



Seguro de Saúde

Informações Pré-Contratuais

Mediador: MDS – Corretor de Seguros, S.A., com sede na Av. da Boavista, 1277/81 - 2º 4100-130 Porto, inscrito na ASF - Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões, sob o n.º 607095560, como Corretor de Seguros, desde 27/01/2007, registo que pode ser comprovado no site www.asf.com.pt, estando autorizado a exercer a sua atividade em seguros dos ramos Vida e Não Vida.

Segurador da Apólice: Via Directa - Companhia de Seguros, S.A., com sede na Avenida José Malhoa, n.º 13 – 4º, 1099-006 em Lisboa, e com o capital social de € 23.000.000, Pessoa Coletiva 504 011 944, matriculada sob este mesmo número na Conservatória do Registo Comercial de Lisboa.

LINHA DE APOIO A CLIENTES
707 200 710 | +351 217 912 860
Dias úteis das 9H00 ÀS 22H00

LINHA DE ASSISTÊNCIA +351 217 912 860
Todos os dias, 24h por dia

www.seguroscontinente.pt

Email: cliente@seguroscontinente.pt | FAX: +351 217 99 19 22

Relativamente à Seguros Continente

1. A Seguros Continente é uma marca da Modelo Continente Hipermercados, S.A., utilizada pela MDS - Corretor de Seguros, S.A. com a sua sede na Av. da Boavista, 1277/81 - 2º, 4100-130 Porto e inscrita como corretor de seguros junto da ASF - Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões desde 27/01/2007, registo esse confirmável em www.asf.com.pt.

2. Nos termos do Artigo 31º do Regime Jurídico da Distribuição de Seguros e Resseguros, aprovado pela Lei n.º 7/2019, de 16 de janeiro, a MDS - Corretor de Seguros, S.A., com sede na Av. da Boavista 1277/81, 2º, 4100-130 Porto, matriculada na CRC do Porto sob o nº 501 469 460 e com o Capital Social 1.000.000,00 €, mediador inscrito desde 27/01/2007 na categoria de Corretor de Seguros junto da ASF - Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões sob o nº 607095560/3, verificável em www.asf.com.pt, com autorização para exercer atividade nos Ramos Vida e Não-Vida, informa que:

- a) Enquanto Corretor de Seguros, exerce a atividade de forma independente relativamente aos Seguradores, realizando uma análise imparcial de um número suficiente de contratos de seguro disponíveis no mercado que lhe permita fazer uma recomendação, de acordo com critérios profissionais, quanto ao contrato de seguro mais adequado às necessidades do Cliente;
- b) Não tem qualquer participação nem é detida, direta ou indiretamente, em ou por qualquer Segurador;
- c) Está autorizada a receber prémios para serem entregues aos Seguradores e a celebrar contratos em nome e por conta destes, mediante acordos entre as partes;
- d) A sua intervenção não se esgota com a celebração do contrato de seguro, envolvendo a prestação de assistência ao longo do período de vigência do mesmo;
- e) A sua remuneração pelos serviços prestados, salvo expressa convenção em contrário, é feita sob a forma de comissão paga pelos Seguradores, integrante dos prémios de seguro, sendo fornecida informação sobre a mesma quando solicitada;
- f) Sem prejuízo do recurso aos mecanismos judiciais e extrajudiciais de resolução de litígios, assiste o direito aos tomadores de seguros ou outras partes interessadas a apresentarem reclamações junto da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões, no Livro de Reclamações do Corretor ou através do e-mail mds.qualidade@mdsinsure.com; via telefone 707 200 710 ou para a seguinte morada: Seguros Continente, Remessa Livre nº 5049, E.C. Sete Rios, 1081-962 Lisboa
- g) Não assume, nos termos legais, a cobertura dos riscos, os quais são garantidos exclusivamente pelos Seguradores onde os mesmos são colocados.

3. Adicionalmente, a MDS informa que:

- a) Não assume, nos termos legais, a cobertura dos riscos, os quais são garantidos exclusivamente pelos Seguradores onde os mesmos são colocados;
- b) É da responsabilidade do Cliente o fornecimento de informação exata e completa, bem como da correta resposta às questões formuladas na proposta de seguro, sendo que a sua ausência ou inexatidão poderão invalidar total ou parcialmente a cobertura do risco ou impedir o Corretor de aconselhar o produto mais adequado;
- c) O Cliente assume a inteira responsabilidade pela solução escolhida no que respeita a coberturas, exclusões, franquias e capitais quando diferentes dos aconselhados pelo Corretor;
- d) Sem prejuízo das suas obrigações de informação enquanto Corretor, o Cliente deverá ler atentamente todas as condições do contrato de seguro que vier a celebrar.

4. Informação ao Consumidor

Em caso de litígio de consumo, o consumidor pode recorrer à seguinte entidade de resolução alternativa de litígios de consumo: Centro de Informação, Mediação, Provedoria e Arbitragem de Seguros, Av. Fontes Pereira de Melo nº11, 9º esq. - 1050-115 Lisboa, Tel.: 213 827 700, E-mail: geral@cimpas.pt ou Rua Infante D. Henrique nº 73, 1º Piso - 4050-297 Porto Tel.: 226 069 910 E-mail: cimpasnorte@cimpas.pt, Web: <http://www.cimpas.pt>.

Para atualizações e mais informações, consulte o Portal do Consumidor em www.consumidor.pt (ao abrigo do artº 18º do Decreto-Lei nº 144/2015, de 8 de Setembro).

5. Política de registo de dados pessoais dos Clientes

Todos os dados pessoais disponibilizados por Clientes serão processados e armazenados informaticamente pela MDS - Corretor de Seguros, S.A. sob regime de absoluta confidencialidade. O Tomador do Seguro pode ter acesso aos dados fornecidos, solicitando a sua correção e/ou alteração mediante contacto direto ou por escrito junto da MDS - Corretor de Seguros, S.A..

SEGURO DE SAÚDE - CONTRATO À DISTÂNCIA

Relativamente ao Segurador

A - SEGURADOR

Via Directa - Companhia de Seguros, S.A., ("Segurador") é uma empresa de seguros registada junto da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões, sob o número 1142, podendo os seus dados de registo ser pesquisados em www.asf.com.pt.

O Segurador não dá aconselhamento para os efeitos previstos no regime jurídico da distribuição de seguros e de resseguros, sem prejuízo de prestar as informações contratuais e pré-contratuais legalmente obrigatórias e os esclarecimentos que lhe sejam solicitados para que o potencial cliente tome uma decisão informada.

A comercialização deste produto pelos trabalhadores do Segurador não origina qualquer remuneração direta aos mesmos, mas poderá refletir-se, de uma forma global, no prémio de produtividade anual.

B – PRODUTO

Saúde Continente - Seguro de Saúde

C - COBERTURAS

1. O contrato garante à Pessoa Segura, em caso de sinistro ocorrido durante a sua vigência, um conjunto de coberturas no domínio dos cuidados de saúde que pode integrar prestações na rede, prestações por reembolso, acesso à rede e serviços de assistência.

2. O contrato de seguro pode garantir, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Especiais e Particulares, as seguintes coberturas desde que contratadas:

- 701 Internamento Hospitalar;
- 703 Apoio Familiar no Internamento Hospitalar;
- 704 Transporte de Urgência;
- 705 Assistência Telefónica em Caso de Urgência;
- 706 Cirurgia de Ambulatório em Ambiente Hospitalar;
- 707 Parto Normal, Cesariana e Interrupção Involuntária da Gravidez;
- 709 Ambulatório;
- 710 Consultas;
- 711 Acesso à Rede de Ambulatório;
- 713 Assistência Médica Domiciliária;
- 714 Assistência Clínica em Viagem;
- 715 Estomatologia;
- 722 Extensão ao Estrangeiro;
- 724 Confirmação de Diagnóstico;
- 725 Medicina Preventiva;
- 726 Proteção ao Pagamento de Prémios de Seguro;

3. As Coberturas acima indicadas são comercializadas em planos fechados, de acordo com o seguinte quadro:

Coberturas	Essencial	Conforto	Completo	Top
Internamento Hospitalar	50.000€	75.000€	50.000€	50.000€
Cirurgia Ambulatório em Ambiente Hospitalar (1)	–	–	2.500€	2.500€
Parto Normal, Cesariana, Interrupção Involuntária da Gravidez	–	–	√	√
Apoio Familiar no Internamento Hospitalar	√	√	√	√
Consultas (2)	–	8 consultas	–	–
Acesso à Rede de Ambulatório	–	√	–	–
Ambulatório	–	–	2.500€	2.500€
Medicina Física e de Reabilitação /Terapia da Fala	–	–	250€	250€
Estomatologia	–	–	–	250€
Confirmação de diagnóstico	√	√	√	√
Extensão ao Estrangeiro	√	√	√	√
Proteção Pagamento Prémios de Seguro (3)	√	√	√	√
Transporte de Urgência	√	√	√	√
Assistência Clínica em Viagem	–	√	√	√
Assistência Médica Domiciliária	–	√	√	√
Assistência Telefónica em Caso de Urgência	√	√	√	√
Medicina Preventiva	√	√	√	√

(0) - Cobertura Facultativa

√ - Cobertura Incluída

– - Cobertura Não incluída

(1) Capital incluído em Internamento Hospitalar. Apenas Válido quando subscrita a cobertura de Ambulatório.

(2) Permite a realização de 8 consultas de ambulatório na rede Médica, mediante o copagamento de 15€ /consulta

(3) Garante o pagamento do prémio da apólice ao Segurador, por um período máximo de 6 meses, em caso de desemprego involuntário, internamento hospitalar, morte e invalidez absoluta e definitiva.

4. As coberturas efetivamente contratadas constam das Condições Particulares e no Certificado Individual de Saúde.

5. O contrato não garante quaisquer despesas médicas ou medicamentosas reclamadas pelo Serviço Nacional de Saúde ou por outro qualquer seguro ou subsistema de saúde de que a Pessoa Segura seja beneficiária.

6. Sem prejuízo do disposto no número anterior, e desde que acordado e mencionado na Apólice, poderá ser garantido o reembolso das seguintes despesas médicas ou de medicamentos:

a) Taxas moderadoras;

b) Parte remanescente e não comparticipada pelas entidades referidas no número 5, não podendo, em caso algum, este valor ser superior ao montante global da despesa incorrida, ou a incorrer, pela Pessoa Segura.

7. A este contrato aplicam-se as seguintes franquias (valor, percentagem ou número de dias a cargo do Tomador do Seguro e/ou da Pessoa Segura) e copagamentos:

Cobertura (*)	Rede Médica	Fora da Rede
Internamento Hospitalar	250 €	50%, com valor máximo de K de 6,75€ ⁽¹⁾⁽²⁾
Cirurgia Ambulatório em Ambiente Hospitalar	150 €	50%, com valor máximo de K de 6,75€ ⁽¹⁾⁽²⁾
Parto Normal, Cesariana e Interrupção Involuntária da Gravidez	500 €	50%, com valor máximo de K de 6,75€ ⁽¹⁾⁽²⁾
Ambulatório	(ver abaixo quadro copagamentos Ambulatório)	50%
Franquia Anual por Pessoa Segura (em reembolso)	–	50 €
Estomatologia	30%	50% ⁽¹⁾
Franquia Anual por Pessoa Segura (em reembolso)		50 €
Extensão ao Estrangeiro	–	50%
Proteção Pagamento Prémios de Seguro	Franquias Relativas	
Desemprego Involuntário	30 dias	
Hospitalização	4 dias	

(*) Às coberturas que não constam no quadro acima não se aplicam franquias ou copagamentos

⁽¹⁾ Atos que carecem de ambiente hospitalar: se o médico não pertencer à rede Multicare, todas as despesas garantidas por estas coberturas, serão consideradas em regime de prestações por reembolso, ainda que ocorram em unidade de saúde da rede Multicare

⁽²⁾ Os honorários médicos ficam limitados ao valor máximo de K de 6,75€

Copagamentos Ambulatório na Rede Médica	
Consultas	
Consultório	15€
Domiciliárias	25€
Serviço de Atendimento Permanente	40€
Psiquiatria (6 consultas por ano)	15€
Exames Auxiliares de Diagnóstico (EADs)	
Análises Clínicas	10% (mín. 1,50€)
Anatomia Patológica	7,50€
Raio X	7,50€
Ecografia	12,50€
TAC	27,50€
Ressonância Magnética	65€
Outros EADs	10%
Tratamentos	
Terapia da fala	15€
Medicina Física e de Reabilitação	50%
Outros Tratamentos	10%

Funcionam exclusivamente em regime de Prestação na Rede:

- Internamento em Unidades Hospitalares, nas coberturas 701-Internamento Hospitalar, 706-Cirurgia de Ambulatório em Ambiente Hospitalar e 707-Parto Normal, Cesariana e Interrupção Involuntária da Gravidez;

- Consultas;
- Transporte de Urgência;
- Assistência Telefónica em Caso de Urgência;
- Apoio Familiar no Internamento Hospitalar
- Assistência Médica Domiciliária;
- Assistência Clínica em Viagem;
- Confirmação de Diagnóstico;
- Medicina Preventiva;

Funciona exclusivamente em regime de Prestação por Reembolso (fora da rede):

- Extensão ao Estrangeiro.

Funcionam exclusivamente em Acesso à Rede:

- Acesso à Rede de Ambulatório;

Todos os restantes Serviços funcionam em regime de Prestação na Rede e em regime de Prestação por Reembolso (fora da rede), conforme opção do Cliente e de acordo com as Coberturas e Garantias disponíveis.

D - EXCLUSÕES APLICÁVEIS A TODAS AS COBERTURAS

Salvo convenção expressa em contrário, constante das Condições Particulares ou das Condições Especiais efetivamente contratadas, ficam excluídas do âmbito da cobertura do seguro as despesas decorrentes de:

1. Atos realizados ou prescritos por Médicos e outros profissionais de saúde que sejam cônjuge, pais, filhos ou irmãos da Pessoa Segura;
2. Consequências de atraso injustificado ou negligência imputáveis ao prestador de cuidados de saúde ou à Pessoa Segura no recurso a assistência médica, ou da recusa ou inobservância de tratamentos que lhe tenham sido prescritos;
3. Consultas ou exames médicos que sejam necessários para a emissão de atestados, declarações, certificados ou informação de qualquer tipo de documento que não tenha fins assistenciais ou terapêuticos;
4. Assistência hospitalar por razões de carácter meramente social;
5. Correção de doenças ou malformações congénitas, exceto para recém-nascidos cuja pré-adesão for efetuada nos termos da alínea a) do n.º2 do Artigo 6º das Condições Gerais;
6. Doenças, lesões ou deformações preexistentes à data da celebração do contrato do seguro;
7. Utilização abusiva de medicamentos;
8. Alcoolismo e doenças resultantes do consumo de bebidas alcoólicas;
9. Utilização de estupefacientes e narcóticos quando não prescritos por médico;
10. Tratamentos relacionados com a toxicod dependência;
11. Patologias ou tratamentos relacionados, direta ou indiretamente, com infeção por vírus de imunodeficiência humana (HIV);
12. Tratamentos relacionados, direta ou indiretamente, com infeção por vírus da hepatite, excetuando os resultantes da hepatite A;
13. Acidentes ou doenças provenientes de tentativa de suicídio ou automutilação, de participação em apostas ou desafios, intervenção em duelos e rixas ou da prática de atos dolosos ou gravemente culposos ou ilícitos por parte da Pessoa Segura;
14. Perturbações do foro da saúde mental, consequentes ou não de outra doença que careça de internamento, sessões de psicologia, psicanálise, psicoterapia, hipnose e terapia do sono.
15. Disfunções sexuais, exceto em consequência de doença garantida pela apólice;
16. Tratamentos e/ou cirurgia para mudança de sexo;
17. Infertilidade e atos médicos praticados no âmbito da reprodução medicamente assistida nomeada, mas não exclusivamente, consultas, testes, tratamentos de infertilidade, métodos de fecundação artificial, fertilização in vitro ou procedimentos de transferência embrionária, bem como as consequências da aplicação dos mesmos;
18. Métodos anticoncepcionais e de planeamento familiar bem como despesas efetuadas para reverter os efeitos de uma cirurgia de esterilização voluntariamente realizada;
19. Interrupção voluntária da gravidez, incluindo situações clínicas dela decorrentes;
20. Tratamentos e/ou cirurgia de regularização do peso;

