



SEGURADOR

Real Vida Seguros, S.A.

PRODUTO

Cartão Social +

DESCRIÇÃO

O Cartão Social + é um seguro que garante a comparticipação de despesas médicas em caso de Hospitalização por doença ou acidente, bem como a pagamento de subsídio em caso de internamento hospitalar.

ENTIDADE GESTORA DE SAÚDE

Advancecare

PLANO DE COBERTURAS

Coberturas	Plano A	Plano B	Plano C
Hospitalização	√	√	√
Acesso à Rede Social Advancecare	√	√	√
Subsídio Diário por Internamento Hospitalar	-	√	√

ÂMBITO DAS COBERTURAS**HOSPITALIZAÇÃO**

A cobertura garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, o pagamento de despesas efectuadas pela Pessoa Segura em regime de prestações na rede, em consequência de Hospitalização numa unidade hospitalar Rede Médica Convencionada, motivada por doença ou acidente.

O pagamento de despesas médicas, no que se refere a hospitalização da Pessoa Segura necessita sempre de pré-autorização por parte dos serviços clínicos.

Os honorários médicos do cirurgião, anestesista, ajudante e instrumentista ficam condicionados ao resultado do produto entre o valor máximo de k estabelecido, € 6,75 e o número de k atribuídos ao acto médico, de acordo com o Código de Nomenclatura e Valor Relativo de Actos Médicos, publicado pela Ordem dos Médicos.

Para os devidos efeitos, são considerados todos os actos 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 e que não se prolongue no tempo por período superior a 365 dias.

O que está seguro:

- Honorários médicos, nomeadamente os relativos ao médico cirurgião, anestesista, ajudantes e instrumentistas;
- Internamento em unidades de cuidados intensivos;
- Quimioterapia e Radioterapia realizada no hospital em regime ambulatorio;
- Cirurgia do foro estomatológico ou maxilo-facial quando seja consequência de doença oncológica ou de acidente que requeira tratamento de urgência em hospital;
- Internamento motivado por doenças do foro psíquico, no máximo de 15 (quinze) dias por anuidade;
- Diárias da Pessoa Segura;
- Enfermagem (não privativa);
- Exames auxiliares de diagnóstico, quando prescritos e realizados durante o internamento;
- Medicamentos administrados durante o internamento;
- Piso de sala de operação e instalações necessárias à realização dos actos médicos (bloco operatório, sala de recobro, etc...) e material usado (gases de anestesia, oxigénio, etc...);
- Transporte terrestre de ambulância para ou do hospital em Portugal.

O que não está seguro:

- a) Pagamento das despesas de internamento relacionadas com cirurgias e tratamentos do foro estomatológico ou maxilo-facial, excepto se resultante de acidente garantido por este Contrato;
- b) Cirurgias ou tratamentos refrativos à miopia, astigmatismo e hipermetropia (cirúrgico ou a laser), excepto para situações com mais de 4 dioptrias;
- c) Despesas de natureza particular, tais como: telefone, aluguer de tv, etc...;
- d) Enfermagem privativa;
- e) Honorários de parteiras;
- f) Despesas com acompanhantes, excepto nos casos de internamento de crianças de idade inferior a 12 anos;
- g) Despesas de saúde e internamento, quando, de acordo com o estado de saúde da Pessoa Segura, os tratamentos realizados constituam cuidados continuados ou tenham uma finalidade meramente paliativa, para convalescença, reabilitação psicomotora, recuperação ou motivos sociais;
- h) Parto;
- i) Cirurgia realizada no hospital em regime ambulatorio;
- j) Interrupção Voluntária da Gravidez.

ACESSO À REDE SOCIAL ADVANCECARE

A presente cobertura garante, através da sua Rede Médica Convencionada, 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 especialidade, exames clínicos e exames auxiliares de diagnóstico, a preços convencionados.

A Pessoa Segura terá o acesso aos seguintes serviços:

- Ambulatório;
- Consultas de especialidade;
- Medicina Física e Reabilitação;
- Exames Auxiliares e Diagnóstico;
- Medicina dentária;
- Oftalmologia;
- Assistência Telefónica;
- Check up;
- Farmácias.

Os valores convencionados para os serviços descritos acima poderão variar de acordo com as condições protocoladas com cada um dos prestadores que integram a Rede Convencionada.

SUBSÍDIO DIÁRIO POR INTERNAMENTO HOSPITALAR

A cobertura garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, o pagamento de um subsídio diário em caso de Internamento Hospitalar por Doenças ou Acidente.

O pagamento do subsídio diário mantém-se desde que subsista o internamento em hospital por um período não superior a 60 dias contados da data de internamento da Pessoa Segura.

