

Condições Gerais e Especiais 78

Seguro Saúde

ÍNDICE

Condições Gerais	3
Condições Especiais	28
001. Medicina Online	28
002. Assistências ok!	30
003. Consultas	31
004. Exames e Tratamentos	31
005. Internamento Hospitalar	33
006. Acesso à Rede de Estomatologia e Medicina Dentária	35
007. Acesso à Rede de Óticas	36

CLÁUSULA PRELIMINAR

Entre a Via Directa - Companhia de Seguros, S.A., 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, Especiais e Particulares da Apólice, contratada de harmonia com as declarações constantes da Proposta ou Boletins de Adesão, que lhe serviram de base e com a informação clínica necessária à aceitação dos riscos por parte do Segurador.

CLÁUSULA 1ª- DEFINIÇÕES

Para efeitos do presente contrato entende-se por:

Acesso à Rede Multicare: Acesso a serviços e cuidados de saúde disponibilizados nos prestadores da Rede Multicare, a Preços Convencionados, suportando a Pessoa Segura a totalidade dos custos.

Acidente: Acontecimento imprevisto súbito e anormal, provocado por causa externa e alheia à vontade da Pessoa Segura e que lhe causa lesões corporais, clínica e objetivamente comprovadas.

Aderente: Aquele que subscreve a adesão a um Seguro de Grupo.

Agregado Familiar: O Titular e as seguintes pessoas que com ele coabitem em economia comum:

- o cônjuge ou a pessoa com quem viva em união de facto;
- os ascendentes, os filhos, enteados e adotados do casal ou de qualquer deles, desde que economicamente dependentes.

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.

Apoio ao Cliente: Serviço de apoio através do qual o Tomador do Seguro e as Pessoas Seguras podem obter esclarecimentos.

Apólice: Conjunto de documentos que formalizam as condições do contrato de seguro, nomeadamente:

- Condições Gerais,

- Condições Especiais,
- Condições Particulares ou Certificado Individual de Seguro,
- Atas Adicionais.

Fazem, também, parte da Apólice a Proposta de Seguro ou Boletim de Adesão (no caso de Seguro de Grupo), o Questionário Individual de Saúde e a informação clínica necessária à aceitação dos riscos por parte do Segurador.

Ata Adicional: Documento que formaliza uma alteração à Apólice.

Boletim de Adesão: Documento pelo qual uma pessoa declara que pretende aderir a um Seguro de Grupo, com identificação do Titular e das pessoas do Agregado a incluir no contrato de seguro.

Capital Seguro: Montante máximo de Comparticipação de despesas, definido por Pessoa Segura ou por Agregado Familiar, para cada uma das coberturas contratadas na Apólice.

Cartão ok! saúde: Cartão pessoal e intransmissível que identifica a Pessoa Segura e que lhe permite aceder aos serviços prestados na Rede Multicare. Deve ser apresentado, quando solicitado pelo prestador da Rede, juntamente com um documento de identificação com fotografia, para validação da identidade da Pessoa Segura. Poderá ser dispensada pelo Prestador da Rede a apresentação do Cartão ok! saúde quando existam outros meios para identificação da Pessoa Segura enquanto Cliente ok! saúde.

Certificado Individual de Seguro ou Certificado de Seguro: Documento emitido pelo Segurador para cada Pessoa Segura que comprova a sua inclusão no contrato de seguro e onde constam as garantias contratadas e eventuais exclusões adicionais às previstas nas Condições Gerais e Especiais.

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 de Seguro.

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

Condições Gerais: Disposições que definem os princípios gerais do contrato 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.

Copagamento: Valor a cargo da Pessoa Segura por cada utilização na Rede Multicare, conforme definido na Apólice.

Doença: Alteração involuntária do estado de saúde, clínica e objetivamente comprovada, não causada por Acidente.

Doença ou Lesão Preexistente: Doença ou lesão da qual a Pessoa Segura deveria ter conhecimento ou que não poderia ignorar, anterior à data de subscrição, nomeadamente por ocorrer uma das seguintes situações: evidência dos sinais e sintomas específicos da patologia em causa; existência de um diagnóstico, ainda que não definitivo; ou por ter recebido tratamento prévio ou outro ato médico.

Doença ou Malformação Congénita: Doença ou Malformação que se diagnostica ou identifica durante a gravidez ou até 30 dias após o nascimento.

Doença Súbita: Alteração involuntária do estado de saúde, inesperada e aguda, que implica risco de morte ou perda funcional para a Pessoa Segura, necessitando de assistência médica urgente em Ambiente Hospitalar.

Estorno: Devolução ao Tomador do Seguro da totalidade ou parte do prémio de seguro já pago.

Franquia: Valor, percentagem ou número de dias a cargo do Tomador do Seguro, do Agregado Familiar ou da Pessoa Segura, conforme definido na Apólice.

Implante: Material (Prótese, Ortótese, aparelho) ou substância com finalidade de substituir ou atuar como uma estrutura biológica ausente do corpo.

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

Médico/Médico Dentista: Licenciado por uma Faculdade de Medicina ou Medicina Dentária, legalmente autorizado a exercer a profissão e cuja especialidade e inscrição sejam reconhecidas pela Ordem dos Médicos ou pela Ordem dos Médicos Dentistas em Portugal ou por entidade equivalente do país em que o ato tem lugar.

Ortóteses: Dispositivos que ajudam a cumprir no todo ou em parte a função de um membro ou órgão (por exemplo, óculos e lentes de contacto).

Pequena Cirurgia: Intervenção cirúrgica que cumpra todos os seguintes critérios:

- não necessitar de bloco operatório para a sua realização;
- não exigir mudança completa de roupa pelo cirurgião;
- ser realizada sob anestesia local;
- não necessitar de cuidados especiais de recobro.

Período de Carência: Período que decorre entre a data de adesão da Pessoa Segura e a data em que esta pode beneficiar das garantias do seguro. Os períodos de carência estão definidos na Apólice.

Pessoa Segura: Pessoa cuja saúde se segura, identificada na Apólice.

Preços Convencionados: Preços negociados pela Multicare com cada Prestador, que podem variar de Prestador para Prestador.

Prémio: Valor pago ao Segurador pelo Tomador do Seguro (ou pelas Pessoas Seguras, no caso de um Seguro de Grupo Contributivo) pela cobertura do risco garantido pelo contrato de seguro.

Prestação na Rede: Modalidade de utilização em que os cuidados de saúde são realizados em prestadores da Rede Multicare, participados diretamente pelo Segurador ao prestador e em que a Pessoa Segura paga apenas as Franquias e Copagamentos. Estes serviços estão sujeitos aos critérios de utilização indicados pelo Segurador, incluindo a necessidade de autorização prévia.

Prestação por Reembolso: Modalidade de utilização em que as despesas de saúde são suportadas pela Pessoa Segura sendo posteriormente reembolsadas pelo Segurador, de acordo com as condições da Apólice.

