referência ao tipo de medicação e cuidados de saúde necessários, de forma a ser planeado o acompanhamento assistencial mais adequado.

CE – 10. GARANTIAS ASSISTÊNCIA EM PORTUGAL EM CASO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR

CE – 10.1 ADMISSÃO (CHECK –IN)

Em caso de doença que implique o internamento do Beneficiário em hospital ou clínica da Rede de Assistência RNA MEDICAL, os Serviços de Assistência, por solicitação do Beneficiário ou do seu Médico Assistente, assegurarão os procedimentos necessários à admissão daquela na unidade hospitalar, que reúna as condições adequadas, quer em meios técnicos de diagnóstico, quer de tratamento médico.

CE – 10.2 TRANSPORTE DO BENEFICIÁRIO

- a) No caso de o Beneficiário ser sujeito a internamento hospitalar e necessitar de transporte para a unidade onde irá ser internada, os Serviços de Assistência, organizarão e a suportarão o custo do transporte do Beneficiário, desde o local da sua residência ou do local onde se encontre, até ao respetivo Hospital ou Clínica.
- b) No caso de o Beneficiário internado, após alta médica hospitalar, necessitar de transporte para a sua residência, os Serviços de Assistência, organizarão e suportarão o custo do transporte do Beneficiário, desde o respetivo Hospital até ao local da sua residência.
- c) O transporte referido anteriormente é feito, consoante a gravidade do caso, pelo meio mais aconselhável segundo parecer do Departamento Médico dos Serviços de Assistência e do Médico assistente do Beneficiário.

CE – 10.3 ACOMPANHAMENTO DO BENEFICIÁRIO PELO MÉDICO ASSISTENTE

- a) No caso em que se torne necessário fazer acompanhar o Beneficiário internado pelo seu Médico Assistente, os Serviços de Assistência organizarão e suportarão as respetivas despesas de transporte, ida e volta, e de estadia em hotel. O limite de capital para a estadia está indicado nas Condições Particulares e expresso no certificado de seguro.
- b) Em Portugal Continental só é garantido o acompanhamento do Beneficiário nos termos da anterior alínea, desde que o local de internamento diste 50 ou mais quilómetros da residência do Beneficiário, nos Açores e Madeira a partir de 10 quilómetros. O limite de capital para a estadia está indicado nas Condições Particulares e expresso no certificado de seguro.

CE – 10.4 ACOMPANHAMENTO DO BENEFICIÁRIO POR UM FAMILIAR OU OUTRO ACOMPANHANTE

- a) No caso de internamento hospitalar do Beneficiário, os Serviços de Assistência organizarão e suportarão as despesas de transporte, ida e volta, e de estadia em hotel, de um familiar ou uma outra pessoa designada pelo Beneficiário, para a acompanhar. O limite de capital para o transporte é ilimitado; para a estadia está indicado nas Condições Particulares e expresso no certificado de seguro.
- b) Em Portugal Continental só é garantido o acompanhamento do Beneficiário nos termos da anterior alínea, desde que o local de internamento diste 50 ou mais quilómetros da residência do Beneficiário. Nas ilhas dos Açores e Madeira, a franquia é de 10 km.

CE – 10.5 ALTA (CHECK –OUT)

Quando da alta médica, após internamento hospitalar, os Serviços de Assistência, encarregar-se-ão de todos os procedimentos necessários junto do Hospital ou Clínica para a saída do Beneficiário.

CE – 10.6 ALTA SOB VIGILÂNCIA MÉDICA

Quando da alta médica, após internamento hospitalar, os Serviços de Assistência organizarão e suportarão as despesas com estadia em hotel do Beneficiário convalescente, desde que não acamada, caso esta necessite de vigilância ou observação temporária fora do Hospital ou Clínica e sempre que o seu domicílio se situe a mais de 50 km da sua residência. O limite de capital para a estadia está indicado nas Condições Particulares e expresso no certificado de seguro.

CE – 10.7 FALECIMENTO DO BENEFICIÁRIO INTERNADO

Se, durante o internamento hospitalar, o Beneficiário falecer, os Serviços de Assistência garantirão para além dos procedimentos necessários à saída do corpo do local de internamento, o pagamento das despesas relacionadas com as formalidades legais a cumprir no local do falecimento, a escolha da funerária e o transporte do corpo, desde o Hospital ou Clínica até ao local da inumação em Portugal.

CE – 11. SEGUNDA OPINIÃO MÉDICA

Ao abrigo da presente Condição Especial fica garantido, nos termos estipulados nas Condições Particulares, o serviço da 2ª Opinião Médica, prestado no âmbito da Rede de Prestadores que efetuarão toda a gestão do processo clínico (recolha de provas diagnósticas, realização de consultas, análise e elaboração do respetivo diagnóstico com as respetivas recomendações diagnósticas e/ou terapêuticas e as devidas explicações ao cliente).

Este serviço cobre as seguintes doenças graves:

- a) SIDA;
- b) Afasia;
- c) Doença de Alzheimer;
- d) Esclerose Múltipla;
- e) Cegueira;
- f) Transplantes de Órgãos;
- g) Tumor Cerebral Benigno;
- h) Cancro;
- i) Doenças Cardiovasculares;
- j) Doenças Neurológicas;
- k) Parkinson;
- l) Surdez;
- m) Coma;
- n) Insuficiência Renal;
- o) Doenças Terminais;
- p) Trauma;
- q) Paralisia;
- r) AVC;
- s) Queimaduras Graves.

Sem prejuízo das exclusões previstas nas Condições Gerais, aplicáveis a esta garantia, não fica garantido ao abrigo da presente condição especial:

- a) Quaisquer serviços solicitados ao serviço de 2ª Opinião Médica quando a Pessoa Segura não sofra de Doença descrita no âmbito desta cobertura ou quando a Direção clínica da Rede de Prestadores entenda não existir motivo para acionar a cobertura;
- b) Todo e qualquer serviço relacionado com a obtenção de um primeiro diagnóstico;
- c) Quaisquer perdas ou danos originados, direta ou indiretamente, pela opinião dos médicos e/ou por profissionais consultados;
- d) Fica excluído o financiamento de quaisquer atos médicos adicionais, ainda que resultantes de recomendação obtida no âmbito desta Condição especial.

CE – 12. SUBSÍDIO DIÁRIO POR INTERNAMENTO HOSPITALAR

Ao abrigo da presente condição especial fica garantido que o Segurador pagará um Subsídio Diário, de acordo com o valor estipulado nas Condições Particulares, caso exista um Internamento hospitalar da Pessoa Segura, por um período superior a 24 horas e que este decorra de Acidente ou Doença coberta e que tenha ocorrido ou se tenha manifestado durante o período de vigência do contrato.

Os dias subsequentes serão considerados por cada 24 horas e o dia da alta hospitalar, será indemnizável apenas quando a Pessoa Segura tiver alta em horário posterior às 18 horas.

1) Aplicação de Franquia:

Esta cobertura terá uma Franquia de 7 dias (por episódio de hospitalização), sendo este subsídio devido a partir do oitavo dia de hospitalização.

2) Duração do pagamento

O subsídio diário será devido, por Pessoa Segura, a partir do 8º dia de Internamento e até um limite máximo de 60 dias por episódio de hospitalização e de 90 dias por anuidade contratual.

3) Internamentos Sucessivos

Nos casos de Internamentos sucessivos, que tenham origem na mesma causa/ Acidente/ Doença cobertos por esta Apólice e que sejam separados por intervalos menores a 12 meses, cada Episódio ou Período de hospitalização será considerado como continuação do anterior, para efeitos da contagem do limite máximo de dias, por anuidade contratual e do máximo por Episódio de Hospitalização.

No caso de um Internamento sucessivo se prolongar por mais de 12 meses, o limite máximo de dias será repostado de forma automática, mesmo que o motivo da hospitalização seja o mesmo já anteriormente coberto.

Nos casos de traslados de pacientes entre diferentes unidades hospitalares durante o mesmo Episódio de Internamento, e sempre que entre a saída de uma unidade hospitalar e a entrada na seguinte unidade hospitalar medeie menos que 12 horas, não se aplicará novamente o período de Franquia para a segunda hospitalização.

Em todos os outros casos, será sempre aplicada a Franquia de 7 dias.

4) Internamentos em Hospitais Militares

Os internamentos em Hospitais Militares, Paramilitares e similares só serão abrangidos se a Pessoa Segura for sujeita a intervenção cirúrgica. Neste caso o subsídio diário fica limitado aos valores estipulados nos pontos anteriores.

5) Procedimento para ativar a presente cobertura:

Para efeitos desta Condição Especial e em caso de Hospitalização da Pessoa Segura, o Tomador de Seguro e/ou a Pessoa Segura, devem, nos 30 dias imediatos à data de início da hospitalização, enviar o Segurador, os seguintes documentos:

- i. Documento emitido pela Unidade Hospitalar, onde se indica a causa e a data de início e termo da hospitalização no mesmo estabelecimento,
- ii. Participação do Sinistro, em que se descrevem as circunstâncias do mesmo,
- iii. Relatório do médico responsável pela hospitalização, em que se refere, a causa e natureza da Doença/ Acidente,

No caso de a causa ser Doença, é necessário ainda detalhar:

- A Doença que causou a hospitalização
- A data de manifestação dos primeiros sintomas
- A data do diagnóstico

A data em que foi feita a recomendação da hospitalização e duração prevista.

CE – 13. SUBSÍDIO DIÁRIO POR DOENÇA OU ACIDENTE

Ao abrigo da presente Condição Especial, fica garantido um subsídio diário, até ao limite indicado nas Condições Particulares, à pessoa Segura identificada nas Condições Particulares da apólice, decorrente de sinistro resultante de doença ou acidente e que venha a resultar numa impossibilidade física e temporária, devidamente suportada clinicamente e estando a receber tratamento regular por médico qualificado, ficando assim impedida de exercer a sua regular atividade profissional remunerada, ainda que a mesma seja, o de instruir ou coordenar colaboradores diretos.