21. Tratamentos ou cirurgias do foro estético, plástico ou reconstrutivo, desde que não tenham origem em acidente coberto pelo seguro ou não decorram de doença manifestada durante a vigência do contrato que os justifiquem;
22. Tratamentos de hemodiálise crónica;
23. Tratamentos cirúrgicos ou laser para correção de erros de refração da visão, nomeadamente em caso de miopia, astigmatismo e hipermetropia;
24. Intervenções cirúrgicas para correção da roncopatia, exceto em caso de apneia;
25. Transplantes e implantes incluindo todos os atos clínicos, atos laboratoriais e materiais necessários;
26. Consultas e tratamentos em áreas não reconhecidas pela Ordem dos Médicos, assim como em áreas não enquadradas na Legislação sobre Terapêuticas Não Convencionais;
27. Tratamentos experimentais ou que necessitem de comprovação médica;
28. Acidentes e doenças com cobertura em seguros obrigatórios;
29. Acidentes de trabalho, acidentes em serviço e doenças profissionais;
30. Doenças infetocontagiosas, quando em situação de epidemia declarada pelas autoridades competentes;
31. Doenças ou sequelas resultantes de radioatividade não terapêutica, incluindo as consequências de utilização de armas bacteriológicas e/ou de agentes químicos;
32. Acidentes emergentes de:
 - a. Participação em competições desportivas e respetivos treinos, quer como profissional quer como amador;
 - b. Prática de desportos terrestres motorizados; BTT; Artes marciais, luta e boxe; Paraquedismo, incluindo a prática de queda livre, parapente e asa delta; Saltos ou saltos invertidos com mecanismo de suspensão corporal (bungee jumping); Tauromaquia e largadas de touros ou reses; Caça de animais ferozes ou que reconhecidamente sejam considerados perigosos; Hipismo; Moto náutica e esqui aquático; Desportos náuticos praticados sobre prancha; Descida de torrentes ou correntes originadas por desníveis nos cursos de água; Mergulho; Caça submarina; Desportos praticados sobre a neve e o gelo; Alpinismo e escalada; "slide" e "rappel"; espeleologia;
 - c. Cataclismos da natureza, atos de guerra, declarada ou não, de terrorismo, de sabotagem e de perturbações da ordem pública;
33. Tratamentos de enfermagem privados e/ou prestados no domicílio, bem como a realização domiciliária de quaisquer exames ou tratamentos (incluindo a fisioterapia);
34. Tratamentos termais e estadias em termas, sanatórios, lares, residências assistidas, casas de repouso, convalescença e cuidados continuados, centros de tratamento de toxicodependência e/ou alcoolismo e outros estabelecimentos similares;
35. Ginástica, natação, massagens e outros similares, ainda que prescritos pelo médico, exceto os que resultem de doença ou acidente enquadráveis nas garantias do contrato;
36. Despesas efetuadas por 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;
37. Despesas com deslocações e/ou alojamento;
38. Despesas com Serviços que não sejam clinicamente necessários.

E – PERÍODOS DE CARÊNCIA

Período que decorre entre a data de adesão da Pessoa Segura e a data em que podem ser acionadas determinadas coberturas do seguro.

O Período de Carência é contado a partir da data do início do seguro para cada Pessoa Segura.

Em caso de acidente ou doença súbita, que implique tratamento hospitalar urgente em regime de internamento ou ambulatório, não são aplicáveis os períodos de carência.

Por cobertura (*)	Dias
Internamento Hospitalar	180
Cirurgia de Ambulatório em Ambiente Hospitalar	180
Parto, Cesariana e Interrupção Involuntária da Gravidez	500
Ambulatório	60
Extensão ao Estrangeiro	Conforme a cobertura
Proteção ao Pagamento de Prémios de Seguro	30
Medicina Preventiva	365

(1) Aplicável em caso de Desemprego Involuntário e Hospitalização.

(*) Às coberturas que não constam no quadro acima não se aplicam períodos de carência.

Para além do período de carência acima indicados, , são ainda aplicáveis os seguintes períodos de carência por terapêutica de patologia:

- 180 dias: Excisão cirúrgica de lesões benignas na pele.
- 360 dias: Facoemulsificação, cirurgia de varizes, adenoidectomia com ou sem amigdalectomia e/ou miringotomia, artrotomia e/ou artroscopia, septoplastia e/ou microcirurgia endonasal, meniscectomia, extirpação de hérnia discal e laserterapia de lesões benignas da pele.

F – ÂMBITO DAS COBERTURAS

701 INTERNAMENTO HOSPITALAR

ÂMBITO

Esta cobertura garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, o pagamento de despesas efetuadas, adiante indicadas, com os atos de diagnóstico ou terapêutica, cuja realização requeira os meios e serviços específicos de ambiente hospitalar com internamento por período igual ou superior a 24 horas. Ainda que o internamento tenha duração inferior a 24 horas, está também garantido o pagamento das despesas acima referidas, quando decorrentes de cirurgia de ambulatório cuja valorização relativa seja igual ou superior a 100 K, de acordo com as valorizações estabelecidas pelo Código de Nomenclatura e Valor Relativo de Actos Médicos, publicado pela Ordem dos Médicos.

Ficam abrangidas por esta cobertura as despesas efetuadas com:

- a) Acomodação e utilização das infraestruturas necessárias para a realização dos atos médicos (diárias, bloco operatório, recobro, unidade de cuidados intensivos e equipamentos);
- b) Honorários médicos e de enfermagem, relacionados com a assistência prestada;
- c) Medicamentos, materiais e todos os produtos associados aos cuidados prestados;
- d) Exames auxiliares de diagnóstico, associados aos atos médicos realizados;

- e) Material de osteossíntese e próteses intracirúrgicas;
- f) Cirurgias de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilo-Facial que resultem de acidente e/ou doença coberto pelo contrato;
- g) Tratamentos de Quimioterapia Citostática e Radioterapia, ainda que realizadas em Ambulatório.

EXCLUSÕES ESPECÍFICAS (para além das aplicáveis a todas as coberturas)

Esta cobertura não garante despesas:

- a) Decorrentes da realização de pequena cirurgia, qualquer que seja o período de permanência na Unidade Hospitalar;
- b) Decorrentes de Parto Normal, Cesariana e Interrupção Involuntária da Gravidez;
- c) Efetuadas por 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;
- d) Despesas de natureza particular.

703 APOIO FAMILIAR NO INTERNAMENTO HOSPITALAR

ÂMBITO

Esta cobertura garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, o pagamento das despesas relativas a dormida, efetuadas por um acompanhante da Pessoa Segura em caso de Internamento Hospitalar de menores até aos catorze anos de idade ou de cidadãos portadores de deficiência congénita ou adquirida, garantido pela cobertura: "701 Internamento Hospitalar". Esta Garantia tem como limite máximo três dormidas, por sinistro e por anuidade.