EXCLUSÕES GERAIS

1. Actos realizados 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. As anomalias congénitas que se manifestam a qualquer momento, excepto para recém-nascidos cuja adesão seja efectuada até 30 dias após o nascimento;
4. Doenças, lesões ou deformações pré-existentes à data de celebração do contrato de seguro e não declaradas no Questionário Individual de saúde;
5. Acidentes, doenças, lesões, deformidades ou sequelas pré-existentes, diagnosticadas antes da entrada em vigor do contrato, ainda que as consequências das mesmas persistam, se manifestem ou determinem durante a vigência do mesmo;
6. Distúrbios e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como intoxicação decorrente da acção de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescrito por um médico;
7. Doenças e/ou acidentes causados pelo consumo excessivo de álcool ou tabaco;
8. Tratamentos relacionados com a toxicodependência;

9. Patologias ou tratamentos relacionados, directa ou indirectamente, com infecção por vírus de imunodeficiência humana (HIV);
10. Tratamentos relacionados, directa ou indirectamente, com infecção por vírus da hepatite, exceptuando os resultantes da hepatite A;
11. 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 actos dolosos ou gravemente culposos ou ilícitos por parte da Pessoa Segura;
12. Uso de material nuclear para qualquer propósito, incluindo a explosão nuclear, provocada ou não;
13. Explosão ou quaisquer outros fenómenos, directa ou indirectamente, relacionados com a desintegração ou fusão de núcleos de átomos, bem como os efeitos da contaminação radioactiva;
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, excepto em consequência de doença garantida pela apólice;
15. Disfunções sexuais, excepto em consequência de doença garantida pela apólice;
16. Tratamentos e/ou cirurgia para mudança de sexo;
17. Interrupção voluntária da gravidez, incluindo situações clínicas dela decorrentes;
18. Tratamentos e/ou cirurgia de regularização do peso;
19. 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;
20. Intervenções cirúrgicas para correção da roncopia, excepto em caso de apneia;
21. Transplantes e implantes incluindo todos os actos clínicos, actos laboratoriais e materiais necessários, excepto sendo justificável em consequência de doença garantida pela apólice;
22. Acidentes e doenças com cobertura em seguros obrigatórios;
23. Acidentes de trabalho, acidentes em serviço e doenças profissionais;
24. Doenças infectocontagiosas, quando em situação de epidemia declarada pelas autoridades competentes;
25. Perdas e danos, ainda que relacionados directa ou indirectamente com as garantias contratadas;
26. Hospitalização para realização de exames periódicos;
27. Tratamentos de enfermagem privados e/ou prestados no domicílio, bem como a realização domiciliária de quaisquer exames ou tratamentos (incluindo a fisioterapia);
28. Despesas efectuadas por acompanhantes da Pessoa Segura, excepto em caso de internamento hospitalar de menores até aos doze anos de idade ou de cidadãos portadores de deficiência congénita ou adquirida;
29. Despesas com Serviços que não sejam clinicamente necessários;
30. Acidentes resultantes de:
 - a) Participação em competições desportivas e respectivos 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 rezes; 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;
 - d) Actos terroristas, perdas e danos causados directa ou indirectamente por aqueles, desde que devidamente reconhecidos como uma ameaça para a ordem pública pela autoridade pública competente;
 - e) Actos ou operações de guerra, declarada ou não, como a química ou a guerra bacteriológica, guerra civil, de guerrilha, revolução, motim, rebelião ou outro distúrbio civil resultante das mesmas, excepto nos casos de prestação de serviço ou actos humanitários.

LIMITES DE INDEMNIZAÇÃO

Coberturas	Plano A	Plano B	Plano C
Hospitalização	€ 1.000 ¹⁾	€ 2.000 ¹⁾	€ 5.000 ¹⁾
Acesso à Rede Social Advancecare	Sem limite	Sem limite	Sem limite
Subsídio Diário por Internamento Hospitalar	-	€ 25 / dia ²⁾	€ 25 / dia ²⁾

¹⁾ Capital anual de indemnização.

²⁾ O valor duplica no caso de internamento numa UCI.

COMPARTICIPAÇÕES, CO-PAGAMENTOS E PERIODOS DE CARÊNCIA

Coberturas	Segurador	Cliente	Periodo de Carência
Hospitalização Co-pagamento (por sinistro)	100%	0% € 350	180 dias
Acesso à Rede Social Advancecare	-	-	n.a.
Subsídio Diário por Internamento Hospitalar Franquia por sinistro (ocorrência / sinistro)	€ 25/ dia 7 dias	n.a. n.a.	180 dias n.a.

REGIME DE FUNCIONAMENTO DAS GARANTIAS

Prestações na Rede

Serviços de cuidados de saúde, garantidos pelo presente contrato de seguro, realizados em prestadores da Rede Médica Convencionada, nos quais a comparticipação das despesas de saúde é suportada directamente pelo Segurador, nos termos do disposto nas Condições Particulares.