Prestador: Entidade com acordo para a prestação de serviços às Pessoas Seguras, a Preços Convencionados.

Proposta de Seguro: Documento pelo qual uma pessoa declara que pretende subscrever um contrato de seguro, informando o Segurador do risco que pretende segurar, e que faz parte integrante da Apólice.

Próteses: Dispositivos que substituem total ou parcialmente um membro ou órgão.

Questionário Individual de Saúde: Documento anexo à Proposta de Seguro, que faz parte integrante da Apólice, através do qual cada pessoa declara a informação de

saúde necessária à avaliação do risco pelo Segurador. O Questionário pode ser realizado através de entrevista telefónica ou por outros meios à distância.

Rede Multicare: Conjunto de entidades com acordo para a prestação de serviços às Pessoas Seguras, a Preços Convencionados, que abrange as Redes seguintes:

- **Rede de Serviços Médicos** – Médicos/Médicos Dentistas e outros profissionais de saúde, Psicólogos, centros de diagnóstico, clínicas, Unidades Hospitalares e outras Unidades de Saúde;
- **Rede de Óticas** – Prestadores de serviços/ produtos óticos, nomeadamente de óculos e lentes de contacto;

A informação sobre os prestadores que integram a Rede Multicare está disponível e permanentemente atualizada em ok.pt.

Segurador: A Via Directa – Companhia de Seguros, S.A., entidade legalmente autorizada para a exploração do Seguro de Saúde e que subscreve o contrato.

Seguro de Grupo: Contrato celebrado para um conjunto de pessoas ligadas ao Tomador do Seguro por um vínculo que não seja o de segurar.

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

Seguro de Grupo Não Contributivo: Seguro de Grupo em que o Tomador do Seguro suporta a totalidade do Prémio.

Seguro Individual: Contrato celebrado para uma pessoa ou para um Agregado Familiar.

Serviço de Atendimento Permanente: Serviço disponível em alguns prestadores da Rede Multicare, 24 horas por dia, com capacidade mínima de diagnóstico, nomeadamente consulta de clínica geral e meios complementares de diagnóstico e terapêutica básicos.

Sinistro: Evento ou série de eventos (Acidente ou Doença) que desencadeiam a utilização das garantias da Apólice.

Titular: Pessoa no interesse da qual é feito o contrato de seguro e em relação à qual se estabelecem as relações familiares do Agregado.

Tomador do Seguro: A pessoa, singular ou coletiva, que celebra o contrato de seguro com o Segurador, sendo responsável pelo pagamento do Prémio.

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 Saúde: Estabelecimento legalmente autorizado que tenha por objeto a prestação de cuidados de saúde, abrangendo entidades, generalistas ou especializadas, com internamento, consultas, meios complementares de diagnóstico e terapêutica e exames e tratamentos, independentemente da designação. Inclui Hospitais, Clínicas e Centros de meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

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

CLÁUSULA 2ª- OBJETO DO CONTRATO

1. O contrato garante à Pessoa Segura, em caso de Doença manifestada ou Acidente ocorrido durante a sua vigência, um conjunto de coberturas no domínio dos cuidados de saúde, conforme definido na Apólice.

2. O contrato de seguro não garante quaisquer despesas reclamadas pelo Serviço Nacional de Saúde ou por outro qualquer seguro ou subsistema de saúde.

3. No entanto, podem ficar garantidas, desde que expressamente mencionado na Apólice, as seguintes despesas:

a) Taxas moderadoras;

b) Valores a cargo da Pessoa Segura em despesas previamente comparticipadas pelo Serviço Nacional de Saúde ou por qualquer outro seguro ou subsistema de saúde.

CLÁUSULA 3ª- ÂMBITO DAS GARANTIAS

1. Quanto às Coberturas:

O contrato de seguro pode garantir, nos termos e limites para o efeito fixados na Apólice, as seguintes coberturas:

001. Medicina Online;

002. Assistências ok!;

003. Consultas;

004. Exames e Tratamentos;

005. Internamento Hospitalar;

006. Acesso à Rede de Estomatologia e Medicina Dentária;

007. Acesso à Rede de Óticas.

O contrato de seguro pode, ainda, incluir outras coberturas. As coberturas contratadas constam das Condições Particulares e do Certificado Individual de Seguro.

2. Quanto às modalidades de utilização:

As garantias deste contrato podem ser utilizadas nas modalidades de Prestação na Rede, Prestação por Reembolso e Acesso à Rede. As modalidades contratadas constam da Apólice.

A utilização nas modalidades Prestação na Rede e Acesso à Rede pode necessitar de autorização prévia, conforme definido em cada cobertura.

2.1 . Prestação na Rede

- a) A utilização do seguro na modalidade Prestação na Rede só é possível quando o ato está contratado com o Prestador, a Pessoa Segura apresenta o Cartão ok! saúde (ou outro meio que o substitua) ou um código de autorização e haja autorização prévia (nos casos em que é necessária);
- b) Caso não sejam cumpridos os requisitos que permitam a utilização da Rede Multicare ou não haja autorização prévia, as despesas somente poderão ser compartilhadas na modalidade de Prestação por Reembolso se prevista e nos termos e limites fixados na Apólice;
- c) Quando não for possível a Prestação na Rede por indisponibilidade do sistema informático, a Pessoa Segura suporta a despesa de saúde na totalidade, a Preços Convencionados com cada Prestador, e envia-a ao Segurador, para ser reembolsada, de acordo com a modalidade de Prestação na Rede.

2.2 . Prestação por Reembolso

A utilização do seguro na modalidade Prestação por Reembolso é aquela em que o pagamento de despesas realizadas fora da Rede Multicare se efetua nos termos e limites fixados na Apólice e, ainda, de acordo com os seguintes critérios:

- Os Honorários Médicos estão sujeitos aos valores estabelecidos para os atos médico-cirúrgicos no Código de Nomenclatura de Valores Relativos de Atos Médicos, da Ordem dos Médicos.

2.3 . Acesso à Rede

A utilização do seguro na modalidade Acesso à Rede é aquela em que para utilização de serviços e cuidados de saúde, a Preços Convencionados, nos prestadores da Rede Multicare a Pessoa Segura tem de apresentar o Cartão ok! saúde ou identificar-se como cliente através dos meios disponibilizados pelo Segurador e aceites por cada prestador, suportando a totalidade da despesa.

