

ANEXO I - CONDIÇÕES PARTICULARES E ESPECIAIS DA APÓLICE

Apólice N.º

CONDIÇÕES PARTICULARES

Entre a empresa Infraestruturas de Portugal, S.A., com sede na Praça da Portagem, 2809-013 Almada, contribuinte n.º 503933813 e a [identificação do segurador], adiante designados por Tomador de Seguro ou IP e Segurador ou [designação do segurador], respetivamente, é celebrado o presente contrato de seguro de Saúde Grupo que se regerá pelas Condições Gerais e pelas cláusulas seguintes:

I – Garantias, Comparticipações e Limites Máximos/Anuidade

| GARANTIAS | CAPITAIS | % REEMBOLSO DESPESAS | | OUTRAS CONDIÇÕES |
|---|---|----------------------|--------------|--|
| | | REDE | FORA DA REDE | |
| 1. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR · Intervenção Cirúrgica · Despesas de Internamento · Parto ⁽¹⁾ · Litotricia ⁽¹⁾ | 40.000,00 € 2.900,00 € 1.350,00 € | 90% | 50% | Despesas realizadas fora da Rede: valor máximo de K 6,75 € |
| 2. ASSISTÊNCIA AMBULATORIA ⁽²⁾ · Honorários médicos de consultas · Elementos auxiliares de diagnóstico · Assistência hospitalar externa · Tratamentos | 2.000,00 € | 90% | 50% | |
| 2. ESTOMATOLOGIA ⁽²⁾ · Consultas e tratamentos · Próteses e ortóteses | 500,00 € | 90% | 50% | |
| 3. PRÓTESES E ORTÓTESES ⁽³⁾ · Próteses · Ortóteses · Diversos | 200,00 € | 80% | 50% | |

(1) Funciona como um sublimite dentro do limite total da cobertura de Assistência Hospitalar que não pode ultrapassar os 40.000,00 € por ano.

(2) Na Assistência Ambulatória e na Estomatologia ficam garantidas as despesas realizadas no prestador de serviços clínicos indicado pela IP para prestar a Medicina do Trabalho, em regime de copagamento, sendo a respetiva comparticipação do Segurador de 90%.

(3) A substituição de óculos (aros ou lentes oculares) só poderá ocorrer de dois em dois anos, exceto se se registar alteração da graduação que o justifique, e nestes casos manter-se-á a regra para os aros oculares.



II – Cartão de Acesso à Rede Convencionada

1. Será fornecido a cada Pessoa Segura um cartão pessoal e intransmissível que permite o acesso aos cuidados de saúde integrados na Rede *[identificação da plataforma]*.
2. O custo dos serviços será pago na totalidade pelas Pessoas Seguras, a preços convencionados pela Rede *[identificação da plataforma]*, sendo posteriormente os recibos originais apresentados à *[identificação da plataforma]* para reembolso, nas percentagens e limites indicados no quadro de garantias do ponto I.

III – Objeto do Contrato

Artigo 1.º – Objeto do Contrato e Âmbito das Garantias

1. O presente contrato garante, de acordo com o disposto nas Condições Gerais, Condições Especiais Contratadas e até aos limites estabelecidos nas Condições Particulares da Apólice, o pagamento às Pessoas Seguras de Prestações Convencionadas e Prestações Indemnizatórias em consequência de doença ou acidente ocorrido durante a vigência e eficácia do contrato.
2. As garantias deste contrato entram em vigor de acordo com o previsto no Artigo 4.º.
3. Tomador do Seguro é a Infraestruturas de Portugal, S.A.
4. Segurados são todas as entidades definidas no Artigo 6.º.