LIMITES ETÁRIOS

Subscrição

Idade Mínima: Não existe

Idade Máxima: 70 anos

Permanência

Idade Máxima: 85 anos

DURAÇÃO, RENOVAÇÃO E DENÚNCIA DO CONTRATO

1. O contrato produz efeitos a partir das zero horas do dia seguinte ao da sua celebração, desde que o prémio inicial seja pago.
2. O contrato é celebrado por um ano a continuar pelos anos seguintes.
3. O contrato celebrado renova-se sucessivamente por novos períodos de um ano, salvo se for denunciado por qualquer uma das partes ou se não for pago o prémio. A apólice caduca automaticamente no final da anuidade em que a Pessoa Segura completar 85 anos.
4. Qualquer uma das partes pode denunciar o contrato com a antecedência mínima de 30 dias em relação ao termo da anuidade.
5. O Tomador do Seguro, se pessoa singular, pode pôr termo ao contrato sem ter que invocar justa causa, até 30 dias após a data da recepção da Apólice, com efeito retroactivo ao início do contrato. Neste caso, o Segurador tem direito ao valor do prémio calculado proporcionalmente ao tempo decorrido na medida em que tenha suportado o risco.

DIREITO DE LIVRE RESOLUÇÃO DO CONTRATO

1. O Tomador do Seguro, sendo pessoa singular, pode resolver o contrato, sem invocar justa, num prazo de 30 dias a contar da data de recepção da Apólice, 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 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.

DECLARAÇÃO INICIAL DO RISCO

1. O Tomador do Seguro e a Pessoa Segura estão obrigados, antes da celebração do contrato, a declarar com exactidão todas as circunstâncias que conheçam e razoavelmente devam ter por significativas para a apreciação do risco pelo Segurador.
2. O disposto no número anterior é igualmente aplicável a circunstâncias cuja menção não seja solicitada em questionário fornecido pelo Segurador.

3. Em caso de incumprimento doloso do disposto no nº 1, de acordo com os termos e com as consequências previstas na Lei, o contrato é anulável.
4. Em caso de incumprimento com negligência do disposto no nº 1, e de acordo com os termos e com as consequências previstas na Lei, o Segurador pode optar pela cessação ou alteração do contrato.

PRÉMIO

1. A cobertura dos riscos depende do prévio pagamento do prémio.
2. O pagamento do prémio é anual, podendo por acordo entre o Segurador e o Tomador do Seguro, ser pago em fracções mensais.
3. O prémio ou fracção inicial é devido na data da celebração do contrato, dependendo a eficácia deste do respectivo pagamento. A falta de pagamento do prémio inicial ou da primeira fracção deste, na data de vencimento, determina a resolução automática do contrato a partir da data da sua celebração.
4. O prémio correspondente a cada período de duração do contrato é devido por inteiro, sem prejuízo de poder ser fraccionado para efeitos de pagamento, desde que acordado e expressamente previsto nas Condições Particulares.
5. O Segurador encontra-se obrigado, até 30 dias antes da data em que o prémio ou fracção subsequente é devido, a avisar, por escrito, o Tomador do Seguro, indicando nessa data, o valor a pagar, a forma de pagamento e as consequências da falta de pagamento do prémio ou fracção. No entanto, se tiver sido acordado o pagamento do prémio em fracções 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 fracções, os seus montantes e as consequências da falta de pagamento.
6. A falta de pagamento do prémio de uma anuidade subsequente ou da 1ª fracção 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 fracção do prémio na data em que é devida, determina a resolução automática e imediata do contrato nessa mesma data.
7. 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, não implicando agravamento do risco inicial, determinará que a alteração solicitada fique sem efeito, e se mantenham as condições contratuais anteriormente em vigor ao pedido efectuado.
8. O disposto nos números anteriores é aplicável ao pagamento dos prémios ou fracções devidos por cada um dos aderentes ao Seguro de Grupo, quando este seguro seja contributivo e o Tomador do Seguro e o Segurador hajam estabelecido que o respectivo pagamento seja efectuado ao Segurador pelo aderente.

FORMA DE PAGAMENTO

O prémio pode ser pago através de qualquer um dos meios disponíveis, sendo preferível o débito automático na conta à ordem. O pagamento do prémio pode ser mensal, sendo obrigatório a pagamento por débito automático na conta à ordem.

RESPONSABILIDADE MÁXIMA DO SEGURADOR EM CADA PERÍODO DE VIGÊNCIA DO CONTRATO

1. Os valores máximos garantidos pelo contrato, assim como as franquias contratadas, co-pagamentos e os períodos de carência aplicáveis, constam das Condições Particulares e vigoram em cada anuidade da apólice.
2. Salvo convenção em contrário, nas situações de acerto de vencimento, os valores garantidos são proporcionais ao tempo de risco.

RECLAMAÇÕES

Segurador dispõe de uma unidade orgânica específica para receber, analisar e dar resposta às reclamações efectuadas, 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.

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.

AUTORIDADE DE SUPERVISÃO

Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões