

Condições Gerais

ARTIGO PRELIMINAR

Entre a CARDIF ASSURANCE RISQUES DIVERS, adiante designada abreviadamente por SEGURADOR e a pessoa melhor identificada nas Condições Particulares, adiante designada por Tomador do Seguro ou simplesmente "Tomador", é estabelecido um contrato de seguro que se regula pelas Condições Gerais, Especiais e Particulares constantes da presente apólice, de harmonia com as declarações efectuadas, que lhe servem de base e determinaram a sua subscrição.

O presente contrato de seguro regula-se pelo Decreto-lei n.º 72/2008, de 16 de Abril, bem como pelas normas correspondentes da lei comercial e da lei civil.

ARTIGO 1.º - DEFINIÇÕES

Para efeitos do presente contrato, define-se por:

SEGURADOR: CARDIF ASSURANCES RISQUES DIVERS, com sede em Boulevard Haussemann 1 – Paris e com sucursal em Portugal, sita na Torre Ocidente, Rua Galileu Galilei 2, andar 10B – 1500-392 Lisboa, NIPC/matricula na Conservatória do Registo Comercial de Lisboa n.º 980 148 243, matriculada sob o n.º 1139 e sujeita à supervisão da Autoridade de Supervisão de Seguros (www.asf.com.pt), que subscreve com o Tomador do Seguro o presente contrato de seguro, assumindo os riscos contratados e garantidos nas Condições deste Contrato.

TOMADOR DO SEGURO: A pessoa que subscreve com o Segurador o contrato de seguro e que, para além de outros deveres prescritos na apólice, é responsável pelo pagamento do(s) Prémio(s).

MEDIADOR DE SEGUROS: BANCO BNP PARIBAS PERSONAL FINANCE, S.A., com sede na Rua Galileu Galilei, n.º 2, 8.º piso, Torre Ocidente, Centro Colombo, 1500-392 Lisboa, NIPC/matricula na Conservatória do Registo Comercial de Lisboa sob o número 503 016 160, com o capital social de 45.661.800 Euros, registado junto do Banco de Portugal sob o código n.º 848 (consulta disponível em www.bportugal.pt) e junto da Autoridade de Supervisão de Seguros, desde 06-01-2011, sob o número 411340763 (consulta disponível em www.asf.com.pt). O Mediador exerce a actividade de mediação, na qualidade de agente de seguros, em nome do Segurador e de outras seguradoras (o Segurado poderá solicitar informação acerca das outras seguradoras com as quais o mediador trabalha) e a sua atividade passa pela sua intervenção na celebração do contrato de seguro e/ou prestação de assistência na sua vigência. O mediador não está autorizado a receber prémios para serem transferidos para o Segurador, mas tem poderes para celebrar contratos de seguro em seu nome.

BENEFICIÁRIOS DO CONTRATO: As Pessoas Seguras.

PESSOA SEGURA: O Tomador do Seguro e qualquer outra pessoa que, preenchendo as demais condições de elegibilidade previstas na apólice, resida e viva em economia comum com o Tomador do Seguro e que este propõe a adesão ao seguro, cuja saúde ou integridade física se segura.

AGREGADO FAMILIAR: Conjunto das pessoas seguras que residam e vivam em economia comum com o Tomador do Seguro, e que este propõe a adesão ao seguro, que compõem para efeitos do contrato de seguro, o seu agregado familiar (até um máximo de 4 pessoas).

DOMICÍLIO: A morada de residência indicada pelo Tomador aquando da subscrição do seguro (identificada nas Condições Particulares).

SINISTRO: Qualquer evento ou série de eventos resultantes de uma mesma causa, de carácter fortuito, súbito e imprevisto, suscetível de fazer funcionar as garantias do contrato.

REDE DE ASSISTÊNCIA MÉDICA: Rede de prestadores composta por médicos de cuidados primários e de especialidade, clínicas e hospitais e outros centros de meios complementares de diagnóstico.

REDE BEM-ESTAR: Rede de prestadores na área das medicinas complementares e de bem-estar físico e mental, bem como de serviços e/ou produtos, de natureza não clínica, destinados a animais de companhia.

REDE DE MEDICINA DENTÁRIA: Rede de prestadores no âmbito da

estomatologia e da medicina dentária composta por médicos da especialidade, clínicas e outros centros de meios complementares de diagnóstico.

SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA: Conjunto de serviços que o Segurador coloca à disposição da Pessoa Segura, aos quais poderá recorrer de acordo com as condições de utilização que se encontram previstas nestas Condições Gerais e nas Condições Especiais aplicáveis, nos termos e limites fixados nas Condições Particulares.

PRESTAÇÕES CONVENCIONADAS: Conjunto de bens ou serviços a preços convencionados, que o Segurador, mediante solicitação prévia, organiza e coloca à disposição da Pessoa Segura em caso de sinistro, de acordo com as condições de utilização que se encontram previstas nestas Condições Gerais e nas Condições Especiais aplicáveis, nos termos e limites fixados nas Condições Particulares.

ACESSO A REDES CONVENCIONADAS: O Segurador garante à Pessoa Segura o acesso a um conjunto de bens ou serviços de cuidados de saúde integrados nas Redes Convencionadas, cujas condições de utilização se encontram previstas nestas Condições Gerais e nas Condições Especiais aplicáveis, nos termos e limites fixados nas Condições Particulares.

GARANTIAS INDEMNIZATÓRIAS: Conjunto de garantias que o Segurador coloca à disposição da Pessoa Segura, mediante as quais, em caso de sinistro, poderá ter direito a receber um valor indemnizatório de acordo com as condições de utilização que se encontram previstas nestas Condições Gerais e nas Condições Especiais aplicáveis, nos termos e limites fixados nas Condições Particulares.

CARTÃO DE ADESÃO: Cartão personificado que identifica cada uma das Pessoas Seguras e que as habilita a usufruir das garantias contratadas previstas na apólice.

APÓLICE/CONTRATO DE SEGURO: Documento que titula o contrato celebrado entre o Tomador do Seguro e o Segurador, onde constam as respectivas Condições Gerais, Especiais e Particulares acordadas ou qualquer outro documento de informação geral ou pré-contratual.

CONDIÇÕES GERAIS: Conjunto de cláusulas que definem e regulamentam obrigações genéricas e comuns, inerentes a um ramo ou modalidade de seguro.

CONDIÇÕES ESPECIAIS: Cláusulas que visam esclarecer, completar, especificar e delimitar o âmbito de aplicação previsto nas Condições Gerais.

CONDIÇÕES PARTICULARES: Documento onde se encontram os elementos específicos e individuais de cada contrato, que o distinguem de todos os outros.

CERTIFICADO DE SUBSCRIÇÃO/CONDIÇÕES PARTICULARES: Documento enviado pelo Segurador ao Tomador do Seguro, após a sua subscrição do seguro, mediante o qual se identifica o Tomador do Seguro, as demais Pessoas Seguras, as garantias contratadas e seus limites de utilização, bem como as declarações proferidas pelo Tomador do Seguro aquando da subscrição do seguro e que determinaram a sua aceitação por parte do Segurador.

DOENÇA: Alteração involuntária do estado de saúde, não causada por acidente e comprovada por médico.

DOENÇA MANIFESTADA: Doença que se haja revelado, tenha sido objeto de um diagnóstico ou dado lugar ao respectivo tratamento.

DOENÇA SÚBITA: Qualquer alteração involuntária e imprevisível do estado de saúde, que requeira tratamento de urgência em hospital, quer em regime de internamento, quer em regime ambulatório.

ACIDENTE: Acontecimento fortuito, súbito e anormal, devido a causa exterior e estranha à vontade da pessoa segura, e que nela origine lesões corporais.

ACIDENTE E DOENÇA PRÉ-EXISTENTE: Qualquer acidente que tenha ocorrido ou qualquer doença que se tenha manifestado ou que tenha dado origem a qualquer tratamento médico, em data anterior à data da entrada em vigor das garantias.

LINHA DE ATENDIMENTO PERMANENTE: Linha de apoio telefónico permanente (24h/dia), através da qual as Pessoas Seguras, poderão obter os esclarecimentos que necessitem sobre o produto a que aderiram e funcionamento de suas garantias; requerer aconselhamento médico; solicitar, entre outros, o envio de médico,

Condições Gerais

enfermeiro ou de uma ambulância ao domicílio.

PERÍODO DE CARÊNCIA: Período de tempo que medeia entre a data de adesão de cada Pessoa Segura e a data de entrada em vigor das garantias, no qual não é aceite pelo Segurador qualquer sinistro.

FRANQUIA: Valor pecuniário ou período de tempo que, em caso de sinistro coberto pela apólice, poderá não ser assumido pela Seguradora em termos de indemnização; pode ser Absoluta ou Relativa.

FRANQUIA ABSOLUTA: Franquia que é sempre aplicada, independentemente do valor total ou do tempo total de indemnização.

FRANQUIA RELATIVA: Franquia que só é aplicada quando seja superior ao valor ou ao tempo total de indemnização.

CO-PAGAMENTO: Importância(s) que, em caso de sinistro, ficam a cargo da Pessoa Segura e cujos montantes se encontram estipulados nas Condições Particulares, de acordo com o produto contratado.

CAPITAL SEGURO: Montantes ou número de sinistros máximos que o Segurador garante durante a vigência de cada adesão.

ACTO MÉDICO: Acto realizado por médico legalmente habilitado pela respectiva Ordem, que integra a promoção da saúde, a prevenção e o tratamento da doença, bem como a reabilitação das pessoas que se sujeitam à sua intervenção, podendo determinar procedimentos complementares realizados por outros profissionais de saúde.

CNVRAM: Sistema de classificação de atos médicos, designado por Código de Nomenclatura e Valores Relativos de Atos Médicos, caracterizado pela associação de valores relativos (C e K) a cada ato o que permite a sua valorização em número de "K" (valor indicativo da complexidade de cada ato médico), e/ou "C" (quantificação do custo técnico dos atos médicos).

ARTIGO 2º - OBJETO DO CONTRATO

1) Pelo presente contrato, o Segurador garante, em caso de doença ou acidente ocorrido durante a vigência de cada adesão, nos termos destas Condições Gerais, das Condições Especiais aplicáveis e das Particulares, as garantias expressamente contratadas e com os limites nestas fixados, no domínio dos cuidados de saúde, que podem integrar, conjunta ou isoladamente, prestações diretas convencionadas, acesso a Redes convencionadas, garantias indemnizatórias e serviços de assistência.

2) O presente contrato de seguro não substitui o Serviço Nacional de Saúde, pelo que não garante o pagamento de quaisquer despesas médicas ou medicamentosas reclamadas pela rede de hospitais e outras instituições que integrem o Serviço Nacional de Saúde, quando a Pessoa Segura, sendo beneficiária de tal serviço, aí for assistida. As suas garantias limitam-se, exclusivamente, ao disposto nas presentes condições gerais, especiais e particulares desta apólice.

3) Para efeitos do presente contrato é apenas admitido, de acordo com o estabelecido nas condições da apólice, o recurso a prestações diretas convencionadas, não sendo garantido qualquer tipo de prestações por reembolso.

ARTIGO 3º - BASE DO CONTRATO

1) O presente contrato tem como base as informações e declarações de vontade emitidas pelo Tomador do Seguro aquando da subscrição do seguro, as quais encontram-se refletidas, para todos os efeitos legais, no Certificado de Subscrição/Condições Particulares que é enviado ao Tomador após a sua subscrição ao seguro.

2) Sem prejuízo do previsto na cláusula 13ª, decorridos 30 dias após a data da recepção do Certificado de Subscrição e das condições da presente apólice, sem que o Tomador tenha invocado qualquer desconformidade entre o acordado e o seu conteúdo, só serão invocáveis divergências que resultem de documento escrito.

ARTIGO 4º - DECLARAÇÃO INICIAL DE RISCO

1) O Tomador do Seguro, bem como as demais Pessoas Seguras, estão obrigados, antes da celebração do contrato, ou de sua adesão ao mesmo, 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 eventualmente fornecido pelo Segurador.

3) Em caso de incumprimento doloso do disposto no nº 1 do presente artigo, 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 do presente artigo, o segurador pode optar pela cessação ou alteração do contrato, nos termos e com as consequências previstas na Lei.

ARTIGO 5º - AMBITO TERRITORIAL

Salvo convenção expressa em contrário, as garantias deste contrato têm efeito apenas em território português, ainda que a causa da ocorrência possa ter-se manifestado fora dele.

ARTIGO 6º - GARANTIAS DO CONTRATO

Com a adesão ao presente contrato, cada Pessoa Segura poderá ter acesso e usufruir, nos termos e nas condições de utilização previstas na apólice, das garantias que constam das Condições Especiais que foram especificamente contratadas e com os limites fixados nas Condições Particulares.

ARTIGO 7º - CONDIÇÕES DE ELIGIBILIDADE

Sem prejuízo de outras previstas na apólice, apenas pode subscrever o presente contrato e propor a adesão de outras pessoas que façam parte de seu agregado familiar, as pessoas que satisfaçam, cumulativamente, as seguintes condições de elegibilidade:

- Ter mais de 18 anos de idade (inclusive);
- Ter residência habitual em Portugal;

ARTIGO 8º - INÍCIO DO CONTRATO E DE PRODUÇÃO DE EFEITOS

Sem prejuízo do presente contrato se considerar celebrado com o encontro de vontades entre o Segurador e o Tomador do Seguro, o mesmo só produzirá efeitos com a recepção por parte deste, do Certificado de Subscrição, das Condições da apólice e do Cartão de Adesão personalizado.

ARTIGO 9º - DURAÇÃO, CADUCIDADE E DENÚNCIA DO CONTRATO

O presente contrato é celebrado por um período de um ano, sendo automaticamente renovado por iguais e sucessivos períodos de um ano, se não for denunciado por qualquer das partes por escrito ou por outro meio do qual fique registo duradouro, com uma antecedência mínima de 30 dias em relação ao termo da anuidade.

ARTIGO 10º - INÍCIO E DURAÇÃO DAS GARANTIAS

1) **A Adesão de uma Pessoa Segura ao contrato far-se-á, uma vez reunidas as condições de elegibilidade previstas, com o envio pelo Segurador do Cartão de Adesão referente a cada Pessoa Segura.**

2) **Uma vez aceite a adesão, cada Pessoa Segura só poderá usufruir das garantias abrangidas pela apólice, independentemente da data de adesão, aquando da recepção do Cartão de Adesão personificado que o habilite a usufruir das garantias do contrato.**

3) **As garantias do presente contrato cessam, para cada Pessoa Segura, nas seguintes situações:**

- atingida a idade máxima indicada nas condições da apólice, para efeitos do acionamento da(s) garantia(s);
- atingido o capital máximo de cobertura, indicado nas condições da apólice, para cada garantia;
- uma vez cancelada a sua adesão;

Condições Gerais

d) quando deixar de pertencer ao agregado familiar do Tomador do Seguro;

e) quando cessar o contrato de seguro nos termos da cláusula 14ª.

4) O Segurador reserva-se no direito de cancelar, com efeitos imediatos, qualquer adesão, caso a Pessoa Segura não cumpra com os deveres que lhe incumbem no âmbito do presente contrato ou adopte algum comportamento negligente ou doloso com intuito de obter uma vantagem ilegítima.

ARTIGO 11º - ANULABILIDADE DO CONTRATO

1) O presente contrato é anulável e, conseqüentemente, não produzirá quaisquer efeitos em caso de sinistro, quando da parte do Tomador do seguro ou da Pessoa segura tenha havido, no momento de celebração do contrato ou da adesão, declarações inexatas, assim como reticências de factos ou circunstâncias dele conhecidas, que teriam influído sobre a existência ou condições do contrato.

2) Se as referidas declarações ou reticências tiverem sido feitas de má fé, o segurador terá direito ao prémio, sem prejuízo da anulabilidade do contrato nos termos do número anterior.

§ Único - Entende-se por má-fé o conhecimento por parte do tomador do seguro ou da pessoa segura, de que as declarações por este prestadas são inexatas ou incompletas.

ARTIGO 12º - ALTERAÇÕES AO CONTRATO

1) **PELO SEGURADOR:** (i) o Segurador pode alterar as condições da apólice, designadamente o valor do prémio durante a vigência do contrato, no entanto, qualquer alteração nesse sentido vigorará apenas para a anuidade seguinte, devendo ser comunicadas ao Tomador do Seguro com uma antecedência mínima de 30 dias em relação à data de vencimento do contrato; (ii) o Tomador do Seguro dispõe de um prazo de 30 dias, a contar da sua recepção, para aceitar ou recusar a proposta; findo este prazo entende-se como aceite a modificação proposta, caso venha a ser pago o prémio correspondente à anuidade subsequente ou à primeira fracção desta; (iii) Não sendo aceite a proposta pelo Tomador do Seguro, o contrato deverá ter-se por denunciado pelo Segurador, para o termo da anuidade em curso.

2) **PELO TOMADOR DO SEGURO:** As alterações ao contrato por iniciativa do Tomador do Seguro resumem-se às seguintes situações: i) inclusão de Pessoas Seguras que integrem o seu agregado familiar, que deverá ser solicitada nos termos e condições previstas na apólice; ii) exclusão de Pessoas Seguras, que deverá ser solicitada mediante comunicação ao Segurador, com uma antecedência mínima de 30 dias em relação à data de produção de efeitos.

ARTIGO 13º - DIREITO DE LIVRE RESOLUÇÃO

1) O Tomador do Seguro que seja pessoa singular, dispõe de um prazo de 30 dias, a contar da recepção da Apólice, para resolver o contrato, mediante comunicação por escrito, em suporte de papel ou outro meio duradouro disponível e acessível ao Segurador.

2) O prazo referido no nº 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 pro rata temporis, na medida em que tenha suportado o risco até à resolução do contrato;

b) Ao montante das despesas razoáveis que tenha efectuado com exames médicos, sempre que esse valor seja imputado contratualmente ao Tomador do Seguro.

ARTIGO 14º - TERMO DO CONTRATO

1) O presente contrato cessa nos termos gerais, nomeadamente,

por caducidade, revogação, denúncia e resolução.

2) Em particular, o contrato cessa, automaticamente, os seus efeitos:

a) por falta de pagamento do Prémio, ou de uma de suas fracções, nos termos legais aplicáveis;

b) em caso de não renovação do contrato ou de não renovação da adesão.

3) O presente contrato pode ser denunciado por qualquer das partes, na data do seu vencimento anual, mediante carta registada ou outro meio do qual fique registo escrito, enviada à outra parte com a antecedência mínima de 30 dias em relação à data do vencimento.

4) Em caso de não renovação do contrato, a responsabilidade do Segurador cessa na data de termo.

5) Sem prejuízo, em caso de não renovação do contrato ou da cobertura e não estando o risco coberto por um contrato de seguro posterior, o Segurador garante, nos dois anos subsequentes e até que se mostre esgotado o capital seguro no último período de vigência do contrato, as prestações resultantes de doença manifestada ou outro facto ocorrido na vigência do contrato, desde que cobertos pelo seguro.

6) Para efeito do disposto no número anterior, o Segurador deve ser informado da doença nos 30 dias imediatos ao termo do contrato, salvo justo impedimento.

7) O Cartão de Adesão é propriedade do Segurador, obrigando-se o seu titular a não fazer uso do mesmo e a devolvê-lo logo que cesse a vigência do contrato de seguro ao abrigo do qual foi emitido, ou da adesão da pessoa segura ao mesmo, sob pena de incorrer na responsabilidade civil e criminal que ao facto couber. Em caso de extravio, abuso de confiança, furto ou roubo do cartão, o titular obriga-se a participar a ocorrência ao Segurador, no prazo máximo de 72 horas, sob pena de incorrer em responsabilidade civil no caso de utilização indevida.

ARTIGO 15º - EXCLUSÕES

1) Sem prejuízo do previsto nas Condições Especiais e/ou Particulares, encontram-se sempre excluídas do presente contrato quaisquer despesas ou encargos suportadas no âmbito de um Serviço de Assistência ou de uma Prestação Convencionada, que não tenha sido previamente solicitada pela Pessoa Segura, através da Linha de Atendimento Permanente, ao Segurador e que, pela Seguradora, tenha sido aceite e organizada através dos serviços de assistência.

2) Encontram-se igualmente excluídas do âmbito do presente contrato, quaisquer despesas ou encargos suportados com prestações efectuadas fora das Redes Convencionadas, ou que tenham sido efectuadas junto de um qualquer prestador pertencente a uma das Redes Convencionadas, sem que tenha sido possível validar a vigência da adesão através do Cartão de Adesão, salvo impossibilidade material demonstrada.

3) Para além das situações expressamente excluídas para cada uma das Garantias Indemnizatórias previstas nas Condições Especiais, encontram-se sempre excluídos de sua cobertura:

a) os sinistros verificados antes da celebração do contrato de seguro;

b) os sinistros resultantes de afeição/situação existente à data da celebração do contrato de seguro, da qual a Pessoa Segura tenha conhecimento;

c) os sinistros verificados durante o período de carência, caso o mesmo seja previsto e/ou definido nas Condições Especiais e/ou Particulares;

d) qualquer afeição/situação provocada voluntariamente pela Pessoa Segura.

ARTIGO 16º - PAGAMENTO E ALTERAÇÃO DO PRÉMIO

1) O valor do prémio, o modo e a periodicidade de seu pagamento, corresponde ao que se encontra estabelecido nas Condições Particulares.

2) Salvo convenção expressa em contrário, o prémio é devido por

Condições Gerais

inteiro e adiantadamente, em relação a todo o período correspondente ao prazo do seguro, ficando a eficácia do contrato dependente do efectivo pagamento do mesmo.

3) Nos contratos de seguro cujo pagamento do prémio seja objeto de fraccionamento por prazo inferior ao trimestre, e estejam identificados em documento contratual, as datas de vencimento e valor a pagar, bem como as consequências da falta de pagamento do prémio, fração, acerto, ou adicional, o Segurador pode optar por não proceder ao envio do aviso de pagamento do prémio, cabendo-lhe, nesse caso, o ónus da prova da emissão, aceitação e envio ao tomador do seguro, daquele documento contratual.

4) Nos termos da lei, a falta de pagamento de prémio, na data indicada no aviso ou no documento contratual referido no número anterior, determina a não renovação ou a resolução automática e imediata do contrato na data em que o pagamento seja devido.

5) Em caso de sinistro, o Segurador reserva-se o direito, por via de compensação, de cobrar ou descontar na eventual indemnização o pagamento da totalidade do prémio ou das frações ainda não pagas.

ARTIGO 17º - OBRIGAÇÕES DO TOMADOR DO SEGURO E/OU DAS PESSOAS SEGURAS EM CASO DE SINISTRO

1) Verificando-se qualquer evento que faça funcionar as garantias da apólice, a Pessoa Segura deverá contactar o Segurador, através da Linha de Atendimento, ou dirigir-se a um dos prestadores convenionados (consoante as garantias) e cumprir com as obrigações estabelecidas, nas Condições Especiais da apólice.

2) Sem prejuízo, a Pessoa Segura deve prestar ao Segurador, ou aos prestadores que consigo colaboram, todas as informações relevantes que este solicite relativas ao Sinistro e às suas consequências.

3) Verificando-se qualquer doença ou acidente que faça funcionar as garantias deste contrato, o Tomador do seguro ou a Pessoa Segura, sob pena de responderem por perdas e danos, obrigam-se a:

a) cumprir as prescrições médicas, sob pena de o Segurador apenas responder pelas consequências do acidente que presumivelmente se teriam verificado se aquelas prescrições tivessem sido observadas;

b) submeter-se a exame por médico designado pelo segurador, quando este, fundamentadamente, o requeira;

c) autorizar os médicos a prestar todas as informações solicitadas, sob pena de o Segurador ficar impossibilitado de comprovar se as circunstâncias em que a doença ocorreu estão, ou não, abrangidas pelo seguro;

d) tomar todas as providências para evitar o agravamento da afeição;

e) em caso de acidente garantido pela apólice, participá-lo ao segurador, por escrito, nos oito dias imediatos à sua ocorrência, indicando dia, local, causas, consequências, testemunhas e quaisquer elementos considerados relevantes;

f) quando aplicável, pagar o co-pagamento a cargo da Pessoa Segura;

4) Independentemente das garantias ou das circunstâncias em que as mesmas sejam acionadas, a Pessoa Segura deve apresentar-se sempre na posse do Cartão de Adesão e de um documento de identificação pessoal.

ARTIGO 18º - OBRIGAÇÕES DO SEGURADOR EM CASO DE SINISTRO

Para além de outras resultantes directamente da Lei, constitui obrigação do Segurador o cumprimento pontual dos seus compromissos perante o Tomador do Seguro e Pessoas Seguras, nomeadamente:

a) pagar as indemnizações às quais for obrigado no âmbito do presente contrato, após confirmação do enquadramento de cada sinistro;

b) garantir a qualidade dos serviços inerentes a cada garantia;

c) as informações prestadas e os dados fornecidos para efeitos de avaliação dos riscos e de concretização do contrato de seguro, bem como os que o Segurador venha a aceder na sua execução, serão tratados em obediência ao dever de sigilo, nos termos da lei em vigor.

Fica, no entanto, acordado que sem prejuízo dos deveres previstos na lei, pode o Segurador facultar o acesso ou transmitir tais informações ou dados a pessoas, singulares ou coletivas, de direito publico ou privado, que subcontrate para efeitos de colaboração na execução do contrato ou na realização de estudos estatísticos, de inquéritos de mercado, e/ou na viabilização da execução dos contratos.

d) guardar sigilo, nos termos da lei, sobre todas as informações que lhe sejam fornecidas pelo Tomador do Seguro, nomeadamente as referentes ao estado de saúde.

ARTIGO 19º - SUB-ROGAÇÃO

1) O Segurador fica sub-rogado, até à concorrência da quantia indemnizada, em todos os direitos, ações e recursos do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura contra terceiros responsáveis por todo e qualquer sinistro ao abrigo do Contrato.

2) Nos termos do número anterior, o Tomador do Seguro e a Pessoa Segura obrigam-se a praticar o que necessário for para efetivar esses direitos, respondendo por perdas e danos por qualquer acto que possa impedir ou prejudicar o direito de sub-rogação do Segurador.

ARTIGO 20º - LEI APLICÁVEL AO CONTRATO E RECLAMAÇÕES

1) A lei aplicável a este contrato é a lei portuguesa.

2) Podem ser apresentadas reclamações no âmbito do presente contrato aos serviços do Segurador, através do e.mail dedicado para o efeito [pt_reclamacoes_saude@cardif.com] ou para a seguinte morada: Departamento de Reclamações – Torre Ocidente, Rua Galileu Galilei 2 – 10ºB, 1500-392 Lisboa, bem assim, à Autoridade de Supervisão de Seguros (www.asf.com.pt).

ARTIGO 21º - FORO

O foro competente para dirimir qualquer litígio emergente deste contrato é do local da emissão da apólice, sem prejuízo do estabelecido na Lei processual civil no que respeita à competência territorial em matéria de cumprimento de obrigações.

ARTIGO 22º - RESOLUÇÃO ALTERNATIVA DE LITÍGIOS

Em caso de litígio, o Segurado pode recorrer a uma entidade de resolução alternativa de litígios de consumo (RAL). Considera-se competente para dirimir um litígio de consumo, a entidade RAL do local da celebração do Contrato. Caso não exista uma entidade RAL com competência no local da celebração do Contrato, o consumidor pode recorrer ao Centro Nacional de Informação e Arbitragem de Conflitos de Consumo, sito em Lisboa, com o endereço electrónico: cniacc@unl.pt e disponível na página www.arbitragemdeconsumo.org. Mais informações em www.consumidor.pt.

ARTIGO 23º - CONVENÇÃO DE PROVA

As Partes acordam, para os devidos e legais efeitos, que, nos casos em que o contrato e outros documentos, declarações ou instruções integrantes ou conexos assumam a forma de documento electrónico e sejam aceites pelas mesmas através de assinatura electrónica ou de outro método de aceitação convenionada entre as partes (incluindo celebração electrónica através de "tick in the box" ou outro procedimento electrónico que seja disponibilizado para o efeito ao Tomador do Seguro/Pessoa Segura/Segurado na plataforma electrónica através da qual será celebrado o contrato), os documentos electrónicos em questão asseguram a comprovação da autoria e integridade do documento e terão ainda a força probatória de um documento particular assinado nos termos do Código Civil.

Condições Gerais

ARTIGO 24º - DADOS PESSOAIS

Como parte da relação de seguro, e como o responsável pelo tratamento de dados, a Seguradora é obrigada a obter dados pessoais do Segurado, que estão protegidos pelo Regulamento Geral (EU) 2016/679 do Parlamento e do Conselho, que aprovou o Regime Geral sobre Protecção de Dados (RGPD).

Os dados pessoais solicitados pela Seguradora são obrigatórios. Se os dados pessoais solicitados pela Seguradora forem opcionais, isso será indicado no momento da sua recolha. A recusa do tomador do seguro em fornecer dados pessoais que sejam obrigatórios desde que sejam necessários para o contrato ou para responder a exigências regulatórias, pode fazer com que a Seguradora se recuse a celebrar o contrato.

Os dados pessoais recolhidos pela Seguradora são necessários para:

a) Cumprir as obrigações legais e regulamentares que lhe são aplicáveis.

A Seguradora usa os dados pessoais do Segurado para cumprir diversas obrigações legais e regulamentares, incluindo: Prevenção de fraude de seguros; Prevenção do branqueamento de capitais e financiamento do terrorismo; Combate à fraude fiscal, cumprimento do controle tributário e obrigações de notificação; Monitorizar e relatar riscos que a instituição poderia incorrer; Responder a um pedido oficial de uma autoridade pública ou judicial devidamente autorizada.

b) Para elaborar um contrato com o Segurado ou para actuar a seu pedido, antes da contratação.

A Seguradora usa os dados pessoais do Segurado para celebrar e executar os contractos, incluindo: Definição do perfil de risco de seguro do Segurado e as taxas correspondentes; Gestão de sinistros de seguros e execução de garantias contratuais; Fornecer ao Segurado as informações sobre os contractos da Seguradora; Assistência e atendimento de pedidos; Avaliar se a Seguradora pode oferecer um contrato de seguro e sob que condições.

c) Para atender a interesses legítimos.

A Seguradora usa os dados pessoais do Segurado para implementar e desenvolver os contractos de seguro, melhorar sua gestão de risco e defender direitos legais, incluindo: Comprovativo de pagamento do prémio ou contribuição; Prevenção de fraudes; Gestão de IT, incluindo de infra-estruturas (por exemplo: plataformas compartilhadas) e continuidade de negócios e segurança de IT; Estabelecer modelos estatísticos individuais, com base na análise do número e ocorrência de perdas, por exemplo, para ajudar a definir a pontuação de risco de seguro do Segurado; Estabelecer estatísticas agregadas, testes e modelos para pesquisa e desenvolvimento, a fim de melhorar a gestão de risco do grupo de empresas da Seguradora ou para melhorar os produtos e serviços existentes ou criar novos; Implementação de campanhas de prevenção, por exemplo, criação de alertas relacionados a desastres naturais ou riscos de tráfego ou rodoviários; Formação dos colaboradores da Seguradora através da gravação de chamadas telefónicas recebidas e efectuadas pelos seus call centers; Personalização da oferta da Seguradora para o Segurado e de outras entidades do BNP Paribas através de: Melhoria da qualidade dos contractos de seguro; Anúncio dos contractos de seguro que correspondam a situação e perfil do segurado. Podendo ser alcançado através de: Segmentar os prospectos e clientes da Seguradora; Análise dos hábitos e preferências do Tomador nos vários canais de comunicação que a Seguradora disponibiliza (e-mails ou mensagens, visitas aos sites da Internet da Seguradora, etc.); e, Combinar os dados dos contractos de seguro do Segurado já subscritos ou para os quais recebeu uma cotação, com outros dados que a Seguradora detenha sobre ele (por exemplo, a Seguradora pode identificar se o Segurado tem filhos, mas ainda não possui seguro de protecção familiar); Organizar competições de prémios, lotarias e campanhas promocionais.

Os dados pessoais do Titular da Apólice podem ser agregados em estatísticas anónimas que podem ser oferecidas às entidades do Grupo BNP Paribas para auxiliá-las no desenvolvimento de negócios. Nesse caso, os dados pessoais do titular da apólice nunca serão divulgados e aqueles que receberem essas estatísticas anónimas não poderão

verificar sua identidade.

Para cumprir as finalidades acima mencionadas, a Seguradora só divulga os dados pessoais do Titular da Apólice para os seguintes indivíduos e entidades: Equipa encarregue da gestão dos contractos do segurado; Intermediários e parceiros para gestão de contractos de seguro; Co-seguradoras, resseguradoras e fundos de garantia; Partes interessadas no contrato de seguro, tais como: Detentores de contractos, assinantes e segurados, bem como seus representantes; Cessionários do contrato e beneficiários da sub-rogação; Pessoas responsáveis por incidentes, vítimas, seus representantes e testemunhas. Instituições de Segurança Social quando envolvem reclamações de seguro ou quando a Seguradora fornece benefícios complementares aos benefícios sociais; Entidades do Grupo BNP Paribas (por exemplo, o Tomador do Seguro pode beneficiar de toda a gama de produtos e serviços do Grupo); Provedores de serviços; Parceiros bancários, comerciais e de seguros; Autoridades financeiras ou judiciais, árbitros e mediadores, agências estatais ou órgãos públicos, mediante solicitação e na medida permitida por lei; Certos profissionais regulamentados, como profissionais de saúde, advogados, notários, curadores e auditores.

Em caso de transferências internacionais com origem no Espaço Económico Europeu (EEE), em que a Comissão Europeia tenha reconhecido um país não pertencente ao EEE com um nível adequado de protecção de dados, os dados pessoais do Titular serão transferidos para essa base. Nesta situação, não é necessária qualquer autorização específica.

Para transferências para países não pertencentes ao EEE cujo nível de protecção não tenha sido reconhecido pela Comissão Europeia, a Seguradora dependerá de uma derrogação aplicável à situação específica (por exemplo, se a transferência for necessária para executar nosso contrato com o Segurado, como quando pagamento internacional) ou implementar uma das seguintes medidas para garantir a protecção dos dados pessoais do segurado: Cláusulas contratuais padrão aprovadas pela Comissão Europeia; Se aplicável, regras corporativas vinculantes (para transferências internas de um grupo).

Se o Segurado desejar receber mais informações sobre o processamento dos seus dados pessoais pelo Segurado, poderá consultar o aviso de "protecção de dados" directamente disponível no seguinte endereço <http://www.bnpparibascardif.pt/>

Este Aviso contém todas as informações relativas ao processamento de dados pessoais que a Seguradora, como responsável pelo tratamento de dados, deve fornecer ao Segurado. Isso inclui as categorias de dados pessoais processados, duração de retenção e os direitos do segurado.

Para qualquer reclamação ou solicitação de informação, o Segurado pode entrar em contacto com:

1. Em primeiro lugar, o correspondente de protecção de dados local da Seguradora enviando um e-mail em: pt.encarregadoprotecaodados@cardif.com, ou um correio normal em:

BNP Paribas CARDIF, Rua Galileu Galilei, Torre Ocidente, 10º B, 1500-392 Lisboa

2. O encarregado de protecção de dados (DPO) do Grupo BNP Paribas enviando um e-mail para: dpo.portugal@bnpparibas.com, ou através de correio normal em:

BNP Paribas

Torre Ocidente – Rua Galileu Galilei, nº2 – 13ºPiso, 1500-392 Lisboa

24.1 Apresentação de Participação de Sinistro: Nomeadamente, ao apresentar uma reclamação, o Tomador do Seguro pode por vezes ser obrigado a fornecer à Seguradora dados relativos ao estado da sua saúde. O Tomador do Seguro aceita formalmente que os dados sobre o estado de sua saúde possam ser processados pela Seguradora somente para fins de gestão do contrato de seguro.

24.2 Preenchimento de Declaração de Boa Saúde: Ao adoptar a política, o Segurado poderá às vezes ser obrigado a fornecer à Seguradora dados sobre o estado de sua saúde, por exemplo, ao preencher uma declaração de boa saúde, um questionário médico ou ao realizar formalidades médicas. O Tomador do Seguro aceita formalmente que os dados sobre o estado da sua saúde possam ser processados pela Seguradora somente para fins de conclusão do contrato de seguro.

Condições Especiais

CONDIÇÕES ESPECIAIS

CADA PESSOA SEGURA TERÁ ACESSO E PODERÁ USUFRUIR, NOS TERMOS E COM OS LIMITES ESTABELECIDOS NAS CONDIÇÕES PARTICULARES DA APÓLICE, DAS GARANTIAS QUE CONSTITUEM O PRODUTO A QUE ADERIU E QUE SE ENCONTRA MELHOR IDENTIFICADO NO CARTÃO DE ADESÃO.

Às Garantias constantes nestas Condições Especiais, aplicam-se, na parte não especificamente regulamentada, as disposições constantes nas Condições Gerais e/ou Particulares:

I - SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA:

1. LINHA DE ATENDIMENTO TELEFÓNICO PERMANENTE (24 HORAS): 210 054 116

O Segurador, através dos serviços de assistência, disponibilizará uma Linha de Atendimento Telefónico Permanente (24 horas por dia).

Através da Linha, a Pessoa Segura poderá obter informações sobre as garantias do produto, sobre o seu funcionamento, bem como, a título meramente informativo e por solicitação da Pessoa Segura, informação sobre: Clínicas Médicas, Hospitais, Médicos, Centros de reabilitação, de Raio X, análises e outros meios de diagnóstico, para consulta externa de especialidade em Portugal.

2. ACONSELHAMENTO MÉDICO TELEFÓNICO:

Através da Linha de Atendimento Telefónico Permanente (24 horas por dia), a Pessoa Segura poderá solicitar à equipa Médica do Segurador disponível, informações médicas ou de simples aconselhamento. Caso não seja possível fornecer uma resposta imediata, o Segurador diligenciará no sentido de efectuar a procura das informações solicitadas, voltando a contactar com a Pessoa Segura para lhe transmitir as respetivas informações.

O Segurador não será responsável por interpretações e/ou conclusões que a Pessoa Segura retire das informações prestadas, nem de eventuais consequências das mesmas. As informações médicas prestadas não poderão ser entendidas como uma consulta médica, mas tão-somente como uma orientação de natureza genérica, prestada por um dos médicos assistentes do Segurador.

II – PRESTAÇÕES CONVENCIONADAS

3. ENVIO DE MÉDICO AO DOMICÍLIO

O Segurador, através dos serviços de assistência, garante à Pessoa Segura o envio de um médico ao domicílio 24 horas por dia (fins-de-semana e feriados incluídos), mediante um co-pagamento a cargo da Pessoa Segura, a efectuar no ato da consulta directamente ao Médico, nos termos e condições estabelecidas nas Condições Particulares.

Caso, por razões de disponibilidade imediata, não seja possível, dentro do horário e dias anteriormente estabelecidos, localizar um Médico disponível para efectuar a consulta domiciliária, o Segurador organizará e suportará o custo do transporte da Pessoa Segura até à Unidade Hospitalar mais próxima da sua residência.

Seja em que circunstâncias for, esta garantia substitui ou pode ser considerada como um serviço de emergência público.

4. ENVIO DE MEDICAMENTOS AO DOMICÍLIO:

O Segurador, através dos serviços de assistência, garante a organização da entrega de medicamentos ao domicílio, desde que a Pessoa Segura seja possuidora de um receituário médico.

O custo com os medicamentos fica sempre a cargo da Pessoa Segura, sendo esta previamente informada, pelos serviços de assistência, sobre o valor que terá que suportar no acto de entrega.

5. TRANSPORTE EM ÂMBULANCIA:

Em caso de necessidade comprovada, o Segurador, através dos serviços de assistência, garante o envio de uma ambulância para transporte da Pessoa Segura para a Unidade Hospitalar mais próxima do local onde se encontra.

Ficará a cargo do Segurador o custo com o primeiro serviço de transporte (que inclui o trajecto de ida e volta) solicitado em cada anuidade do seguro.

Caso, no âmbito do mesmo pedido ou de outros pedidos que venham a ocorrer, a Pessoa Segura volte a necessitar de ser transportada por meio de ambulância, para além do serviço inicial garantido, o Segurador, por solicitação da Pessoa Segura, organizará o transporte, ficando, no entanto, o custo com o mesmo a cargo da Pessoa Segura.

O custo dos serviços a cargo da Pessoa Segura, serão previamente informados pelo Segurador aquando de sua solicitação.

Esta garantia, em caso algum, substitui o serviço de emergência médica nacional, pelo que, em caso de urgência deverá sempre ligar para o 112.

6. SERVIÇOS DE ENFERMAGEM AO DOMICÍLIO:

Em caso de doença ou acidente, que provoque à Pessoa Segura uma situação de acamamento ou incapacidade física clinicamente comprovadas por relatório médico, que impossibilite a sua mobilidade, o Segurador, através dos serviços de assistência, promoverá a procura e o envio ao domicílio de profissionais de enfermagem durante o tempo necessário à sua recuperação, de acordo com as condições constantes nas Condições Particulares.

7. APOIO DOMICILIÁRIO

Em caso de doença ou acidente, que provoque à Pessoa Segura uma situação de acamamento ou incapacidade física clinicamente comprovadas por relatório médico, que impossibilite a sua mobilidade, o Segurador, através dos serviços de assistência, promoverá a procura e o envio ao domicílio de uma terceira pessoa para a acompanhar e prestar ajuda domiciliária durante o tempo necessário à sua recuperação.

O Serviço de Apoio Domiciliário não se trata de um serviço clínico e pode englobar os seguintes serviços:

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

O custo dos serviços de apoio domiciliário ficam totalmente a cargo da Pessoa Segura, competindo ao Segurador, através dos serviços

Condições Especiais

de assistência, a sua organização, bem como a informação sobre o seu custo.

PROCEDIMENTOS A ADOPTAR PARA EFEITOS DE SINISTROS REFERENTES A PRESTAÇÕES CONVENCIONADAS:

A solicitação ao abrigo das garantias de Prestações Convencionadas previstas nas presentes Condições Especiais, deverá ser sempre efectuada através da Linha de Atendimento Permanente disponibilizada pelos serviços de assistência do Segurador.

Os processos referentes a Prestações Convencionadas, são sempre geridos pelos serviços de assistência do Segurador, ficando a cargo da Pessoa Segura o co-pagamento previsto nas Condições Particulares da apólice para cada garantia.

A presente apólice não garante qualquer tipo de reembolso de despesas com a prestação de cuidados de saúde efectuadas ao abrigo de Prestações Convencionadas, uma vez que, o valor das Prestações Convencionadas pressupõe já o custo que fica a cargo da Pessoa Segura (indicado nas Condições Particulares) e do Segurador.

A presente apólice não garante qualquer tipo de reembolso de despesas efectuadas fora das Prestações Convencionadas.

III - ACESSO A REDES CONVENCIONADAS

8. ACESSO À REDE MÉDICA:

O Segurador, através de sua Rede Médica Convencionada, disponibiliza o acesso a um conjunto de prestadores médicos, através dos quais a Pessoa Segura poderá usufruir de benefícios que se traduzem no acesso a actos de medicina ambulatoria, consultas de clinica geral e consultas da especialidade, exames clínicos e exames auxiliares de diagnóstico, a preços convencionados, de acordo com as condições constantes nas Condições Particulares.

Os valores convencionados para as consultas de clinica geral, exames clínicos e outros meios complementares de diagnóstico e terapêutica poderão variar de acordo com as condições protocoladas com cada um dos prestadores que integram a Rede Convencionada.

A adesão do prestador de cuidados de saúde à Rede Médica poderá variar consoante as especialidades e as capacidades disponíveis do prestador para a prática de determinadas consultas, exames clínicos ou outros meios complementares de diagnóstico.

9. ACESSO À REDE DE MEDICINA DENTÁRIA:

O Segurador garante, através de sua Rede Convencionada, o acesso a uma Rede de Medicina Dentária, através da qual a Pessoa Segura poderá usufruir de um conjunto de prestações convencionadas de estomatologia, em condições mais favoráveis do que os oferecidos ao público em geral.

10. ACESSO À REDE BEM-ESTAR

O Segurador, através da Rede Bem-Estar, garante à Pessoa Segura, de acordo com o plano contratado, o acesso a uma rede de prestadores na área das medicinas complementares e de bem-estar físico e mental, em condições mais favoráveis do que os oferecidos ao público em geral.

Através da Rede de Bem-Estar, o Segurador garante ainda à Pessoa Segura, de acordo com o plano contratado, o acesso a uma rede de

prestadores de serviços e de produtos, de natureza não clínica, destinados a animais de companhia.

Os descontos convencionados correspondem ao percentual acordado com cada um dos Prestadores e pode variar consoante o tipo de prestador ou produto.

11. ACESSO A REDE DE FARMÁCIAS:

O Segurador, através de sua Rede Convencionada, garante à Pessoa Segura o acesso a uma rede de farmácias com condições especiais na aquisição de medicamentos, cosmética, puericultura, higiene oral e outros.

Os descontos convencionados correspondem ao percentual acordado com cada um dos Prestadores e pode variar consoante o tipo de prestador ou produto.

12. ACESSO A REDE DE ÓPTICAS:

O Segurador, através de sua Rede Convencionada, garante à Pessoa Segura o acesso a uma rede de ópticas com condições especiais na aquisição de óculos graduados, óculos de sol, lentes oftálmicas e lentes de contacto.

Os descontos convencionados correspondem ao percentual acordado com cada um dos Prestadores e pode variar consoante o tipo de prestador ou produto.

13. ACESSO A REDE DE 2ª OPINIÃO MÉDICA INTERNACIONAL

Caso seja clinicamente diagnosticada à Pessoa Segura, uma das doenças graves abaixo indicadas, o Segurador, através dos serviços de assistência, disponibilizará à Pessoa Segura, o direito a obter uma 2ª opinião médica, através de um dos prestadores que integre a sua Rede Convencionada, que efectuarão toda a gestão do processo clínico, nomeadamente, a recolha de provas diagnósticas, realização de consultas, análise e elaboração do respectivo diagnóstico com as respectivas recomendações diagnósticas e/ou terapêuticas e as devidas explicações à Pessoa Segura.

O acesso a uma 2ª Opinião Médica Internacional, realizar-se-á através de uma ampla rede de médicos especialistas, que integrem a Rede Convencionada, especializados em cada uma das valências associadas:

Esta garantia cobre as seguintes doenças graves:

- Cancro;
- Doenças Cardiovasculares e Transplantes de Órgãos;
- Doenças neurológicas e neurocirúrgicas;
- Insuficiência renal crónica e esclerose múltipla;
- Doença idiopática de Parkinson e Doença de Alzheimer;

14. ACESSO A REDE DE CHECK-UP

O Segurador, através do serviço de assistência, garante o acesso a consultas de Check-Up num dos Prestadores que integrem a Rede Convencionada, nos termos e condições estabelecidos nas Condições Particulares.

O Check-Up previsto pela presente garantia, inclui os seguintes exames de diagnóstico:

- Consulta de clinica geral
- Urina II
- Colesterol Total
- HDL
- Triglicéridos
- Glicémia em jejum

Condições Especiais

- Hemograma
- Velocidade de Sedimentação
- Creatinina
- Transaminases
- Gamma T
- Ácido Úrico
- Raio X Tórax com relatório
- ECG em repouso

ÂMBITO E FUNCIONAMENTO DAS REDES CONVENCIONADAS:

As Redes Convencionadas, são por natureza mutáveis, pelo que, são constituídas pelo conjunto de Prestadores que, em cada momento, as integram. O Segurador não é responsável por eventuais alterações que possam ocorrer, durante a vigência do contrato, nas Redes Convencionadas, nomeadamente, quanto à entrada e/ou saída de Prestadores e/ou alteração de preços convencionados.

A Pessoa Segura poderá obter, em cada momento, informações sobre os Prestadores que integram as Redes Convencionadas, através do site da internet <http://www.bnpparibascardif.pt> ou através da Linha de Atendimento Telefónico Permanente.

As Redes Convencionadas têm um âmbito nacional.

Para efeitos da utilização das Redes Convencionadas, a Pessoa Segura deverá apresentar-se sempre na posse do Cartão de Adesão que lhe garante o acesso à respectiva Rede, bem como um documento de identificação pessoal, sob pena de não lhe serem disponibilizados os serviços garantidos.

O acesso aos serviços e/ou produtos disponíveis nas Redes Convencionadas pode estar sujeito a co-pagamentos a cargo da Pessoa Segura, de acordo com o estabelecido nas Condições Particulares da apólice.

A presente apólice não garante qualquer tipo de reembolso de despesas efectuadas nas Redes Convencionadas, uma vez que, o valor dos serviços e/ou bens convencionados pressupõe já o custo que fica a cargo da Pessoa Segura (indicado nas Condições Particulares) e do Segurador.

A presente apólice não garante qualquer tipo de reembolso de despesas efectuadas fora das Redes Convencionadas.

IV - GARANTIAS INDEMNIZATÓRIAS:

15. HOSPITALIZAÇÃO:

Em caso de internamento da Pessoa Segura por um período superior a 3 dias, numa qualquer Unidade Hospitalar reconhecida pelas entidades públicas competentes, motivado por doença ou acidente, o Segurador garante à Pessoa Segura, de modo a fazer face a despesas em que tenha que incorrer em consequência do sinistro, uma indemnização de acordo com o estabelecido nas Condições Particulares da apólice aplicáveis ao produto contratado.

Quando motivada por doença, a garantia de Hospitalização está sujeita a um Período de Carência de 30 dias e de Franquia Relativa de 3 dias. Quando motivada por acidente, encontra-se apenas sujeita a uma franquia relativa de 1 dia.

Cada uma das Pessoas Seguras só poderá usufruir da garantia de Hospitalização, enquanto apresentar idade compreendida entre os 18 e os 65 anos de idade (inclusive).