CLÁUSULA 4ª – EXCLUSÕES

Salvo convenção expressa em contrário na Apólice, ficam excluídas do âmbito da cobertura do seguro as despesas decorrentes de:

- 1. Serviços prestados por Médicos e outros profissionais de saúde que sejam cônjuge, pais, filhos ou irmãos da Pessoa Segura, bem como pela Pessoa Segura a si própria;**
- 2. Consequências de atraso injustificado ou negligência, imputáveis ao prestador de cuidados de saúde ou à Pessoa Segura, no recurso a assistência médica ou na inobservância de tratamentos prescritos;**
- 3. Consultas ou exames médicos que sejam necessários para a emissão de atestados, declarações, certificados ou qualquer tipo de documento que não tenha fins terapêuticos;**
- 4. Assistência hospitalar por razões de natureza exclusivamente assistencial;**
- 5. Correção de Doenças ou Malformações Congénitas, exceto para recém-nascidos cuja inclusão for efetuada nos termos da alínea a) do n.º 2 da Cláusula 9ª;**

- 6. Doenças, Lesões ou deformações preexistentes à data da celebração do contrato;**
- 7. Utilização abusiva de medicamentos, incluindo as respectivas consequências;**
- 8. Alcoolismo e Doenças resultantes do consumo de bebidas alcoólicas;**
- 9. Utilização de estupefacientes e narcóticos quando não prescritos por Médico, incluindo as respectivas consequências;**
- 10. Tratamentos relacionados com a toxicodependência;**
- 11. Patologias ou tratamentos relacionados, direta ou indiretamente, com infecção por vírus de imunodeficiência humana (HIV);**
- 12. Tratamentos relacionados, direta ou indiretamente, com infecção por vírus da hepatite, excetuando a hepatite A;**
- 13. Acidentes ou Doenças provenientes de tentativa de suicídio ou automutilação, de participação em apostas ou desafios, de intervenção em duelos e rixas ou da prática de atos dolosos ou gravemente culposos ou ilícitos por parte da Pessoa Segura;**
- 14. Tratamentos de perturbações do foro da saúde mental, consequentes ou não de outra Doença ou de Acidente;**
- 15. Sessões de psicologia, psicanálise, psicoterapia, psicomotricidade, hipnose e terapia do sono, qualquer que seja o diagnóstico;**
- 16. Disfunções sexuais, exceto em consequência de Doença garantida pela Apólice;**
- 17. Tratamentos e cirurgia para mudança de sexo e respectivas consequências;**
- 18. Todos os atos médicos realizados no âmbito da infertilidade e reprodução medicamente assistida, incluindo consultas, meios complementares de diagnóstico e terapêutica, testes, tratamentos de infertilidade, métodos de fecundação artificial, fertilização in vitro ou procedimentos de transferência embrionária, bem como as consequências da aplicação dos mesmos;**

- 19. Planejamento familiar e métodos anticoncepcionais, cirúrgicos e não cirúrgicos, incluindo possíveis complicações e despesas efetuadas para reverter os efeitos de uma cirurgia de esterilização voluntariamente realizada;**
- 20. Interrupção voluntária da gravidez e respectivas consequências;**
- 21. Consultas, tratamentos e cirurgia de regularização do peso, assim como situações clínicas destes decorrentes, qualquer que seja o diagnóstico que origine a indicação para estas intervenções terapêuticas, nomeada, mas não exclusivamente, a obesidade, qualquer que seja a sua classificação, síndrome metabólico ou patologias associadas a transtornos alimentares;**
- 22. Tratamentos e cirurgias do foro estético, plástico ou reconstrutivo, bem como as respectivas consequências, exceto quando devam ser efetuados em razão de Acidente coberto pelo seguro ou decorram de Doença manifestada durante a vigência do contrato;**
- 23. Hemodiálise para tratamento de patologia crônica;**
- 24. Tratamentos cirúrgicos ou de laser para correção de erros de refração da visão, incluindo miopia, astigmatismo e hipermetropia, bem como as suas consequências;**
- 25. Intervenções cirúrgicas para correção da roncopatia, exceto em caso de apneia;**
- 26. Transplantes e Implantes e respectivas consequências, incluindo todos os atos clínicos, atos laboratoriais e materiais necessários;**
- 27. Consultas e tratamentos em áreas não reconhecidas pela Ordem dos Médicos;**
- 28. Tratamentos experimentais, atos e testes que necessitem de comprovação médica;**
- 29. Acidentes e Doenças que tenham ou devam ter a cobertura seguros obrigatórios, até aos limites garantidos pelos mesmos;**
- 30. Acidentes em serviço e Doenças profissionais, até aos limites garantidos pelo Estado;**

31. Doenças em situação de epidemia ou pandemia declarada pelas autoridades competentes;

32. Doenças ou sequelas resultantes de radioatividade não terapêutica, incluindo consequências da utilização de armas bacteriológicas ou de agentes químicos;

33. Acidentes emergentes de:

a) Participação em competições desportivas e respetivos treinos, quer como profissional quer como amador;

b) Prática de desportos perigosos ou radicais, tais como: desportos terrestres motorizados; BTT; Paraquedismo, incluindo a prática de queda livre, parapente, asa delta, voo utilizando fatos planadores, com ou sem paraquedas (“wingsuit”); Saltos ou saltos invertidos com mecanismo de suspensão corporal (“bungee jumping”), salto de penhascos, rochedos, montanhas, precipícios, prédios, torres, antenas, barragens, pontes ou outras plataformas físicas, com ou sem paraquedas (“base jumping”); Motonáutica, esqui aquático e quaisquer desportos aquáticos em que o praticante é impulsionado por meio motorizado, paraquedas ou papagaio (“kitesurf”); Desportos náuticos praticados sobre prancha; Descida de torrentes ou correntes originadas por desníveis nos cursos de água; Prática desportiva de mergulho; Caça submarina; Desportos praticados sobre a neve e o gelo; Alpinismo, alta montanha, escalada, corrida em penhascos, serra ou montanha (“skyrunning”, “coast running”); Slide e rappel; Outros desportos de perigosidade análoga; Artes marciais, luta e boxe; Tauromaquia e largadas de touros ou reses; Caça de animais ferozes ou que reconhecidamente sejam considerados perigosos; Hipismo; Espeleologia;

c) Cataclismos da natureza, atos de guerra, declarada ou não, de terrorismo, de sabotagem e de perturbações da ordem pública;

34. Meios complementares de diagnóstico e terapêutico e tratamentos realizados no domicílio, bem como enfermagem privativa;

35. Tratamentos termais e estadias em termas, sanatórios, lares, residências assistidas, casas de repouso, convalescença e cuidados continuados, centros

de tratamento de toxicod dependência e alcoolismo e outros estabelecimentos similares;

36. Ginástica, natação, massagens e outros similares, ainda que prescritos pelo Médico, exceto os que resultem de Doença ou Acidente enquadráveis nas garantias do contrato;

37. Tratamentos realizados em estabelecimentos não autorizados a prestar cuidados de saúde, tais como ginásios, centros de beleza e bem-estar e outros estabelecimentos semelhantes;

38. Estadia de acompanhantes da Pessoa Segura;

39. Deslocações e estadias;

40. Cirurgia maxilofacial por patologia que resulte de alterações do crescimento ou do desenvolvimento que possam levar a perturbações funcionais;

41. Serviços que não sejam clinicamente necessários, face ao quadro clínico da Pessoa Segura e de acordo com os protocolos e padrões reconhecidos pela comunidade médica.