Caso a Pessoa Segura, identificada nas condições particulares da apólice, tenha mais do que uma atividade remunerada, a avaliação da incapacidade será feita com base na sua atividade principal.

1) Elegibilidade

Apenas podem ser abrangidas nesta Apólice as Pessoas Seguras que no momento da celebração do contrato preencham as seguintes condições de elegibilidade, a saber:

- i. limite mínimo de 18 anos e máximo de 69 anos.
- ii. Idade de permanência máxima de 70 anos, caducando assim o respetivo contrato na anuidade em que a pessoa segura perfaz o limite máximo indicado em i).

2) Aplicação de Franquia

A presente Condição Especial só produzirá efeitos a partir do 30 (trigésimo) dia de incapacidade.

3) Procedimento para ativar a presente cobertura

Em caso de doença ou acidente garantido ao abrigo da presente Condição Especial, a Pessoa Segura deve:

- a) Apresentar, no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da data de ocorrência, os documentos clínicos suscetíveis de ativar as garantias da presente Condição Especial, nomeadamente, declaração original de internamento hospitalar, prescrição e relatório médico com diagnóstico, início e evolução da afeção clínica da doença;
- b) Sujeitar-se a exames por médicos designados pelos serviços de assistência do Segurador, caso estes o considerem necessário;
 - c) Autorizar os Médicos ou Hospitais a que tenham recorrido a facultar aos serviços clínicos do Segurador, os relatórios clínicos e quaisquer outros documentos que estes tenham por conveniente para documentar o processo.

CE – 14. PROTEÇÃO AO PAGAMENTO DE PRÉMIOS DE SEGURO POR DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO

Âmbito da Cobertura

A cobertura garante, nos termos e limites contratualmente acordados, o pagamento do Prémio no caso de ocorrer uma situação de Desemprego Involuntário por parte do Tomador de Seguro, ou aderente titular do contrato, no caso de apólice aberta, por um período superior a 30 dias consecutivos. Neste caso o Segurador suporta o valor correspondente ao Prémio devido pelo período em que se mantiver a situação de Desemprego Involuntário, com um limite máximo do Prémio correspondente a seis meses. Apenas estão garantidas as situações de desemprego por:

- a) Despedimento coletivo;

Despedimento por extinção de postos de trabalho justificada por motivos económicos ou de mercado, tecnológicos ou estruturais, relativos à entidade empregadora;

- b) Despedimento promovido unilateralmente pela entidade empregadora sem invocação de justa causa;
- c) Despedimento promovido unilateralmente pelo trabalhador com invocação de justa causa.

Exclusões

Ficam excluídas da presente cobertura as situações decorrentes de:

- a) Caducidade do contrato de trabalho por reforma ou pré-reforma da Pessoa Segura, isto é, cessação do contrato de trabalho devido a reforma do trabalhador ou devido à ocorrência de uma situação de redução ou suspensão do trabalho, por acordo entre a entidade empregadora e um trabalhador com idade igual ou superior a 55 anos, durante a qual o trabalhador tenha direito a receber da entidade empregadora uma prestação pecuniária mensal, denominada de pré –reforma;
- b) Cessação do contrato de trabalho por acordo entre o trabalhador e a entidade empregadora;
- c) Resolução do contrato de trabalho pela Pessoa Segura (trabalhador), sem justa causa, isto é, sem que seja invocado pela Pessoa Segura motivo para o despedimento, baseado,

nomeadamente, na violação de obrigações por parte da entidade empregadora, na necessidade de cumprimento de obrigação legal pelo trabalhador incompatível com a continuação do contrato ou na alteração importante e duradoura das condições de trabalho pela entidade empregadora;

- d) Trabalhadores com contratos de trabalho não vinculados à legislação portuguesa;
- e) Despedimento com justa causa, isto é, na sequência de um comportamento culposo da pessoa Segura (trabalhador) que, pela sua gravidade e consequências, torne imediata e praticamente impossível a subsistência da relação de trabalho;
- f) Caducidade de contrato de trabalho a termo (certo ou incerto), vulgarmente designado por "contrato a prazo", isto é, cessação do contrato de trabalho devido ao facto de o prazo previsto para a sua duração ter chegado ao fim ou devido ao facto de haver cessado a situação que motivou a sua celebração;
- g) Denúncia do contrato de trabalho, no período experimental;
- h) Atividade sazonal, i.e., de atividade que só surge em determinado período do ano, necessariamente limitado, perdendo posteriormente a sua utilidade;
- i) Situações de desemprego pré –existentes à data de subscrição do contrato.

Elegibilidade:

São elegíveis para esta cobertura o Tomador do Seguro:

- a) Tenham idade compreendida entre os 18 anos e a idade legal de reforma por velhice;
- b) No que respeita às coberturas de Desemprego Involuntário e Hospitalização estejam a desempenhar regularmente, no mínimo de 16 horas semanais, uma atividade profissional nos últimos 12 meses, não tendo conhecimento de uma possível situação de desemprego.

Franquia:

As garantias objeto deste contrato estão sujeitas a um período de Franquia Relativa de 30 dias para a cobertura de Desemprego Involuntário.