704 TRANSPORTE DE URGÊNCIA

ÂMBITO

Esta cobertura confere à Pessoa Segura, sempre que o seu estado de saúde o justifique, o direito a:

- a) Transporte de urgência em ambulância até à unidade hospitalar mais próxima;
- b) Vigilância por parte de equipa médica do Segurador, em colaboração com o Médico Assistente da Pessoa Segura, para determinação das medidas convenientes ao melhor tratamento a seguir e do meio mais adequado a utilizar, numa eventual transferência para outra unidade hospitalar mais apropriada ou até ao seu domicílio;
- c) Transporte desde a unidade hospitalar em que se encontre internada para outra unidade hospitalar que lhe seja indicada, nos termos da alínea anterior;
- d) Transporte de regresso ao seu domicílio habitual, após alta médica.

705 ASSISTÊNCIA TELEFÓNICA EM CASO DE URGÊNCIA

ÂMBITO

Esta cobertura garante à Pessoa Segura a possibilidade de, em caso de urgência, contactar o serviço de apoio médico telefónico, através do Serviço de Apoio ao Cliente, que prestará apoio e aconselhamento tendo em vista a adoção de medidas que visem a melhoria da sua saúde, podendo acionar os meios de socorro disponíveis e indicados para tais situações.

O aconselhamento e apoio médico concedido ao abrigo desta cobertura, visa a identificação dos sintomas que a Pessoa Segura comunicar telefonicamente ao Serviço de Apoio ao Cliente, cabendo ao serviço de apoio médico sugerir a utilização dos meios mais adequados ao tipo de situação comunicada, com indicação da eventualidade de a mesma carecer de cuidados médicos 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.

EXCLUSÕES ESPECÍFICAS (Para além das aplicáveis a todas as coberturas e a todas as coberturas)

Esta cobertura não garante:

- a) Eventuais danos por atrasos ou dificuldades no acesso ao Serviço de Apoio ao Cliente, em consequência de anomalias nas redes de telecomunicações;
- b) Eventuais consequências de atraso ou negligência imputáveis à Pessoa Segura no recurso à assistência médica, 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 de Apoio ao Cliente.

706 CIRURGIA DE AMBULATÓRIO EM AMBIENTE HOSPITALAR

ÂMBITO

Esta cobertura garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, o pagamento de despesas, adiante indicadas, efetuadas com os atos de diagnóstico ou terapêutica, cuja realização requeira os meios e serviços específicos de ambiente hospitalar, quando decorrentes de atos médicos cuja valorização relativa seja inferior a 100 K, de acordo com as valorizações estabelecidas pelo Código de Nomenclatura e Valor Relativo de Actos Médicos, publicado pela Ordem dos Médicos.

Ficam abrangidas por esta cobertura as despesas efetuadas com:

- a) Acomodação e utilização das infraestruturas necessárias para a realização dos atos médicos (diárias, bloco operatório, recobro e equipamentos);
- b) Honorários médicos e de enfermagem, relacionados com a assistência prestada;
- c) Medicamentos, materiais e todos os produtos associados aos cuidados prestados;
- d) Exames auxiliares de diagnóstico, associados aos referidos atos médicos;
- e) Material de osteossíntese e próteses intracirúrgicas.

EXCLUSÕES ESPECÍFICAS (Para além das aplicáveis a todas as coberturas e a todas as coberturas)

Esta cobertura não garante despesas de natureza particular.

707 PARTO NORMAL, CESARIANA E INTERRUPÇÃO INVOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ

ÂMBITO

Esta cobertura garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, o pagamento das despesas efetuadas com os atos de diagnóstico ou terapêutica, inerentes a Parto Normal, Cesariana e Interrupção Involuntária da Gravidez, que requeiram os meios e serviços específicos de ambiente hospitalar.

Ficam abrangidas por esta cobertura as despesas efetuadas com:

- a) Acomodação e utilização das infraestruturas necessárias para a realização dos atos médicos (diárias, bloco operatório, recobro e equipamentos);

- b) Honorários médicos e de enfermagem relacionados com a assistência prestada;
- c) Materiais e todos os produtos associados aos cuidados prestados;
- d) Exames auxiliares de diagnóstico da Pessoa Segura efetuados durante o período de internamento;
- e) Medicamentos ministrados à Pessoa Segura durante o internamento hospitalar.

As despesas necessárias para com o recém-nascido, após alta da mãe, só ficam garantidas se o Tomador do Seguro solicitar ao Segurador a pré-adesão até ao 6º mês de gravidez, complementada com uma adesão definitiva até 30 dias após o respetivo nascimento. Neste caso, aceite a inclusão do recém-nascido como Pessoa Segura, será devido o correspondente prémio a partir do seu nascimento.

EXCLUSÕES ESPECÍFICAS (Para além das aplicáveis a todas as coberturas e a todas as coberturas)

Esta cobertura não garante:

- a) Despesas de natureza particular;
- b) Despesas com acompanhantes.

709 AMBULATÓRIO

ÂMBITO

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

Ficam abrangidas por esta cobertura as despesas efetuadas com:

- a) Honorários de consultas médicas;
- b) Honorários médicos e de enfermagem relativos a outros atos médicos realizados em regime Ambulatório, incluindo a Pequena Cirurgia;
- c) Materiais e produtos associados aos atos médicos realizados em regime Ambulatório;
- d) Exames Auxiliares de Diagnóstico;
- e) Tratamentos do foro da Medicina Física e de Reabilitação, incluindo terapia da fala, desde que prescritos por médico.

EXCLUSÕES ESPECÍFICAS (Para além das aplicáveis a todas as coberturas e a todas as coberturas):

Esta cobertura não garante:

- a) Despesas decorrentes de cirurgia realizada em ambiente hospitalar, conforme definido nas Condições Especiais 701 e 706;
- b) Consultas, tratamentos, cirurgia e próteses e ortóteses do foro estomatológico;
- c) Exercícios de Ortóptica, exceto se prescrito por médico da especialidade;
- d) Próteses e Ortóteses;
- e) Medicamentos.

710 CONSULTAS

ÂMBITO

Esta cobertura garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, o pagamento de despesas efetuadas com honorários de consultas médicas. Esgotado o número de consultas fixado nas Condições Particulares a cobertura passa a funcionar em regime de acesso à rede também para consultas.

EXCLUSÕES ESPECÍFICAS (Para além das aplicáveis a todas as coberturas e a todas as coberturas):

Esta cobertura não garante:

- a) Honorários médicos e de enfermagem bem como materiais e produtos relativos ou associados a outros actos médicos realizados em regime Ambulatório, incluindo a Pequena Cirurgia;
- b) Exames auxiliares de diagnóstico;
- c) Tratamentos do foro da Medicina Física e de Reabilitação, incluindo terapia da fala, ainda que prescrito por médico;
- d) Despesas decorrentes de cirurgia realizada em ambiente hospitalar;
- e) Consultas, tratamentos, cirurgia e próteses e ortóteses do foro estomatológico;
- f) Exercícios de Ortóptica.

711 ACESSO À REDE DE AMBULATÓRIO

ÂMBITO

Esta cobertura garante à Pessoa Segura, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, o direito de acesso à Rede Médica em Portugal, suportando a Pessoa Segura a totalidade dos custos, nos seguintes serviços:

- 1. Ambulatório
 - a) Honorários de consultas médicas;
 - b) Honorários médicos e de enfermagem relativos a outros atos médicos realizados em regime Ambulatório;
 - c) Materiais e produtos associados aos atos médicos realizados em regime Ambulatório;
 - d) Exames Auxiliares de Diagnóstico;
 - e) Tratamentos do foro da Medicina Física e de Reabilitação, incluindo terapia da fala, desde que prescritos por médico,

EXCLUSÕES

Não se aplicam a esta cobertura as exclusões aplicáveis a todas as coberturas.

713 ASSISTÊNCIA MÉDICA DOMICILIÁRIA

ÂMBITO

Esta cobertura garante, sempre que o estado de saúde da Pessoa Segura o justifique e nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, o serviço de assistência médica a realizar no domicílio da Pessoa Segura, suportando a Pessoa Segura os respetivos, custos sendo o pedido efetuado através do Serviço de Apoio ao Cliente.

714 ASSISTÊNCIA CLÍNICA EM VIAGEM

ÂMBITO

Esta cobertura garante à Pessoa Segura, quando em viagem em Portugal ou deslocação no estrangeiro não superior a 60 dias, o direito a um Serviço de Assistência, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, com os seguintes serviços:

a) Admissão - Em caso de doença ou acidente que implique a necessidade de internamento ou tratamento da Pessoa Segura, devidamente justificado, em hospital ou clínica, o Segurador tratará dos procedimentos necessários à admissão da Pessoa Segura na unidade hospitalar escolhida pela Pessoa Segura.

b) Transporte - No caso de a Pessoa Segura necessitar de transporte para a unidade onde será internada ou tratada e esteja fisicamente impossibilitada de utilizar um meio de transporte normal, o Segurador garantirá o seu transporte em ambulância, veículo sanitário ligeiro ou outro meio de transporte que a gravidade da situação justifique, até à unidade de internamento ou tratamento indicada pela Pessoa Segura. Por solicitação da Pessoa Segura, o Segurador organizará idêntico serviço para um acompanhante, seja médico, familiar ou outro.

Após alta médica, o Segurador garantirá o transporte de regresso, em meio de transporte adequado, para a Pessoa Segura, bem como para o acompanhante.

O Segurador, obriga-se somente a transportar a Pessoa Segura sujeita a internamento numa unidade hospitalar fora do território nacional, quando esta já se encontre no estrangeiro à data do evento ocorrido de modo súbito ou desde que não exista em Portugal qualquer unidade onde o tratamento possa ser desenvolvido. O serviço é ainda garantido, quando não haja possibilidade de internamento em tempo útil em unidade de saúde no território nacional, estando em risco de vida a Pessoa Segura.

Se a Pessoa Segura for portadora de doença contagiosa, a utilização do transporte de avião de linha fica condicionada à autorização da companhia aérea transportadora. No caso de não ser concedida autorização, a Pessoa Segura, se o desejar, poderá optar por qualquer meio de transporte, previamente acordado entre o seu Médico Assistente e os serviços clínicos do Segurador.

c) Despesas de Funeral e Repatriamento - Se a Pessoa Segura falecer no estrangeiro, durante o período de Internamento Hospitalar, o Segurador suportará eventuais despesas relacionadas com as formalidades legais a cumprir no local do falecimento, bem como com as decorrentes do transporte do corpo em urna desde o local do evento até ao do funeral em Portugal, assim como as despesas de funeral, até ao valor máximo de € 2.500,00.

d) Alta sob Vigilância Clínica - Se para efeitos de consulta ou após alta médica, em consequência de Internamento Hospitalar, a Pessoa Segura necessitar de ficar alojada fora da sua residência habitual para vigilância médica, o Segurador garante o alojamento por ela escolhido, suportando a respetiva despesa até ao valor máximo de € 100,00/dia, no máximo de 7 (sete) dias por sinistro e por anuidade.

e) Saída da Unidade de Saúde - Após a alta médica em consequência de Internamento Hospitalar, o Segurador encarregar-se-á de todos os procedimentos administrativos necessários à saída da Pessoa Segura, junto da unidade hospitalar, garantindo-se igual serviço em caso de morte da Pessoa Segura durante o Internamento.

f) Envio de Medicamentos - No caso de o Médico Assistente haver prescrito à Pessoa Segura medicamentos, o Segurador garantirá a sua procura e envio, se os mesmos não estiverem disponíveis no local onde a Pessoa Segura se encontra. O custo de aquisição desses medicamentos será suportado pela Pessoa Segura.

715 ESTOMATOLOGIA

ÂMBITO

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

Ficam abrangidas por esta cobertura as despesas efetuadas com:

- a) Honorários médicos;
- b) Exames auxiliares de diagnóstico;
- c) Próteses estomatológicas, excetuando próteses sobre implantes;
- d) Materiais e todos os produtos associados aos atos médicos realizados;
- e) Acomodação e utilização das infraestruturas necessárias para a realização dos atos médicos realizados em ambiente hospitalar (diárias, bloco operatório, recobro e equipamentos);
- f) Medicamentos ministrados durante o Internamento Hospitalar.

EXCLUSÕES ESPECÍFICAS (Para além das aplicáveis a todas as coberturas e a todas as coberturas):

Esta cobertura não garante:

- a) Aparelhos de ortodôncia e respetivos moldes e estudos (incluindo imagiologia específica) e consultas de controle;
- b) Tratamentos efetuados com utilização de metais preciosos;
- c) Reabilitação de dentes em falta ou reabilitados com prótese à data da celebração do contrato;
- d) Implantes do foro estomatológico, incluindo todos os atos clínicos e laboratoriais necessários, nomeadamente a fase de regeneração óssea pré-protética, a fase cirúrgica (colocação de implante dentário e implante dentário "per si") e fase protética (coroa sobre implante) incluindo sistema de conexão (magnético, cimentado ou aparafusado).

A primeira consulta desta especialidade efetuada na Rede Médica inclui um registo da situação clínica por cada Pessoa Segura, resultando do mesmo a elaboração de uma ficha de observação para arquivo do Segurador.

722 EXTENSÃO AO ESTRANGEIRO ÂMBITO

Esta extensão garante à Pessoa Segura, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares e na Condições Especiais respetivas, o reembolso de despesas com cuidados de saúde fora do território nacional.

724 CONFIRMAÇÃO DE DIAGNÓSTICO

ÂMBITO

Esta cobertura garante à Pessoa Segura, através de pedido on-line ou telefónico, em caso de doença diagnosticada, ter acesso à opinião de especialistas médicos. Com este serviço a Pessoa Segura obterá, num breve período de tempo, um relatório escrito que inclui a opinião de um ou vários especialistas, com base na informação médica anteriormente facultada, a qual será imprescindível para acionar esta cobertura.

Este serviço é prestado através de comunicações telefónicas e eletrónicas. A responsabilidade desta cobertura fica, pois, limitada à responsabilidade decorrente deste tipo de ato médico nas circunstâncias não presenciais em que é praticado.

A cobertura inclui a assistência por um médico que ajudará a Pessoa Segura na elaboração da história clínica. Após o pedido, a equipa médica entra em contacto com a Pessoa Segura, para explicar o processo e enviar-lhe um formulário que a Pessoa Segura deverá assinar e devolver.

Este serviço, sequencialmente, engloba o seguinte:

i. Recolha da Informação

A partir do momento em que a Pessoa Segura dá acordo e o serviço é autorizado, a equipa médica inicia os trâmites para reunir toda a informação clínica necessária sobre o caso.

ii. Revisão de Relatórios Médicos

Um Comité Clínico realizará a análise inicial dos relatórios médicos e das evidências que foram disponibilizadas pelo paciente.

iii. Seleção dos Médicos Especialistas

O Comité Clínico iniciará o processo de seleção dos médicos especialistas com sólida experiência na patologia a nível internacional.

iv. Avaliação do Caso

A Equipa Médica enviará o caso aos especialistas selecionados e manterá contacto telefónico para comentar as particularidades do caso com a Pessoa Segura.

v. Elaboração do Relatório Médico

A Equipa Médica realizará o relatório final, incluindo a opinião dos especialistas que foram consultados.

vi. Apresentação do Relatório

A Equipa Médica enviará o relatório à Pessoa Segura e entrará em contacto com a mesma, para explicar o conteúdo do relatório médico, dar resposta às questões e às dúvidas que a Pessoa Segura ou o seu Médico assistente possam apresentar.