CLÁUSULA 5ª – ÂMBITO TERRITORIAL

1. Salvo convenção expressa em contrário na Apólice, o seguro só tem validade em Portugal, em qualquer das modalidades de utilização, bem como para os cuidados de saúde no estrangeiro em Prestadores da Rede Multicare.

2. Ficam ainda garantidas as despesas com cuidados de saúde prestados no território europeu em prestadores que não integram a Rede Multicare, se a deslocação não exceder 60 dias (ou outro período definido na Apólice) e desde que sejam consequência de Acidente ou urgência, cuja necessidade seja comprovada por relatório médico.

CLÁUSULA 6ª – DECLARAÇÃO INICIAL DO RISCO

- 1. Antes da celebração do contrato o Tomador do Seguro e as Pessoas Seguras estão obrigados a declarar com exatidão todas as circunstâncias que conheçam e razoavelmente devam ter por significativas para a apreciação do risco pelo Segurador.**
- 2. O disposto no número anterior é igualmente aplicável a circunstâncias cuja menção não seja solicitada em questionário fornecido pelo Segurador.**
- 3. O contrato é anulável, nos termos e com as consequências previstas na Lei, em caso de incumprimento doloso do disposto no n.º 1.**
- 4. O Segurador pode optar pela cessação ou alteração do contrato, nos termos e com as consequências previstas na Lei, em caso de incumprimento com negligência do disposto no n.º 1.**

CLÁUSULA 7ª – INÍCIO E DURAÇÃO DE CONTRATO

- 1.** O contrato só tem início depois do pagamento do Prémio (ou fração inicial do mesmo), nos termos seguintes:
 - a) No **Seguro Individual**, às zero horas do dia seguinte ao da aceitação da Proposta pelo Segurador. Por acordo das partes pode ser estabelecida outra data para o início do contrato, a qual terá de ser igual ou posterior à data da receção da Proposta pelo Segurador;
 - b) No **Seguro de Grupo**, para cada Pessoa Segura, às zero horas do dia indicado no respetivo Certificado de Seguro.
- 2.** Tratando-se de Seguro Individual em que o Tomador do Seguro seja uma pessoa singular, o contrato considera-se aceite, em caso de não resposta do Segurador e nos termos e limites legais, no 14º dia a contar da data de receção da Proposta e dos documentos indicados pelo Segurador, exceto se o proponente for notificado:
 - a) da recusa ou
 - b) da necessidade de esclarecimentos para a avaliação do risco (a aprovação fica dependente do envio e análise dos elementos solicitados).**
- 3.** A aceitação é confirmada pelo Segurador através da emissão e das Condições Particulares ou do Certificado de Seguro.

4. As coberturas contratadas e as respectivas modalidades de utilização, Períodos de Carência, Franquias, Copagamentos e valores máximos indenizáveis, estão identificados nas Condições Particulares ou Certificado Individual de Seguro.

5. O contrato pode ser celebrado por um ano a continuar pelos seguintes ou por um período certo e determinado, estando a sua duração definida na Apólice.

6. Quando o contrato for celebrado por um período certo e determinado, os seus efeitos cessam às 24 horas do último dia do referido período.

7. Quando o contrato for celebrado por um ano a continuar pelos seguintes, considera-se sucessivamente renovado, salvo se qualquer das partes o tiver denunciado nos termos legais, comunicando a intenção de não o renovar, com a antecedência mínima de 30 dias em relação ao termo da anuidade ou se não for pago o Prémio da anuidade seguinte ou da primeira fração deste.

8. As prestações garantidas pelo Segurador respeitam exclusivamente a cada período de vigência do contrato, não havendo lugar a qualquer prorrogação ou extensão das garantias para além da data do seu vencimento e encontrando-se apenas garantidas as prestações convencionadas ou as despesas efetuadas em cada ano de vigência do contrato, salvo o disposto nas Cláusulas 13ª e 16ª.

CLÁUSULA 8ª – INÍCIO E DURAÇÃO DAS GARANTIAS

1. Só podem ser incluídas no contrato as pessoas cuja idade respeite o limite definido para a subscrição e respondam ao Questionário Individual de Saúde, quando necessário.

2. As garantias do contrato entram em vigor após os Períodos de Carência indicados para cada cobertura na Apólice. Os Períodos de Carência são contados a partir da data de adesão de cada Pessoa Segura.

3. Não são aplicáveis os Períodos de Carência em caso de Acidente que implique tratamento hospitalar urgente, em regime de internamento ou ambulatorio.

CLÁUSULA 9ª – ALTERAÇÕES AO CONTRATO

1. Pelo Segurador

Qualquer alteração de coberturas, Capitais, Franquias, Copagamentos e Prêmios, deve ser comunicada ao Tomador do Seguro, com uma antecedência mínima de 30 dias em relação à data de renovação do contrato. **O Tomador do Seguro dispõe de um prazo de 30 dias, a contar da receção, para aceitar ou recusar a alteração proposta. Terminado o prazo e caso seja pago o Prémio correspondente à anuidade seguinte ou à primeira fração, considera-se aceite a alteração.** Se o Tomador do Seguro não aceitar a proposta, o contrato cessa no fim da anuidade em curso.

2. Pelo Tomador do Seguro

As alterações ao contrato dependem dos seguintes procedimentos:

a) A inclusão de Pessoas Seguras é solicitada ao Segurador, com envio de Proposta ou Boletim de Adesão e resposta ao Questionário Individual de Saúde, se necessário.

A inclusão de recém-nascidos num contrato que tenha como Pessoa Segura, pelo menos, um dos pais, é aceite sem Períodos de Carência, sem Doenças Preexistentes e sem exclusão de Doenças e Malformações Congénitas, desde que seja feita nos primeiros 30 dias de vida do bebé. A adesão tem efeito à data do nascimento.

a) A exclusão de Pessoas Seguras é solicitada por escrito, com uma antecedência mínima de 30 dias face à data pretendida. O Segurador procederá ao Estorno do Prémio pago relativo ao período não decorrido.

b) A transferência do contrato para outro Tomador do Seguro é solicitada por escrito pelo atual Tomador do Seguro, com uma antecedência mínima de 30 dias face à data pretendida. A comunicação deve incluir a Proposta, devidamente preenchida pelo novo Tomador.

c) A alteração para outro plano de seguro em comercialização é solicitada com uma antecedência mínima de 90 dias em relação à data de renovação. A comunicação deve incluir a Proposta, devidamente preenchida pelo Tomador e Questionário Individual de Saúde respondido pelas Pessoas Seguras.

Aplicam-se às novas coberturas e aos aumentos de Capital, relativamente ao contrato anterior, os Períodos de Carência previstos na Apólice.

CLÁUSULA 10ª – PAGAMENTO DO PRÊMIO

1. A cobertura dos riscos depende do prévio pagamento do Prémio.
2. O pagamento do Prémio anual pode, por acordo entre o Segurador e o Tomador do Seguro, ser repartido em frações mensais, trimestrais ou semestrais.
3. O Prémio ou fração inicial é devido na data da celebração do contrato. **A falta do seu pagamento, na data indicada no aviso, determina a resolução automática do contrato a partir da data da sua celebração.**
4. Os Prémios ou frações seguintes são devidos com a periodicidade estabelecida na Apólice e nas datas informadas nos avisos de pagamento.
5. Os avisos para pagamento dos Prémios ou frações são enviados pelo Segurador ao Tomador do Seguro, por escrito, até 30 dias antes da data em que são devidos. Se tiver sido acordado o pagamento do Prémio em frações com periodicidade igual ou inferior a três meses, o Segurador pode optar por enviar apenas um aviso anual com as datas de vencimento das frações, os seus montantes e as consequências da falta de pagamento.
6. **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.**
7. **A falta de pagamento de um Prémio adicional, na data indicada no aviso, desde que este decorra de um pedido do Tomador do Seguro para alteração da garantia, determinará que a alteração fique sem efeito. Nesse caso, repor-se-ão as condições contratuais em vigor anteriormente àquele pedido, a menos que a manutenção do contrato se revele impossível, caso em que se considera resolvido na data do vencimento do Prémio não pago.**
8. **As disposições dos números anteriores são aplicáveis ao pagamento dos Prémios ou frações devidos por cada um dos Aderentes a um Seguro de Grupo, quando este seguro seja contributivo e o Tomador do Seguro e o Segurador hajam estabelecido que o respetivo pagamento seja efetuado ao Segurador pelo Aderente.**

9. A revogação do débito em conta, referente ao pagamento do Prémio ou fração, produz efeitos retroativos à data em que este é devido, equivalendo ao seu não pagamento.

CLÁUSULA 11ª – ALTERAÇÃO DO PRÉMIO

1. Não havendo alteração no risco, qualquer alteração do Prémio aplicável ao contrato apenas poderá realizar-se na renovação anual seguinte, mediante aviso com uma antecedência mínima de 30 dias relativamente à data da renovação do contrato.
2. Se a alteração de Prémio decorrer da mudança de idade ou de escalão etário da Pessoa Segura, a mesma é automática e não requer comunicação prévia, sendo considerada a idade da Pessoa Segura no primeiro dia da anuidade.

CLÁUSULA 12ª – DIREITO DE LIVRE RESOLUÇÃO

- 1. O Tomador do Seguro que seja pessoa singular dispõe de um prazo de 30 dias, a contar da receção da Apólice, para resolver o contrato sem necessidade de invocar justa causa, mediante comunicação por escrito, em suporte de papel ou outro meio duradouro disponível e acessível ao Segurador.**
- 2. O prazo referido no n.º 1 conta-se a partir da data da celebração do contrato, desde que o Tomador do Seguro nessa data disponha, em papel ou noutro suporte duradouro, de todas as informações relevantes sobre o seguro que tenham de constar da Apólice.**
- 3. O exercício do direito de livre resolução determina a cessação do contrato, extinguindo todas as obrigações dele decorrentes, com efeitos a partir da celebração do mesmo, tendo o Segurador direito:**
 - a) Ao valor do Prémio calculado proporcionalmente ao tempo já decorrido, na medida em que tenha suportado o risco até à resolução do contrato;**
 - b) Ao montante das despesas razoáveis que tenha efetuado com exames médicos anteriores à contratação ou inclusão da Pessoa Segura no contrato, sempre que esse valor seja imputado contratualmente ao Tomador do Seguro.**

CLÁUSULA 13ª – RESOLUÇÃO DO CONTRATO E EXCLUSÃO DA PESSOA SEGURA

- 1. O contrato de seguro 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 ao disposto nas disposições legais e contratuais aplicáveis.**
- 3. A resolução do contrato produz os seus efeitos às 24 horas do próprio dia em que se verifique.**
- 4. No Seguro de Grupo Contributivo a Pessoa Segura poderá ser excluída do seguro quando não entregue ao Tomador do Seguro ou ao Segurador, consoante o que estiver convencionado, a quantia destinada ao pagamento do Prémio, aplicando-se, com as devidas adaptações, as regras sobre a falta de pagamento de Prémios no que respeita à adesão.**
- 5. A Pessoa Segura poderá ainda ser excluída quando pratique atos fraudulentos em prejuízo do Segurador ou do Tomador do Seguro.**
- 6. A exclusão da Pessoa Segura prevista no número 5 não tem eficácia retroativa e deve ser exercida pelo Segurador, com aviso prévio de 8 dias, por declaração escrita.**

CLÁUSULA 14ª – ESTORNO DO PRÉMIO

Quando, por força de alteração ou resolução do contrato, houver lugar, nos termos da Lei, a Estorno ou devolução 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 não decorrido até à data do vencimento, deduzida do custo de emissão da Apólice;
- c) Se tiverem ocorrido Sinistros na anuidade em curso, para efeito de cálculo do Prémio a devolver, também serão deduzidas as participações desses sinistros pelo Segurador.

CLÁUSULA 15ª – CADUCIDADE DO CONTRATO

- 1. Os contratos de seguro celebrados por período certo e determinado caducam automaticamente na data do termo.**
- 2. Os contratos de seguro celebrados por um ano a continuar pelos anos seguintes caducam automaticamente:**
 - a) Para todas as pessoas do Agregado Familiar, na data em que o Titular deixe de reunir as condições que lhe permitiram integrar o grupo seguro;**
 - b) Para cada Pessoa Segura, no termo da anuidade em que esta atinja a idade limite estabelecida pelo Segurador nas Condições Particulares ou Certificado de Seguro;**
 - c) Para cada Pessoa Segura, na data em que deixe de fazer parte do Agregado Familiar.**

CLÁUSULA 16ª – RESPONSABILIDADE DO SEGURADOR EM CASO DE NÃO RENOVAÇÃO DO CONTRATO

- 1. Em caso de não renovação do contrato ou da cobertura e não estando o risco coberto por um contrato de seguro posterior o Segurador fica, pelo período de 2 anos e até que se mostre esgotado o Capital Seguro disponível na anuidade em que o contrato cessar a sua vigência, com a obrigação de efetuar as prestações contratualmente devidas, em consequência de Doenças manifestadas ou Acidentes ocorridos durante o período de vigência da Apólice, desde que cobertos pelo seguro.**
- 2. Para efeitos do disposto no número anterior o Segurador deve ser informado da Doença ou Acidente nos trinta dias imediatos ao termo do contrato, salvo justo impedimento.**
- 3. Em caso de não renovação do contrato ou da cobertura, as autorizações emitidas e ainda não utilizadas caducam automaticamente na data do termo do mesmo, sem prejuízo do estabelecido nos números anteriores da presente cláusula.**

CLÁUSULA 17ª – OBRIGAÇÕES DO SEGURADOR

Constitui obrigação do Segurador o cumprimento pontual dos seus compromissos perante o Tomador do Seguro e as Pessoas Seguras, nomeadamente:

- a) Fornecer o cartão ok! saúde, caso este seja necessário para a ativação das coberturas, bem como informar sobre os Prestadores e serviços disponíveis nas Redes;
- b) Analisar com prontidão e diligência os pedidos de autorização, decidindo sobre os mesmos em prazo não superior a 5 dias úteis, contados desde a data em que forem recebidos todos os elementos necessários à sua apreciação;
- c) Proceder ao reembolso das despesas garantidas, no prazo máximo de 30 dias, contados desde a data em que forem recebidos todos os elementos necessários à sua apreciação. Se decorrido este prazo, o Segurador, não tiver cumprido essa obrigação de reembolso, por causa não justificada ou que lhe seja imputável, incorrerá em mora e pagará juros à taxa legal em vigor.