Artigo 2.º – Garantias

1. As garantias contratadas são:
 - Hospitalização, com a inclusão de Parto e Litotricia;
 - Assistência Médica Ambulatória (Consultas, Tratamentos e Exames);
 - Estomatologia;
 - Próteses e Ortóteses.
2. As garantias indicadas são contratadas e agrupadas em planos de garantias, abrangendo um conjunto de riscos, nos termos e limites anuais enunciados nos artigos seguintes e constantes do Quadro I – Garantias, Comparticipações e Limites Máximos/Anuidade. O montante máximo participável pela totalidade das garantias seguras no presente contrato por Pessoa Segura por anuidade é de **42.700,00 € (quarenta e dois mil e setecentos euros)**.

Artigo 3.º – Regime e Comparticipações

1. O regime adotado é o de reembolso.
2. Para todas as coberturas, existe uma “rede convencionada” com a comparticipação de **90% (noventa por cento)** e uma “rede livre” com a comparticipação de **50% (cinquenta por cento)**,



- à exceção da cobertura de Próteses e Ortóteses em que as participações deverão ser de **80% (oitenta por cento) e 50% (cinquenta por cento)**, respectivamente.
3. Todas as despesas que sejam previamente compartilhadas por outros subsistemas de saúde, seguros, etc., antes de submetidas ao presente seguro de saúde, serão compartilhadas como se tivessem sido cometidas dentro da rede convencionada, a 90% (noventa por cento), ou 80% (oitenta por cento) no caso específico das Próteses e Ortóteses.
 4. O prestador de serviços que estiver indicado pela IP para prestar a Medicina do Trabalho deverá ser integrado na rede de prestadores convencionados, havendo para tal a necessidade do Segurador e aquela entidade acordarem as respectivas condições. Exclusivamente para este Prestador, é instituído o regime de copagamento sobre a percentagem suportada pelos Segurados, sendo a participação a suportar pelo Segurador faturada diretamente pelo Prestador ao Segurador.
 5. É de livre escolha da Pessoa Segura o médico, hospital ou clínica a utilizar, variando, no entanto, a percentagem de participação, conforme se trate de um prestador dentro ou fora da rede convencionada.

Artigo 4.º – Entrada em Vigor das Garantias e Períodos de Carência

1. O contrato de seguro entra em vigor às 0 (zero) horas do dia 01.01.2016 (um de janeiro de dois mil e dezasseis) e tem o seu termo às 24 (vinte e quatro) horas do dia 31.12.2018 (trinta e um de dezembro de dois mil e dezoito).
2. Não há qualquer período de carência para as Pessoas Seguras em 2015 (dois mil e quinze), independentemente de serem originárias da apólice da (ex) REFER, da apólice da (ex) EP ou de qualquer outra apólice das empresas do (ex) Grupo REFER.
3. Exclusivamente para novas adesões, posteriores ao início do risco:
 - a. Não há período de carência em caso de acidente que requeira tratamento de urgência em Hospital, quer seja em regime de internamento quer em regime ambulatorio. Para efeito do disposto, considera-se tratamento de urgência aquele que deva ser efetuado no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas após o sinistro.
 - b. Em caso de doença, a entrada em vigor das garantias, em relação a cada uma das Pessoas Seguras, só se verificará após o decurso de um período de carência de 90 (noventa) dias.
 - c. O período de carência é alargado para 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias nos seguintes casos:
 - Intervenção cirúrgica às varizes;
 - Intervenção cirúrgica a hérnias – discal, hiato e da parede abdominal;
 - Litotricia renal e vesicular;



- Hemorroidectomia;
- Intervenção cirúrgica a úlcera gastroduodenal;
- Histerectomia por patologia benigna;
- Mastectomia por patologia benigna;
- Tireoidectomia por patologia benigna;
- Colecistectomia;
- Amigdalectomia, adenoidectomia, operações aos ouvidos;
- Septoplastia;
- Artroscopia;
- Uvulopalatoplastia;
- Tratamentos dermatológicos;
- Tratamento refrativo à miopia, astigmatismo e hipermetropia (cirúrgica ou laser) para situações com mais de 4 dioptrias.