EXCLUSÕES ESPECÍFICAS (Para além das aplicáveis a todas as coberturas e a todas as coberturas):

Esta cobertura não garante:

- 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 no recurso à eventual assistência preconizada no relatório médico, 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.

725 MEDICINA PREVENTIVA

ÂMBITO

A cobertura garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, a realização de exames de saúde pela Pessoa Segura, cuja periodicidade e composição poderá consultar em www.seguroscontinente.pt.

726 PROTEÇÃO AO PAGAMENTO DE PRÉMIO DE SEGURO

ÂMBITO

Esta cobertura garante, nos termos e limites contratualmente acordados, o pagamento do prémio ou fração de prémio devido pelo Tomador do Seguro, para o conjunto das pessoas seguras, em situações imprevisíveis que afetem o seu nível de rendimentos e resultem de:

- a) Morte do Tomador ou do seu cônjuge – ou de quem com ele viva em condições análogas às de cônjuge - desde que, em qualquer caso, se trate de Pessoa Segura ao abrigo da apólice, caso em que o Segurador garante o pagamento do prémio ou fração de prémio devido pelo Tomador do Seguro, pelo valor correspondente ao período de 6 meses;

b) Invalidez Absoluta e Definitiva do Tomador ou do seu cônjuge – ou de quem com ele viva em condições análogas às de cônjuge, caso em que o Segurador garante o pagamento do prémio ou fração de prémio devido pelo Tomador do Seguro, pelo valor correspondente ao período de 6 meses;

A pessoa segura considera-se em situação de Invalidez Absoluta e Definitiva, em consequência de acidente ou doença suscetível de constatação médica, quando fique total e definitivamente incapacitada de exercer qualquer atividade remunerável e necessite de recorrer, de modo contínuo, à assistência de uma terceira pessoa para efetuar os atos normais da vida diária, não sendo possível prever qualquer melhoria, com base nos conhecimentos médicos atuais.

c) Desemprego Involuntário, por um período superior a 30 dias consecutivos, do Tomador ou do seu cônjuge – ou de quem com ele viva em condições análogas às de cônjuge - desde que, em qualquer caso, se trate de Pessoa Segura ao abrigo da apólice, caso em que o Segurador suportará o valor correspondente ao prémio ou fração de 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:

(i) despedimento coletivo;

(ii) despedimento por extinção de postos de trabalho justificada por motivos económicos ou de mercado, tecnológicos ou estruturais, relativos à entidade empregadora;

(iii) despedimento promovido unilateralmente pela entidade empregadora sem invocação de justa causa;

(iv) despedimento promovido unilateralmente pelo trabalhador com invocação de justa causa;

d) Internamento Hospitalar do Tomador ou do seu cônjuge – ou de quem com ele viva em condições análogas às de cônjuge -, desde que, em qualquer caso, se trate de Pessoa Segura ao abrigo da apólice e apenas e só quando se trate de trabalhadores por conta própria, desde que o período de internamento seja superior a 4 dias consecutivos, caso em que o Segurador suportará o valor correspondente ao prémio ou fração de prémio devido pelo período em que se mantiver a situação de Internamento Hospitalar, com um limite máximo do prémio correspondente a seis meses.

EXCLUSÕES ESPECÍFICAS (Para além das aplicáveis a todas as coberturas):

Esta cobertura não garante :

1 - Morte ou Invalidez Absoluta e Definitiva que resultem direta ou indiretamente de:

a) Guerra, declarada ou não, invasão, ato de inimigo estrangeiro, hostilidades ou operações bélicas, guerra civil, insurreição, rebelião ou revolução, bem como os causados acidentalmente por engenhos explosivos ou incendiários;

b) Levantamento militar ou ato do poder militar legítimo ou usurpado;

c) Explosão, libertação de calor e radiações provenientes da cisão ou fusão de átomos ou radioatividade, e contaminações inerentes, e ainda os decorrentes de radiações provocadas pela aceleração artificial de partículas;

d) Greves, tumultos ou alterações da ordem pública;

e) Atos de terrorismo, vandalismo, maliciosos ou de sabotagem;

f) Tremores de terra, terremotos, erupções vulcânicas, maremotos, assim como deslizamento, derrocadas ou afundamentos de terrenos e outros fenómenos geológicos e, bem assim, qualquer acontecimento catastrófico relacionado com as forças inevitáveis da natureza;

g) Atos ou omissões dolosos do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura, ou de pessoas por quem sejam civilmente responsáveis;

h) Suicídio;

i) Doenças, lesões ou deformações preexistentes à data do início de vigência da presente cobertura no contrato do seguro;

j) Alcoolismo (tanto em processos agudos como crónicos), de toxicomania ou de uso de estupefacientes ou outras drogas não prescritas por Médico.

2 - Desemprego Involuntário que resulte direta ou indiretamente de:

a) Caducidade do contrato de trabalho por a Pessoa Segura ter atingido a reforma ou pré-reforma;

b) Revogação do contrato de trabalho por acordo das partes;

c) Resolução do contrato de trabalho pelo trabalhador, sem justa causa;

d) Denúncia do contrato de trabalho, no período experimental, pelo trabalhador ou pela entidade empregadora;

e) Trabalhadores no estrangeiro com contratos de trabalho não vinculados à legislação portuguesa;

f) Despedimento com justa causa;

g) Caducidade de contrato de trabalho a termo;

h) Desemprego resultante de atividade sazonal, i.e., de atividade que só surge em determinado período do ano, necessariamente limitado, perdendo posteriormente a sua utilidade.

3 - Internamento Hospitalar que resulte direta ou indiretamente de:

a) Da intervenção da Pessoa Segura em apostas, desafios ou rixas, salvo se, neste último caso, a Pessoa Segura tiver atuado em legítima defesa ou na tentativa de salvamento de pessoas ou bens;

b) Uso de álcool ou drogas não prescritas clinicamente;

c) Parto, gravidez ou interrupção de gravidez;

d) Dores nas costas ou lombalgias, cuja causa não seja demonstrável por exames médicos complementares (radiológicos, gamagráficos, "scanners" ou T.A.C.);

e) Psicopatologias de qualquer natureza;

f) Todas as patologias sem comprovação clínica;

g) Tratamentos de estética e cosmética (exceto se resultante de doença ou acidente).

DESIGNAÇÃO BENEFICIÁRIA

O Segurador é o beneficiário irrevogável desta garantia, não podendo o Tomador ou o seu cônjuge – ou de quem com ele viva em condições análogas às de cônjuge - revogar ou alterar a presente designação beneficiária. Para as coberturas de Morte e Invalidez Absoluta e Definitiva, no montante do capital que exceder o valor correspondente a seis meses de prémio, em caso de falta de designação de beneficiário pela Pessoa Segura serão beneficiários os seus herdeiros legais.

G – DECLARAÇÃO INICIAL DO RISCO

1. O Tomador do Seguro e a Pessoa Segura estão obrigados, antes da celebração do contrato, 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 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.

H – DURAÇÃO, RENOVAÇÃO E DENÚNCIA DO CONTRATO

1. O contrato pode ser celebrado por um período de tempo certo e determinado (seguro temporário) ou por um ano e seguintes, caso em que se renovará sucessivamente no termo de cada anuidade, por períodos anuais, exceto se qualquer das partes o denunciar com a antecedência mínima de, pelo menos, 30 dias em relação ao termo da anuidade, ou se o Tomador do Seguro não proceder ao pagamento do prémio da anuidade subsequente ao da primeira fração deste.
2. O contrato de seguro é celebrado pelo período mínimo de 1 ano.

I – DIREITO DE LIVRE RESOLUÇÃO DO CONTRATO

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 indicação do motivo, mediante comunicação por escrito, em suporte de papel ou outro meio duradouro disponível e acessível ao Segurador.
2. O exercício do direito de livre resolução deve fazer-se através de:
 - Carta dirigida ao seguinte endereço postal:
Via Directa - Companhia Seguros, S.A.

Sede: Av. José Malhoa, nº 13 – 4º - 1099-006 Lisboa
 - Fax dirigido ao nº (+351) 21 799 19 22
 - Correio eletrónico dirigido ao seguinte endereço: cliente@seguroscontinente.pt
3. O exercício do direito de livre resolução extingue as obrigações e direitos decorrentes do contrato, com efeitos a partir da data da sua celebração, estando ambas as partes obrigadas a restituir quaisquer quantias que tenham recebido, no prazo de 30 dias, a contar, respetivamente, da receção da notificação pelo Segurador, ou a contar do seu envio pelo Tomador do Seguro. Porém, no caso do seguro ter início, a pedido do Tomador do Seguro, antes do termo do prazo de livre resolução do contrato, o segurador terá direito:
 - a) Ao valor do prémio calculado pro rata temporis, 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 sempre que esse valor seja imputado contratualmente ao Tomador do Seguro.

J – DIREITO DE RESOLUÇÃO

1. Para além do estabelecido no ponto anterior, relativo ao direito de livre resolução por iniciativa do Tomador do Seguro, o contrato, pode ainda, ser resolvido, a todo o tempo, por qualquer das partes, com fundamento em justa causa.
2. A resolução por falta de pagamento de prémios opera nos termos indicados no ponto K infra.
3. A resolução com fundamento em justa causa produz efeitos às 24 horas do próprio dia em que se verifique.

K – PRÉMIO

1. O prémio a pagar ao Segurador será calculado por aplicação das taxas de tarifa ou de referência do Segurador ao módulo de cobertura, indicado na proposta pelo Tomador do Seguro. A taxa de tarifa varia em função da idade.

2. O valor do prémio resultante da simulação efectuada pelo proponente do seguro corresponde ao prémio total, devido pelo Tomador do Seguro no 1º ano de vigência do contrato celebrado em conformidade com os dados fornecidos na mesma simulação, e é válido na data da realização da simulação.
3. Quando acordado entre o Segurador e o Tomador do Seguro, o prémio poderá ser pago fracionadamente, com uma periodicidade mensal, trimestral ou semestral.
4. O pagamento do prémio pode ser efetuado por débito direto em conta bancária e em ATM.
5. O prémio ou fração inicial é devido na data da celebração do contrato, pelo que a eficácia deste depende do pagamento respetivo.
6. Os prémios ou frações seguintes são devidos na data indicada no aviso para pagamento respetivo.
7. Nos termos da lei, na falta de pagamento do prémio ou fração inicial o contrato considera-se resolvido desde o início, não produzindo quaisquer efeitos.
8. 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.
9. 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.
10. 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.

L – RESPONSABILIDADE MÁXIMA DO SEGURADOR EM CADA PERÍODO DE VIGÊNCIA DO CONTRATO

1. Os valores máximos garantidos pelo contrato, assim como as franquias contratadas e os períodos de carência aplicáveis, constam das Condições Particulares e vigoram em cada anuidade do contrato.
2. O Segurador garante à Pessoa Segura o pagamento, em moeda euro, das despesas efetuadas, até ao limite contratado, em cada período de vigência do contrato.
3. Salvo convenção em contrário, nas situações de acerto de vencimento, os valores garantidos são proporcionais ao tempo em risco.

M – DADOS PESSOAIS DE SAÚDE

O Segurador poderá ter necessidade, quer para efeitos de aceitação do contrato, quer para efeitos de regularização de sinistro, de aceder a dados pessoais de saúde da pessoa segura.

Tal acesso apenas pode ter lugar desde que, para tal, a Pessoa Segura haja dado o seu consentimento informado, livre, específico e expresso, devendo o acesso processar-se em estrita observância das disposições legais em vigor.

O candidato a Pessoa Segura será chamado a prestar esse consentimento, aquando da subscrição/adesão ao contrato, de forma a prevenir eventuais situações de litígio em caso de regularização de sinistro.

A recusa de consentimento nos termos e para os efeitos acima referidos poderá determinar, no caso de existirem indícios que evidenciem ter havido omissões ou inexactidões aquando da declaração do risco e ou da participação do sinistro, que o

Segurador fique impossibilitado de proceder, enquanto não forem prestadas as informações por ele requeridas, à regularização de sinistro que vier a ser participado ao abrigo do contrato de seguro.

N – RECLAMAÇÕES

O Segurador dispõe de uma unidade orgânica específica para receber, analisar e dar resposta às reclamações efetuadas, sem prejuízo de poder ser requerida a intervenção da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões e da possibilidade de recurso à arbitragem.

A informação geral relativa à gestão de reclamações encontra-se disponível em www.viadirecta.pt

O – AUTORIDADE DE SUPERVISÃO

Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões

P – LEI APLICÁVEL

O Segurador propõe a aplicação da lei portuguesa ao contrato. As partes podem, no entanto, acordar expressamente aplicar lei diferente da lei portuguesa, desde que motivadas por um interesse sério e a lei escolhida esteja em conexão com algum dos elementos do contrato.

As relações estabelecidas pelo Segurador com o consumidor antes da celebração do contrato celebrado à distância regem-se pela lei portuguesa.

O foro competente para dirimir os litígios emergentes deste contrato é o fixado na lei civil

Mediador: MDS – Corretor de Seguros, S.A., com sede na Av. da Boavista, 1277/81 - 2º 4100-130 Porto, inscrito na ASF - Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões, sob o n.º 607095560, como Corretor de Seguros, desde 27/01/2007, registo que pode ser comprovado no site www.asf.com.pt, estando autorizado a exercer a sua atividade em seguros dos ramos Vida e Não Vida.

Segurador da Apólice: Via Directa - Companhia de Seguros, S.A., com sede na Avenida José Malhoa, n.º 13 – 4º, 1099-006 em Lisboa, e com o capital social de € 23.000.000, Pessoa Coletiva 504 011 944, matriculada sob este mesmo número na Conservatória do Registo Comercial de Lisboa.

LINHA DE APOIO A CLIENTES
707 200 710 | +351 217 912 860
Dias úteis das 9H00 ÀS 22H00

LINHA DE ASSISTÊNCIA +351 217 912 860
Todos os dias, 24h por dia

www.seguroscontinente.pt

Email: cliente@seguroscontinente.pt | FAX: +351 217 99 19 22

Documento de informação sobre o produto de seguros

Companhia: Via Directa - Companhia de Seguros, S.A., com sede em Portugal, empresa de seguros registada junto da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões sob o número 1142.

Produto: Saúde Continente - Seguro de Saúde.

via directa
CORPORAÇÃO FINANCEIRA, S.A.

A informação pré-contratual e contratual completa relativa ao produto é prestada noutros documentos.

Qual é o tipo de seguro?

Seguro de Saúde (ramo de seguro Doença).



Que riscos são segurados?

Coberturas e capitais disponíveis dependendo do Plano escolhido:

- ✓ Internamento Hospitalar, com os capitais seguintes:
 - ✓ Essencial, Completo e Top – 50.000€;
 - ✓ Conforto – 75.000€;
 - ✓ Cobertura de Parto Normal, Cesariana e Interrupção Involuntária da Gravidez, nos planos Completo e Top;
- ✓ Ambulatório (Consultas, Exames e Tratamentos):
 - ✓ Conforto – Acesso à Rede: serviços disponibilizados em prestadores da Rede Multicare, a preços mais vantajosos (valores convencionados);
 - ✓ Completo e Top – capitais de 2.500€;
 - Medicina Física e de Reabilitação /Terapia da Fala com capital de 250€;
- ✓ Check-up sem custos adicionais, nos prestadores indicados pela Multicare ;
- ✓ Confirmação de Diagnóstico – em caso de doença diagnosticada, garante à pessoa segura, através de pedido online ou telefónico, ter acesso à opinião de especialistas médicos;
- ✓ Coberturas de Assistência (pedidas através do Serviço de Apoio ao Cliente):
 - Transporte de Urgência;
 - Assistência Telefónica em caso de urgência;
 - Apoio Familiar no Internamento Hospitalar;
 - Assistência Clínica em Viagem e Assistência Médica Domiciliária apenas nos planos Conforto, Completo e Top.
- ✓ Protecção ao Pagamento de Prémios de Seguro: 6 meses de prémio (máximo) por morte, invalidez permanente, desemprego involuntário (só para trabalhadores por conta de outrem) e internamento hospitalar (só para trabalhadores por conta própria), do tomador ou do cônjuge;
- ✓ Consultas – permite realização de 8 consultas de ambulatório na rede Médica (disponível no Plano Conforto);
- ✓ Estomatologia – capital 250€ (disponível no Plano Top).

Capitais seguros

- ✓ Os capitais são por anuidade e pessoa segura, sendo específicos por cobertura em função do seguro escolhido e opções de capitais



Que riscos não são segurados?

- ✗ Doenças ou lesões preexistentes ou congénitas;
- ✗ Perturbações do foro da saúde mental;
- ✗ Disfunções sexuais, infertilidade e métodos anticoncepcionais;
- ✗ Tratamentos para regularização de peso;
- ✗ Cirurgias do foro estético, plástico ou reconstrutivo, exceto em caso de doença ou acidente garantido pela apólice;
- ✗ Implantes;
- ✗ Ortodontia e tratamentos estomatológicos com metais preciosos;
- ✗ Doenças que decorram do consumo de bebidas alcoólicas, da utilização abusiva de medicamentos, da utilização de estupefacientes e de narcóticos não prescritos;
- ✗ Despesas com medicamentos;
- ✗ VIH e Hepatite A;
- ✗ Tratamentos de hemodiálise;
- ✗ Cirurgias para correção de roncopatia;
- ✗ Acidentes de viação, de trabalho, em serviço, bem como doenças profissionais;
- ✗ Desportos de alto risco e competições desportivas;
- ✗ Eventos de força maior da natureza, guerra, terrorismo e semelhantes;
- ✗ Serviços que não sejam clinicamente necessários ou que não tenham finalidade terapêutica;
- ✗ Interrupção voluntária da gravidez;
- ✗ Tratamentos cirúrgicos ou laser para correção de erros de refração da visão, nomeadamente em caso de miopia, astigmatismo e hipermetropia;
- ✗ Tratamentos termais, ginástica, natação e massagens;
- ✗ Doenças resultantes de epidemia;
- ✗ Tratamentos experimentais;
- ✗ Todos os riscos não enquadráveis nas coberturas contratadas;
- ✗ Todos os riscos excluídos em qualquer das coberturas contratadas.



Há alguma restrição da cobertura?

- ! As decorrentes de terem existido omissões ou inexactidões dolosas ou negligentes do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura na

contratados, conforme informação constante das Informações Pré-Contratuais.

declaração inicial do risco;

- ! As resultantes dos limites de capital seguro, dos regimes de prestação (Prestação na Rede, Prestação por Reembolso e Acesso à Rede), das franquias, dos copagamentos, do limite de valorização do K (por referência à tabela da Ordem dos Médicos) e dos períodos de carência que sejam aplicáveis;
- ! Em caso de sinistro, se não forem tomadas medidas para evitar o agravamento do estado de saúde, o pagamento de despesas pode ser reduzido ou excluído;
- ! Despesas de natureza particular;
- ! Vacinas, artigos sanitários e antissépticos, material de penso, champôs, sabonetes, pastas medicinais, produtos de higiene, dietéticos, de alimentação infantil, homeopáticos ou manipulados, cintas medicinais, meias elásticas e colchões ortopédicos, aquisição ou aluguer de equipamento;
- ! A Pequena Cirurgia é garantida apenas na cobertura de Ambulatório.



Onde estou coberto?

- ✓ Em todo o Mundo. No entanto, algumas garantias só são válidas onde exista a Rede Multicare.



Quais são as minhas obrigações?

- Antes da celebração do contrato, devo declarar com exatidão todas as circunstâncias que conheça e razoavelmente deva ter por significativas para a apreciação do risco pelo Segurador, ainda que não sejam solicitadas em questionário fornecido pelo Segurador;
- Pagar atempadamente o prémio de seguro ou as suas frações para que a apólice se mantenha em vigor;
- Em caso de não renovação do contrato, informar o Segurador, nos trinta dias subsequentes ao termo do contrato, salvo justo impedimento, de qualquer doença então existente para que aquele continue responsável durante dois anos;
- Comunicar ao Segurador alterações importantes, tais como, composição do agregado familiar, morada, contactos;
- Em caso de extravio do Cartão Multicare, comunicá-lo ao Segurador no prazo máximo de 48 horas.

Em caso de sinistro devo:

- Tomar medidas para evitar o agravamento do estado de saúde da pessoa segura;
- Em caso de acidente, participar ao segurador nos 8 dias subsequentes à ocorrência;
- Informar o Segurador de todos os factos sobre o sinistro, e permitir o seu acesso à informação clínica, solicitando autorização, quando necessária, conforme indicado na respetiva cobertura;
- Sempre que solicitados, pelo Segurador, realizar, exames que serão suportados por este, em Médicos por ele designados, cessando a responsabilidade do mesmo se a pessoa segura o não fizer;
- Autorizar, no âmbito de sinistro que motive um pedido de prestação ou de reembolso por cuidados de saúde 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;
- Atuar com boa-fé na utilização dos serviços na rede de prestadores e na apresentação de despesas para reembolso;
- Apresentar as despesas para reembolso no prazo máximo de 120 dias após a sua realização;
- Não prejudicar o direito de sub-rogação do Segurador.



Quando e como devo pagar?

O prémio inicial é pago na data da celebração do contrato. Os prémios ou frações subsequentes são devidos na data indicada no aviso para pagamento respetivo. O prémio pode ser pago, dependendo do acordado, em numerário, cheque bancário, transferência bancária, débito em conta, vale postal e cartão de débito ou de crédito.



Quando começa e acaba a cobertura?

Sem prejuízo dos períodos de carência que sejam aplicáveis, o contrato produz efeitos a partir do momento do pagamento do prémio inicial e até que um prémio ou fração subsequente deixe de ser pago, a menos que, entretanto, se verifique qualquer outra causa de cessação do contrato.

Se o seguro for subscrito até aos 60 anos (inclusive), ao completar 70 anos, pode ser proposta a sua continuidade.

Se o seguro for subscrito após os 60 anos, ao completar os 70 anos o seguro termina.



Como posso rescindir o contrato?

O Tomador do Seguro pode: **a) Denunciar** o contrato, mediante comunicação ao Segurador com a antecedência mínima de 30 dias em relação ao termo da anuidade; **b) Resolver** o contrato com justa causa; **c) Resolver livremente** (sem necessidade de indicação do motivo), nos 30 dias imediatos à receção da apólice, quando o Tomador do Seguro seja pessoa singular.

O contrato pode, ainda, cessar por revogação, por acordo com o Segurador, e também por caducidade.

As comunicações devem revestir forma escrita ou ser prestadas por outro meio de que fique registo duradouro.