Para além das situações excluídas nas Condições Gerais, encontram-se especialmente excluídas situações de HOSPITALIZAÇÃO causadas por:

- i) Tentativa de suicídio; ii) acto provocado voluntariamente pela Pessoa Segura; iii) consumo de álcool, estupefacientes ou outras drogas não prescritas, ou em doses não prescritas, por qualquer médico; iv) participação voluntária do segurado em desafios, disputas ou rixas susceptíveis de pôr a sua integridade física em risco, salvo em situação de legítima defesa ou tentativa de salvamento de pessoas ou bens; v) prática de qualquer desporto a nível profissional ou de risco particularmente elevado (p. ex.: alpinismo, pára-quedismo, artes marciais, desportos de inverno, boxe, tauromaquia, espeleologia, caça grossa e outros de semelhante nível de periculosidade), bem como a participação em competições de veículos motorizados ou aeronaves; vi) utilização de veículos motorizados de duas rodas, como condutor ou passageiro, sem uso de capacete de protecção; vii) condução de qualquer veículo motorizado sem habilitação legal para o efeito ou sob efeito de álcool ou estupefacientes; viii) parto gravidez ou interrupção voluntária ou espontânea da gravidez; ix) Dores nas costas ou lombalgias; x) afecções por neuropatias ou algiopatias cujos sintomas ou manifestações não tenham comprovação clínica, bem como psicopatias de qualquer natureza; xi) quaisquer tratamentos, situações ou intervenções, a pedido da Pessoa Segura, por razões estéticas.

16. PERÍODO DE CONVALESCENÇA:

Caso à Pessoa Segura, após ter recebido alta hospitalar na sequência de um sinistro de Hospitalização aceite pelo Segurador nos termos da apólice, seja clinicamente prescrita a necessidade de tratamento médico com vista à sua recuperação, o Segurador garante à Pessoa Segura, de modo a fazer face a despesas em que tenha que incorrer em consequência do sinistro, uma indemnização de acordo com o estabelecido nas Condições Particulares.

Cada uma das Pessoas Seguras só poderá usufruir da garantia de Convalescença, enquanto apresentar idade compreendida entre os 18 e os 65 anos de idade (inclusive).

Para além das situações excluídas nas Condições Gerais, encontram-se especialmente excluídas as mesmas situações previstas para a Garantia de Hospitalização.

17. QUEIMADURAS GRAVES:

Caso a Pessoa Segura sofra um acidente que lhe provoque, devidamente diagnosticadas por um médico especialista, queimaduras de 2º e/ou 3º grau, que atinjam uma superfície corporal igual ou superior a 20%, o Segurador garante à Pessoa Segura, de modo a fazer face a despesas em que tenha que incorrer em consequência do sinistro, uma indemnização de acordo com o estabelecido nas Condições Particulares da apólice aplicáveis ao produto contratado.

Cada uma das Pessoas Seguras só pode usufruir da garantia de Queimaduras Graves, enquanto apresentar idade compreendida entre os 18 e os 80 anos de idade (inclusive).

Para além das situações excluídas nas Condições Gerais, encontram-se especialmente excluídas situações de Queimaduras Graves causadas por:

- i) acto provocado voluntariamente pela Pessoa Segura; ii) radiação solar; iii) qualquer processo de auto-bronzamento ou de aplicação de produtos químicos na pele para produzir um efeito similar em aparência ao bronzamento solar tradicional.

Condições Especiais

18. CIRURGIA DEVIDA A ACIDENTE:

Caso, na sequência de um acidente, tenha sido clinicamente diagnosticada a necessidade da pessoa segura ter que se sujeitar a uma intervenção cirúrgica com vista à reparação, remoção, substituição ou transplante de órgão ou tecido danificado, com recurso a anestesia e técnicas invasivas, o Segurador garante à pessoa segura, de modo a fazer face a despesas em que tenha que incorrer em consequência do sinistro, uma indemnização de acordo com o estabelecido nas Condições Particulares da apólice aplicáveis ao produto contratado.

Cada uma das Pessoas Seguras só poderá usufruir da garantia de Cirurgia devida a Acidente, enquanto apresente idade compreendida entre os 18 e os 65 anos de idade (inclusive).

Para além das situações excluídas nas Condições Gerais, encontram-se especialmente excluídas situações de Cirurgia devida a Acidente causadas por:

i) Tentativa de suicídio; ii) acto provocado voluntariamente pela Pessoa Segura; iii) consumo de álcool, estupefacientes ou outras drogas não prescritas, ou em doses não prescritas, por qualquer médico; iv) participação voluntária do segurado em desafios, disputas ou rixas susceptíveis de pôr a sua integridade física em risco, salvo em situação de legítima defesa ou tentativa de salvamento de pessoas ou bens; v) prática de qualquer desporto a nível profissional ou de risco particularmente elevado (p. ex.: alpinismo, pára-quedismo, artes marciais, desportos de inverno, boxe, taumomaquia, espeleologia, caça grossa e outros de semelhante nível de periculosidade), bem como a participação em competições de veículos motorizados ou aeronaves; vi) condução de qualquer veículo motorizado sem habilitação legal para o efeito ou sob efeito de álcool ou estupefacientes; vii) resultante de qualquer doença; viii) quaisquer tratamentos, situações ou intervenções, a pedido da Pessoa Segura, por razões estéticas; ix) provocado pelo manuseamento de armas ou explosivos ou qualquer outro material pirotécnico.

PROCEDIMENTOS A ADOPTAR PELO TOMADOR/PESSOA SEGURA, EM CASO DE SINISTRO REFERENTE A GARANTIAS INDEMNIZATÓRIAS:

A participação de um sinistro ao abrigo de Garantias Indemnizatórias, deverá ser efectuada pelo Tomador do Seguro, pela Pessoa Segura, ou por quem os represente, no prazo máximo de 8 dias a contar daquele em que tenha conhecimento, devendo ser utilizados para o efeito os documentos próprios disponibilizados pelo Segurador, para os seguintes endereços:

plano_saude_apoiocliente@cardif.com
TORRE OCIDENTE, RUA GALILEU GALILEI 2, ANDAR 10B –
1500-392 LISBOA, PORTUGAL

Na participação devem ser explicitadas todas as circunstâncias da verificação do sinistro, as eventuais causas da sua ocorrência e respectivas consequências.

O Tomador do Seguro e/ou a Pessoa Segura, devem prestar todas as informações relevantes que o Segurador solicite para o efeito, nomeadamente, o envio da seguinte documentação:

HOSPITALIZAÇÃO

i) Declaração Hospitalar a comprovar a data de início e de fim (alta) do internamento, bem como os motivos que a provocaram.

PERÍODO DE CONVALESCENÇA:

i) Declaração Hospitalar a comprovar a data de início e fim do

internamento, bem como os motivos que o provocaram;

ii) Declaração médica a atestar que a Pessoa Segura, após ter recebido alta hospitalar, necessita de ficar, para efeitos de sua recuperação (convalescença), numa situação de repouso absoluto, bem como o período pelo qual terá de ficar nessa situação.

QUEIMADURAS GRAVES:

i) Declaração médica a atestar que a Pessoa Segura sofreu de queimaduras, o grau dessas queimaduras, bem como a área de superfície corporal atingida.

CIRURGIA DEVIDO A ACIDENTE:

i) Declaração médica a atestar que, na sequência de um acidente, tenha sido clinicamente diagnosticada a necessidade da Pessoa Segura ter que se sujeitar a uma intervenção cirúrgica com vista à reparação, remoção, substituição ou transplante de órgão ou tecido danificado, com recurso a anestesia e técnicas invasivas.