Artigo 5.º – Exclusões

Ficam sempre excluídos do âmbito deste contrato o pagamento de prestações resultantes de:

1. Situações de doença, acidente ou gravidez pré-existentes para novas adesões durante a vigência do contrato;
2. Tratamentos ou cirurgias destinadas à correção de malformações / doenças congénitas, exceto quando digam respeito a crianças nascidas durante a vigência do contrato;
3. Tratamentos ou cirurgias destinadas à cura da roncopatia e outros distúrbios do sono;
4. Tratamentos de dermocosmética e cirurgia estética ou plástica, exceto quando consequência de acidente ocorrido ou doença manifestada durante a vigência deste contrato;
5. Consultas, exames, cirurgias e todo o tipo de despesas relacionadas com tratamentos de emagrecimento, obesidade (incluindo mórbida) e rejuvenescimento;
6. Consultas e tratamentos de infertilidade ou qualquer método de fecundação artificial e suas consequências;
7. Esterilização, assim como qualquer método contraceptivo, e suas consequências;
8. Alcoolismo e tratamentos relativos à toxicod dependência, abrangendo todas as doenças ou lesões adquiridas pela Pessoa Segura por ter agido sob influência do álcool, estupefacientes, outras drogas ou produtos tóxicos, e todas as lesões adquiridas em virtude do próprio consumo;
9. Doenças crónicas do foro psíquico, para além de 3 (três) consultas de psiquiatria e de 15 (quinze) dias de internamento por Pessoa Segura e por anuidade;



10. Extração de nevos, sinais, quistos ou verrugas, salvo se a sua excisão for justificada com exame histológico;
11. Cirurgias refrativas à miopia para situações com 4 (quatro) ou menos dioptrias;
12. Doenças resultantes dos efeitos de radioatividade;
13. Hemodiálise;
14. Transplante de órgãos e suas implicações, incluindo a medula, tanto para o dador como para o recetor;
15. Infeção pelo VIH e suas implicações;
16. Curas de repouso, exames de rotina e check-up;
17. Atos médicos praticados em consequência de doença ou acidente que tenha sido intencionalmente provocado pela Pessoa Segura, incluindo a tentativa de suicídio ou o agravamento do seu estado de saúde;
18. Doenças epidémicas oficialmente declaradas;
19. Acidentes de trabalho e doenças profissionais;
20. Quaisquer lesões resultantes de:
 - Calamidades naturais;
 - Atos de guerra, guerra civil e perturbações da ordem pública;
 - Intervenção em atos criminosos;
 - Intervenção em rixas, salvo caso de legítima defesa, própria ou alheia de bens e pessoas.
21. Tratamentos não reconhecidos oficialmente pela Ordem dos Médicos Portuguesa;
22. Despesas realizadas com médicos que sejam cônjuge, pais, filhos ou irmãos da Pessoa Segura;
23. Despesas com a aquisição dos seguintes artigos medicinais:
 - a. Algalias e sacos de contenção de urina;
 - b. Sacos de colostomia e urostomia;
 - c. Seringas de insulina ou agulhas para canetas de insulina;
 - d. Tapetes anti-escara;
 - e. Fraldas de contenção;
 - f. Lombostatos;
 - g. Fundas;
 - h. Cintas de sustentação;
 - i. Colares cervicais;
 - j. Fitas teste para diabéticos;
 - k. Meias elásticas;
 - l. Aparelhos de aerossóis.



24. Despesas com serviços que sejam clinicamente desnecessários;
25. Despesas com deslocações e alojamento em Portugal e no Estrangeiro;
26. Acidentes e suas sequelas em consequência de prática profissional de desportos bem como a participação em competições desportivas, profissionais ou amadoras e respetivos treinos resultantes de utilização de veículos providos ou não de motor;
27. Acidentes e suas sequelas em consequência de prática dos seguintes desportos: esqui aquático ou na neve, caça submarina, mergulho, desportos aéreos (voo à vela ou em aeronaves ultra ligeiras ou mono motores, para-quedismo), boxe, espeleologia, karaté e outras artes marciais, montanhismo, motonáutica e desportos analogamente perigosos;
28. Acidentes e suas sequelas em consequência de um conjunto de atos que pelo seu perigo coloquem sistematicamente em risco quem os pratica de forma voluntária tais como a tauromaquia em todas as suas vertentes, bem como atividades circenses, quer em espetáculos quer em treinos, sejam os respetivos praticantes profissionais ou amadores.

IV – Formação do Contrato

Artigo 6.º – Condições de Admissão

Podem ser aderentes no presente contrato de seguro, todas as Pessoas Singulares, até 31 (trinta e um) de dezembro do ano em que completem os 70 (setenta) anos de idade, que mantêm com o Tomador de Seguro um vínculo ou interesse comum.

V – Duração do Contrato

Artigo 7.º – Duração do Contrato

O prazo de duração do Contrato de Seguro de Saúde e de Acidentes Pessoais é de 36 (trinta e seis) meses, com início às 0 (zero) horas do dia 01.01.2016 (um de janeiro de dois mil e dezasseis) e termo às 24 (vinte e quatro) horas do dia 31.12.2018 (trinta e um de dezembro de dois mil e dezoito), ou seja, prorroga-se automaticamente por períodos anuais sucessivos de 12 (doze) meses até perfazer aquele período total de 36 meses, salvo se for denunciado por qualquer uma das partes através de declaração escrita para o efeito enviada à outra parte com a antecedência mínima de 180 (cento e oitenta) dias relativamente ao termo da anuidade que estiver a decorrer.

Artigo 8.º – Denúncia do Contrato

1. A denúncia do contrato equivale à sua não renovação.
2. O Segurador poderá denunciar o contrato na data do vencimento ficando obrigado a efetuar as prestações contratualmente devidas em consequência de doenças manifestadas durante o



período de vigência da Apólice ou de acidentes ou outros geradores de indemnização ocorridos no mesmo período, até que se mostrem atingidos os limites do capital seguro disponível na anuidade em que o contrato cessar a sua vigência.

3. A obrigação do Segurador a que se reporta o presente artigo cessa, em qualquer caso, decorrido que seja 1 (um) ano sobre a data do termo de vigência do contrato.

Artigo 9.º – Resolução do Contrato pelo Segurador

1. O Segurador só poderá resolver o contrato, ou dele excluir uma Pessoa Segura, durante a vigência do contrato, nos casos previstos na Lei e no presente contrato por:
 - a. Falta de pagamento de prémios. Porém, nesta circunstância, o Segurador só pode anular a apólice de seguro após notificação por escrito dirigida à IP, dando-lhe conhecimento da sua pretensão, e caso a IP não liquide os avisos/recibos em falta nos 30 (trinta) dias de calendário seguintes à data da receção de tal comunicação;
 - b. Fraude ou tentativa de fraude, por parte do Tomador de Seguro e/ou da Pessoa Segura durante a vigência do contrato, determinando a responsabilização da IP ou da Pessoa Segura por perdas e danos.
2. Além dos motivos previstos no ponto 1 anterior, não serão aceites outros fundamentos para o Segurador poder invocar a resolução do contrato de seguro, nomeadamente por critérios de agravamento do risco e/ou sinistralidade.
3. Em caso de incumprimento do estabelecido no ponto 2 anterior, fica definido que o Segurador terá que indemnizar a IP pelos prejuízos provocados, fixando-se desde já esse montante em metade do valor do Prémio Comercial global liquidado na anuidade anterior.

Artigo 10.º – Cessão

O Segurador não poderá ceder a sua posição contratual ou qualquer dos direitos ou obrigações decorrentes do contrato sem a prévia autorização escrita do Tomador de Seguro.

VI – Prémios, Pagamentos e Alterações aos Termos do Contrato

Artigo 11.º – Prémio Comercial Anual por Pessoa Segura

1. O prémio comercial anual por Pessoa Segura é de [*resultado do concurso*].
2. A estes valores acrescem os encargos legais, atualmente de 5% (cinco por cento) de imposto de selo e de 2,5% (dois vírgula cinco por cento) de INEM.

Artigo 12.º – Pagamento dos Prémios



1. Os prémios são antecipados e mensalmente fracionados.
2. Não haverá qualquer agravamento no valor dos prémios decorrente do fracionamento mensal do prémio.
3. O pagamento do prémio de seguro é efetuado no prazo de 30 (trinta) dias a contar da apresentação ao Tomador de Seguro do respetivo aviso de pagamento emitido pelo Segurador.
4. O cálculo do valor do prémio comercial a liquidar no mês resultará sempre da multiplicação do prémio comercial unitário anual por Pessoa Segura (mensalmente fracionado) pelo número previsto de pessoas a segurar no mês seguinte.
5. As correções a efetuar serão também mensais, em função do número de pessoas efetivamente seguras durante o período, procedendo-se posteriormente ao processamento do recibo adicional ou estorno “*Pro-rata Temporis*”.

Artigo 13.º – Alterações aos Termos do Contrato

1. Durante o prazo total do contrato de seguro, que é de 36 (trinta e seis) meses, as coberturas da apólice de seguro manter-se-ão constantes.
2. Durante a totalidade da vigência do contrato de seguro não haverá qualquer retificação do prémio comercial unitário anual por Pessoa Segura. Ou seja, de acordo com a evolução dos custos e quantidade de atos médicos indemnizados ao abrigo do seguro de saúde, o prémio não será revisto durante a vigência do contrato.

VII – Reembolsos

Artigo 14.º – Reembolsos

1. O Segurador obriga-se a proceder com diligência e prontidão a todas as averiguações indispensáveis para a correta regularização dos sinistros.
2. O Segurador procederá ao reembolso das despesas a serem indemnizadas, no prazo máximo de 8 (oito) dias. Compreende-se como prazo máximo de reembolso desde o dia da entrada da documentação no Segurador até ao dia do crédito das indemnizações por transferência bancária.
3. Os pagamentos devidos pelo Segurador serão efetuados em Portugal e em moeda nacional. Caso as despesas sejam efetuadas em moeda estrangeira, a conversão em moeda nacional será efetuada à taxa de câmbio publicada pelo Banco de Portugal no dia de realização da despesa.
4. O Segurador comparticipa as despesas efetuadas com taxas moderadoras.



5. Os recibos referentes às despesas efetuadas devem ser apresentados para comparticipação ao Segurador no prazo máximo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.
6. O regime referido no ponto anterior é igualmente válido para os ex-colaboradores que entretanto saíram do seguro de saúde, relativamente às despesas que tenham sido cometidas durante o período em que ainda se encontravam seguros.
7. Os valores a cargo das Pessoas Seguras cujos recibos originais fiquem na posse do Segurador, serão considerados na declaração emitida anualmente para efeitos de dedução no rendimento coletável do IRS.
8. No caso de despesas previamente comparticipadas por outros subsistemas de saúde, o Segurador comparticipará no custo das despesas mediante a apresentação de fotocópias dos respetivos recibos, acompanhados de declaração original da entidade a que foram entregues, onde conste o valor da comparticipação atribuída e o remanescente sujeito a comparticipação do Segurador.

VIII – Âmbito Territorial

Artigo 15.º – Âmbito Territorial

1. O contrato é válido em Portugal Continental e Regiões Autónomas dos Açores e Madeira.
2. O contrato é válido no estrangeiro, quando se verifique uma das seguintes condições:
 - a. Em caso de acidente ou doença súbita, quando a Pessoa Segura se encontrar no estrangeiro por um período não superior a 90 (noventa) dias;
 - b. Em caso de qualquer tratamento no estrangeiro, desde que uma entidade médica, nomeada pela Gestora de Serviços de Saúde ou pelo Segurador, reconheça a impossibilidade de se efetuar o tratamento em causa, em território nacional.

IX – Comunicação Regular da Informação

Artigo 16.º – Reporte

1. O Segurador, respeitando a periodicidade e os termos referidos nos pontos seguintes, e com recurso a mapas, informará a IP da sinistralidade verificada no Seguro de Saúde de todas as apólices do Grupo IP por intermédio de correio eletrónico enviado para os endereços pedro.nazare@infraestruturasdeportugal.pt e pedro.pferreira@infraestruturasdeportugal.pt.
2. O Segurador reportará, até ao dia 15 (quinze) de cada mês, o resumo da sinistralidade acumulada verificada desde o princípio dessa anuidade.
3. Trimestralmente, até ao dia 15 (quinze) do mês seguinte ao trimestre decorrido, o Segurador reportará a sinistralidade verificada desde o início do ano, através da decomposição detalhada



da informação por empresa aderente, por tipo de cobertura (Assistência Hospitalar, Assistência Ambulatória, Estomatologia e Próteses e Ortóteses), e por tipo de Segurado (Empregados, Cônjuges e Equiparados, Filhos e Reformados com mais de 70 anos); ou seja, a informação tem que ser apresentada cumulativamente, fracionada em função de todas estas condições.

4. Até ao dia 15 (quinze) de abril de cada anuidade, o Segurador comunicará os números finais dos consumos verificados na anuidade anterior, respeitando a decomposição mencionada no ponto 3.



CONDIÇÕES ESPECIAIS

Aplicam-se ao presente contrato o teor das Condições Especiais a seguir enunciadas.

I. HOSPITALIZAÇÃO

Artigo 1.º – Âmbito da Garantia

1. Ao abrigo da presente Condição Especial fica garantido, até ao valor de **40.000,00 € (quarenta mil euros)** anuais, e de acordo com as condições estabelecidas no Quadro I – Garantias, Comparticipações e Limites Máximos/Anuidade das Condições Particulares, o pagamento das despesas efetuadas pela Pessoa Segura em regime de Prestações Convencionadas ou Prestações Indemnizatórias em consequência da cirurgia e/ou internamento numa unidade hospitalar. De igual modo, fica garantido o pagamento das despesas efetuadas pelas Pessoas Seguras em consequência de assistência hospitalar em regime ambulatorio, desde que a necessidade de ambiente hospitalar seja clinicamente comprovada.
2. Fica garantido, até ao sublimite de **2.900,00 € (dois mil e novecentos euros)** anuais, o pagamento de despesas efetuadas pela Pessoa Segura em consequência de internamento, quando diretamente motivados por:
 - a. Parto;
 - b. Interrupção involuntária da gravidez;
 - c. Cesariana.
3. Fica garantido, até ao sublimite de **1.350,00 € (mil, trezentos e cinquenta euros)** anuais, o pagamento das despesas efetuadas pela Pessoa Segura em consequência de tratamentos de Litotricia, realizados em ambiente hospitalar, que não careçam de internamento.
4. Fica nomeadamente garantido o pagamento das despesas relacionadas com:
 - a. Honorários médicos de equipas cirúrgicas clinicamente necessárias (cirurgião, anestesista, ajudantes, instrumentista, etc.), bem como os honorários de consultas;
 - b. Internamento em unidades de cuidados intensivos;
 - c. Quimioterapia realizada no hospital em regime ambulatorio;
 - d. Cirurgia realizada no Hospital em regime ambulatorio;
 - e. Cirurgia do foro estomatológico ou maxilo-facial quando seja consequência de acidente que requeira tratamento de urgência em hospital, quer em regime de internamento, quer em regime ambulatorio;
 - f. Tratamentos refratários à miopia, astigmatismo e hipermetropia (cirúrgicos ou a laser), para situações com mais de 4 (quatro) dioptrias;



- g. Internamento motivado por doenças do foro psíquico com um máximo de 15 (quinze) dias por Pessoa Segura e por anuidade;
- h. Diárias;
- i. Enfermagem (não privativa);
- j. Exames auxiliares de diagnóstico;
- k. Medicamentos administrados durante o internamento;
- l. Piso de sala de operação e material usado (gases de anestesia, oxigénio, material de osteossíntese, próteses intra-cirúrgicas, etc.);
- m. Transporte terrestre de ambulância para ou do Hospital.