CLÁUSULA 18ª – OBRIGAÇÕES DO TOMADOR DO SEGURO E DA PESSOA SEGURA

1. Em caso de Sinistro coberto pelo contrato, o Tomador do Seguro e a Pessoa Segura, sob pena de responderem por perdas e danos, obrigam-se a:

- a) Tomar as medidas ao seu alcance para evitar o agravamento do seu estado de saúde;
- b) Participar o Sinistro ao Segurador, por escrito, nos 8 dias imediatos à sua ocorrência;
- c) Apresentar todos os elementos clínicos relativos ao seu estado de saúde e aos serviços prestados, cessando a responsabilidade do Segurador enquanto não o fizer;**
- d) Realizar, sempre que solicitados, exames que serão suportados pelo Segurador em Médicos por ele designados, cessando a responsabilidade do mesmo se não o fizer;**
- e) Autorizar, no âmbito de Sinistro que motive um pedido de prestação ou de reembolso ao abrigo do contrato de seguro, os Médicos e outros profissionais ou instituições de saúde a que tenha recorrido, a prestar ao Médico que o**

Segurador designar, as informações por este solicitadas relativas ao seu estado de saúde e aos serviços clínicos prestados.

2. Na modalidade de Prestação por Reembolso, o Tomador do Seguro e a Pessoa Segura obrigam-se ainda a apresentar ao Segurador os recibos originais das despesas, no prazo máximo de 120 dias a contar da data da sua realização.

Sempre que os originais tenham sido utilizados pela Pessoa Segura para pedido de reembolso de despesas a outra entidade, podem ser apresentadas cópias dos mesmos, desde que acompanhados de declaração emitida pela mesma entidade que faça prova do valor total da despesa e do valor do reembolso; de igual modo, sempre que a Pessoa Segura necessite de apresentar os originais para efeitos de pedido de reembolso posterior a outra entidade, apresentará para o efeito cópias dos mesmos, acompanhadas de declaração emitida pelo Segurador, por forma a fazer prova do valor total da despesa e do valor do reembolso. Os pedidos podem ser apresentados através dos meios digitais disponibilizados pelo Segurador.

3. A Pessoa Segura obriga-se a recorrer atempadamente a assistência médica e a seguir os tratamentos prescritos, sob pena de cessar ou ser reduzida a responsabilidade do Segurador.

4. O Tomador do Seguro e a Pessoa Segura respondem nos termos legais por perdas e danos, nos casos de fraude, simulação e falsidade para justificar despesas de saúde ou em qualquer outro uso de meios dolosos que visem uma utilização abusiva do contrato para obter um benefício ilegítimo.

5. Impende sobre a Pessoa Segura o ónus da prova da veracidade das declarações, podendo o Segurador exigir-lhe os meios de prova adequados e que estejam ao seu alcance.

6. Em caso de extravio do Cartão ok! saúde, a Pessoa Segura ou o Tomador do Seguro, devem comunicá-lo ao Segurador através do Apoio ao Cliente, no prazo máximo de 48 horas, a fim de o Cartão ser anulado e de se emitir um novo.

CLÁUSULA 19ª – CAPITAIS SEGUROS, FRANQUIAS E COPAGAMENTOS

- 1. Os capitais garantidos ou limites de utilização, assim como as Franquias e Copagamentos contratados, constam da Apólice e vigoram em cada anuidade do contrato.**
- 2. Para cálculo dos capitais referidos no n.º 1 consideram-se todas as despesas suportadas pelo Segurador, nas modalidades previstas na Apólice.**
- 3. O Segurador garante o pagamento das despesas efetuadas em moeda Euro, até ao limite contratado, em cada período de vigência do contrato.**
- 4. Salvo convenção em contrário, expressa Apólice, nas situações de acerto de vencimento, os valores garantidos são proporcionais ao tempo em risco.**

CLÁUSULA 20ª – COEXISTÊNCIA DE CONTRATOS

Existindo à data do Sinistro mais do que um contrato de seguro garantindo os mesmos riscos, assiste à Pessoa Segura, nos termos previstos na Lei, o direito de escolher o contrato que pretenda acionar.

CLÁUSULA 21ª – SUB-ROGAÇÃO

- 1. Uma vez paga a despesa, o Segurador fica sub-rogado em todos os direitos da Pessoa Segura contra terceiro responsável pelos prejuízos, com o limite do valor da mesma.**
- 2. A Pessoa Segura obriga-se a assegurar os meios necessários para o exercício dos direitos referidos no n.º 1 e responderá por perdas e danos por qualquer ato ou omissão voluntária que possa impedir ou prejudicar o exercício desses direitos.**

CLÁUSULA 22ª – EFICÁCIA EM RELAÇÃO A TERCEIROS

As exceções, invalidades e demais disposições que, de acordo com o contrato ou com a Lei, sejam invocáveis face ao Tomador do Seguro ou à Pessoa Segura, sê-lo-ão igualmente em relação a Terceiros que dele beneficiem.

CLÁUSULA 23ª – COMPENSAÇÃO DE CRÉDITOS

No ato de pagamento de qualquer importância ao abrigo deste contrato, o Segurador, sempre que a Lei o permita, poderá proceder ao desconto de quaisquer quantias que lhe sejam devidas pelo Tomador do Seguro ou pela Pessoa Segura.

CLÁUSULA 24ª – COMUNICAÇÕES E NOTIFICAÇÕES

1. As comunicações e notificações do Tomador do Seguro e da Pessoa Segura, previstas nesta Apólice, consideram-se válidas e plenamente eficazes caso sejam efetuadas por escrito para a sede social ou endereço de correio eletrónico do Segurador ou ainda por outro meio do qual fique registo duradouro.

2. A alteração de morada ou de sede, do Tomador do Seguro, do Titular ou da Pessoa Segura, deve ser comunicada ao Segurador nos 30 dias subsequentes à data em que se verifique, sob pena das comunicações ou notificações que o Segurador venha a efetuar para a morada desatualizada se considerarem válidas e eficazes.

3. As comunicações e notificações do Segurador, previstas nesta Apólice, consideram-se válidas e plenamente eficazes caso sejam efetuadas por escrito ou por outro meio do qual fique registo duradouro, para a última morada constante do contrato ou para o endereço de correio eletrónico do Tomador do Seguro, do Titular ou da Pessoa Segura.

CLÁUSULA 25ª – LEI APLICÁVEL

A Lei aplicável ao contrato é a portuguesa.

CLÁUSULA 26ª – RECLAMAÇÕES

A apresentação de qualquer reclamação, relacionada com o contrato ou com as obrigações e direitos dele decorrentes, pode ser efetuada diretamente ao Segurador ou através da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões, autoridade de supervisão da atividade seguradora e resseguradora.

CLÁUSULA 27ª – 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 respectiva Lei em vigor.
2. O foro competente para dirimir qualquer litígio emergente deste contrato é o fixado na lei civil.

DISPOSIÇÕES COMUNS

Na parte aqui não especificamente regulamentada, aplicam-se às Condições Especiais as disposições constantes das Condições Gerais do Seguro de Saúde.

001. MEDICINA ONLINE

1. O QUE ESTÁ SEGURO

A cobertura garante apoio e aconselhamento remoto de médicos ou de outros profissionais de saúde. Este apoio e aconselhamento poderá ser realizado, conforme opção da Pessoa Segura e dependendo da disponibilidade:

- **por telefone;**
- **por correio eletrónico;**
- **através de aplicação móvel (app);**
- **através de outro meio previsto em ok.pt**

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 serviço 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 a avaliação por Médico de Medicina Geral e Familiar. Se houver referência para consulta de especialidade disponível nos serviços de telemedicina, a Pessoa Segura poderá, posteriormente, ser contactada pelo Médico especialista.

A Pessoa Segura poderá fazer o envio de imagens e de exames para que os Médicos possam avaliar melhor a situação clínica.

b) Videoconsulta

Este serviço visa disponibilizar à Pessoa Segura, através de uma aplicação móvel (APP), a possibilidade de:

- Agendar previamente, com escolha de dia e hora, um contacto com um Médico, por meio remoto (vídeo);
- Fazer o envio (upload) de imagens e de exames para que o Médico possa estudar, antes da videoconsulta, a situação clínica;
- Ser contactada por um Médico por meio remoto (vídeo) na data/hora agendada e obter apoio e aconselhamento clínico para adoção de medidas que visem a melhoria da sua saúde.

c) Segunda Opinião

O serviço de Segunda Opinião permite, em caso de Doença diagnosticada da Pessoa Segura, ter acesso à opinião de especialistas Médicos. Com este serviço a Pessoa Segura obterá, num breve período, um relatório escrito que inclui a opinião de um ou vários especialistas, com base na informação médica facultada, a qual é imprescindível para solicitar o serviço.

d) Outros serviços identificados em ok.pt

2. O QUE NÃO ESTÁ SEGURO:

Para além das exclusões previstas na Cláusula 4.ª das Condições Gerais, também não estão garantidos:

- a) Eventuais danos por atrasos ou dificuldades no acesso a este serviço, em consequência de anomalias nas redes de telecomunicações;**
- b) Eventuais consequências de atraso ou negligência imputáveis à Pessoa Segura bem como as consequências de informação deficiente, incorreta ou inexata por ela prestada ou por terceiros sob as suas instruções;**
- c) Eventuais consequências do não cumprimento, por parte da Pessoa Segura, das indicações fornecidas através do serviço.**

002. ASSISTÊNCIAS OK!

1. O QUE ESTÁ SEGURO

A cobertura garante, sempre que o estado de saúde da Pessoa Segura justifique, confirmado através do Serviço de Assistência, e nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares ou no Certificado de Seguro, o direito a beneficiar de assistência a realizar no domicílio da Pessoa Segura.

Os serviços que integram a presente cobertura são os seguintes:

a) Assistência Médica Domiciliária

O Segurador disponibiliza o serviço de assistência médica a realizar no domicílio da Pessoa Segura.

b) Enfermagem ao Domicílio

O Segurador disponibiliza, em caso de internamento da Pessoa Segura por período superior a 2 dias, o acesso a serviços de enfermagem ao domicílio para a realização de qualquer ato de enfermagem.

c) Fisioterapia ao Domicílio

O Segurador disponibiliza, em consequência de Acidente da Pessoa Segura, o acesso a serviços de fisioterapia ao domicílio para a realização de tratamentos prescritos pelo Médico assistente.

d) Envio de Medicamentos ao Domicílio

Se, na sequência do acionamento de Assistência Médica Domiciliária, o Médico prescrever à Pessoa Segura o acamamento desta, bem como medicação específica para o quadro clínico observado, o Segurador garante o envio dos respetivos medicamentos ao domicílio assumindo os custos de transporte, ficando a cargo da Pessoa Segura o custo dos referidos medicamentos.

2. COMO PEDIR ASSISTÊNCIA

A assistência tem de ser pedida através do Apoio ao Cliente.

003. CONSULTAS

1. O QUE ESTÁ SEGURO

1. A cobertura garante, nos termos e limites fixados na Apólice:

- a) O número de consultas médicas, conforme definido nas Condições Particulares ou Certificado de Seguro.**
- b) Para os restantes atos de Ambulatório, o Acesso à Rede.**
- c) O Acesso à Rede para consultas, uma vez esgotado o número de consultas médicas previsto nas Condições Particulares ou Certificado de Seguro.**

2. O QUE NÃO ESTÁ SEGURO

Para além das exclusões previstas na Cláusula 4.ª das Condições Gerais, também não estão garantidas as despesas com consultas domiciliárias.

3. MODALIDADE DE UTILIZAÇÃO

A utilização desta cobertura é exclusiva na modalidade de Prestação na Rede para as consultas e em Acesso à Rede nas condições referidas nas alíneas b) e c) no ponto 1.

É necessária autorização prévia para consultas de genética. O Segurador poderá vir a definir como carecendo de autorização outras consultas que indicará, em cada momento, no seu sítio da Internet.

004. EXAMES E TRATAMENTOS

1. O QUE ESTÁ SEGURO

1. A cobertura garante, nos termos e limites fixados nas Condições Particulares ou Certificado de Seguro, o pagamento de despesas efetuadas com os atos de diagnóstico ou terapêutica, que não requeiram os meios e serviços específicos de Ambiente Hospitalar, mesmo que nele sejam realizados, nomeadamente:

- a) Honorários médicos e de enfermagem relativos a atos médicos, incluindo a Pequena Cirurgia, excluindo os honorários de consultas médicas;**
- b) Materiais e produtos associados aos atos médicos;**
- c) Meios complementares de diagnóstico e terapêutica;**
- d) Tratamentos de Medicina Física e de Reabilitação, incluindo terapia da fala, desde que prescritos por Médico.**

2. Esgotado o capital seguro previsto nas Condições Particulares ou no Certificado Individual de Seguro, a cobertura passa a funcionar em regime de Acesso à Rede.

3. Para os honorários de consultas médicas a cobertura funciona na modalidade de Acesso à Rede.

2. O QUE NÃO ESTÁ SEGURO

Para além das exclusões previstas na Cláusula 4.ª das Condições Gerais, também não estão garantidas despesas com:

- a) Despesas decorrentes de cirurgia realizada em Ambiente Hospitalar, conforme definido na Condição Especial “Internamento Hospitalar”;**
- b) Consultas, tratamentos, cirurgia e Próteses e Ortóteses do foro estomatológico ou de Medicina Dentária;**
- c) Exercícios de Ortóptica, exceto se prescritos por Médico oftalmologista;**
- d) Próteses e Ortóteses;**
- e) Medicamentos.**

3. MODALIDADE DE UTILIZAÇÃO

As modalidades de utilização (Prestação na Rede ou Prestação por Reembolso) estão definidas na Apólice. A utilização para os honorários de consultas médicas é exclusiva na modalidade de Acesso à Rede.

A utilização em Rede necessita de autorização prévia, nomeadamente, nos seguintes casos:

a) Meios complementares de diagnóstico e terapêutica:

- i. Serviços especiais de Neurofisiologia;**
- ii. Exames auxiliares de diagnóstico de genética;**
- iii. Meios invasivos de diagnóstico ou terapêutica.**

b) Tratamentos:

- i. Tratamentos cirúrgicos em Ambulatório;**
- ii. Medicina Física e de Reabilitação;**

c) Quaisquer outros atos complementares de diagnóstico e terapêutica ou tratamentos definidos em ok.pt como necessitando de autorização prévia.

005. INTERNAMENTO HOSPITALAR

1. O QUE ESTÁ SEGURO

1. A cobertura garante, nos termos e limites fixados nas Condições Particulares ou Certificado de Seguro, o pagamento de despesas relativas a atos de diagnóstico ou terapêutica, incluindo cirurgias, cuja realização requeira os meios e serviços específicos de Ambiente Hospitalar, nomeadamente:

- a) Acomodação e utilização das infraestruturas necessárias à realização dos atos médicos (diárias, bloco operatório, recobro, unidade de cuidados intensivos e equipamentos), ainda que realizadas em regime de admissão e alta no mesmo dia (Cirurgia em Ambiente Hospitalar Sem Internamento);**
- b) Honorários médicos e de enfermagem, relacionados com a assistência prestada;**
- c) Medicamentos, materiais e todos os produtos associados aos cuidados prestados;**
- d) Meios complementares de diagnóstico e terapêutica, associados aos atos médicos realizados;**
- e) Material de osteossíntese e Próteses intracirúrgicas;**

- f) Cirurgia maxilofacial, com exceção da Cirurgia em Ambiente Hospitalar Sem Internamento;**
- g) Tratamentos de Quimioterapia e Radioterapia, ainda que realizadas em Ambulatório.**

2. Esgotado o capital seguro previsto nas Condições Particulares ou no Certificado Individual de Seguro, a cobertura passa a funcionar em regime de Acesso à Rede.

3. A presente Condição Especial garante ainda, o pagamento das despesas relativas a dormida, efetuadas por um acompanhante da Pessoa Segura em Internamento Hospitalar de menores até aos catorze anos de idade ou de cidadãos portadores de deficiência congénita ou adquirida. Esta garantia tem como limite máximo três dormidas, por Sinistro e por anuidade.

2. O QUE NÃO ESTÁ SEGURO

Para além das exclusões previstas na Cláusula 4.ª das Condições Gerais, não estão garantidas despesas:

- a) Com Pequena Cirurgia, ainda que realizadas em Unidade Hospitalar e qualquer que seja o período de permanência;**
- b) Com estadia de acompanhantes da Pessoa Segura, exceto em caso de internamento hospitalar de menores até aos catorze anos de idade ou de cidadãos portadores de deficiência congénita ou adquirida;**
- c) Decorrentes de Parto Normal, Cesariana e Interrupção Involuntária da Gravidez;**
- d) Com os atos clínicos referidos na alínea f) do n.º 1 que possam ser executados sob anestesia loco-regional/local, ainda que sejam executados sob anestesia geral, nomeadamente dentisteria, endodontia, cirurgia oral, periodontologia, implantologia, prostodontia e ortodontia;**
- e) Com a interrupção voluntária da gravidez por mera opção da mulher, sem outra causa de exclusão da ilicitude, prevista na alínea e) do n.º 1 do artigo 142.º do Código Penal ou disposição legal que a substitua;**

f) De natureza particular (por exemplo alimentação não incluída na diária de internamento e despesas com telecomunicações).

3. MODALIDADE DE UTILIZAÇÃO

As modalidades de utilização (Rede ou Reembolso) estão definidas na Apólice. **A utilização em Rede necessita sempre de autorização prévia.**

Se o médico não pertencer à Rede Multicare, todas as despesas garantidas serão consideradas na modalidade de Prestação por Reembolso, ainda que ocorram em Unidade de Saúde da Rede Multicare.

O reembolso de despesas relativas a honorários médicos é limitado ao valor de Coeficiente K indicado na Apólice.

006. ACESSO À REDE DE ESTOMATOLOGIA E MEDICINA DENTÁRIA

1. O QUE ESTÁ GARANTIDO

Nos termos e limites fixados nas Condições Particulares ou Certificado de Seguro, está garantido o Acesso à Rede para atos de diagnóstico ou terapêutica de Estomatologia e Medicina Dentária, suportando a Pessoa Segura a totalidade do respetivo custo (Preços Convencionados), nomeadamente:

- a) Honorários médicos;**
- b) Meios complementares de diagnóstico e terapêutica;**
- c) Próteses estomatológicas;**
- d) Ortodontia;**
- e) Materiais e todos os produtos associados aos atos médicos realizados.**

2. O QUE NÃO ESTÁ GARANTIDO

Não são aplicáveis as exclusões constantes da Cláusula 4ª das Condições Gerais.

3. MODALIDADE DE UTILIZAÇÃO

A cobertura só pode ser utilizada na modalidade de Acesso à Rede. **Alguns atos médicos, definidos pelo Segurador em ok.pt, necessitam de autorização prévia.**

007. ACESSO À REDE DE ÓTICAS

1. O QUE ESTÁ GARANTIDO

Nos termos e limites fixados nas Condições Particulares ou Certificado de Seguro, está garantido o Acesso à Rede de Óticas, suportando a Pessoa Segura a totalidade dos custos (Preços Convencionados) dos Aros e Lentes.

2. O QUE ESTÁ NÃO GARANTIDO

Não são aplicáveis as exclusões constantes da Cláusula 4ª das Condições Gerais.

3. MODALIDADE DE UTILIZAÇÃO

A cobertura só pode ser utilizada na modalidade de Acesso à Rede.



ok.pt

Via Directa - Companhia de Seguros, S.A. | NIPC e Matrícula 504 011 944, na CRC Lisboa
Sede: Av. José Malhoa, 13-4º, 1099-006 Lisboa - Portugal | Capital Social: € 23 000 000