Artigo 2.º – Definição

1. Para efeito da presente Condição Especial, considera-se internamento a estada num Hospital ou clínica, sob prescrição médica, por um período superior a 24 (vinte e quatro) horas que origine o pagamento de uma diária, e que não se prolongue por um espaço de tempo superior a 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.
2. Internamentos sucessivos são considerados internamentos independentes.

Artigo 3.º – Limite

Ao abrigo desta garantia o Segurador pagará **90% (noventa por cento)** ou **50% (cinquenta por cento)** conforme se trate de um prestador Convencionado ou Livre, respetivamente, das despesas com internamento hospitalar ou cirurgia num Hospital ou Clínica.

Artigo 4.º – Pré-Autorização

1. O pagamento das despesas médicas garantidas ao abrigo da presente Condição Especial necessita de pré-autorização por parte da Gestora de Serviços de Saúde e/ou do Segurador, exceto em caso de urgência.
2. Mediante declaração médica especificando as razões do internamento ou a natureza da intervenção cirúrgica a efetuar, a Pessoa Segura poderá ter acesso a um Termo de Responsabilidade. Este documento deverá ser solicitado com 15 (quinze) dias de antecedência, por impresso próprio.
3. O Segurador compromete-se a pronunciar-se sobre a análise do pedido efetuado no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas.



Artigo 5.º – Exclusões

Não fica garantido ao abrigo da presente Condição Especial o pagamento das despesas de internamento relacionadas com:

1. Cirurgias e tratamentos do foro estomatológico, exceto se resultante de acidente garantido por este contrato;
2. Despesa de natureza particular, tais como: telefone, aluguer de TV, etc.;
3. Enfermagem privativa;
4. Despesas com acompanhantes, exceto nos casos de internamento de crianças de idade inferior a 12 (doze) anos.

Artigo 6.º – Limite de Indemnização dos Honorários Médicos (CNVRAM) em despesas fora da Rede Convencionada

1. Fora da Rede Convencionada, os honorários do cirurgião, anestesista e ajudantes ficam limitados ao valor de **6,75 € (seis euros e setenta e cinco cêntimos) por “K”**, e ao número de “K” atribuído ao ato médico que originou a despesa, de acordo com o Código de Nomenclatura e Valor Relativo de Atos Médicos editado em 1997.
2. O Código de Nomenclatura e Valor Relativo de Atos Médicos é a tabela oficial publicada pela Ordem dos Médicos em 1997, que inclui todas as intervenções cirúrgicas valorizadas em número de “K” sendo atribuído tantos mais “K” quanto maior for a complexidade do ato médico efetuado.
3. A Gestora de Serviços de Saúde e /ou o Segurador comprometem-se a informar previamente ao internamento, o numero de “K” atribuídos ao ato médico, desde que solicitado pela Pessoa Segura.



II. ASSISTÊNCIA MÉDICA AMBULATORIA

Artigo 1.º – Âmbito da Garantia

1. Ao abrigo da presente Condição Especial fica garantido, até ao valor **2.000,00 € (dois mil euros)** anuais, e de acordo com as condições estabelecidas no Quadro I – Garantias, Comparticipações e Limites Máximos/Anuidade das Condições Particulares, o pagamento das despesas efetuadas pela Pessoa Segura em regime de Prestações Convencionadas ou Prestações Indemnizatórias com cuidados médicos ambulatoriais, desde que não requeiram meios e serviços específicos em ambiente hospitalar para a sua realização, mesmo que neste ocorram.
2. Fica nomeadamente garantido o pagamento das despesas relacionadas com:
 - a. Honorários médicos de consultas de clínica geral e especialidade;
 - b. Exames auxiliares de diagnóstico, desde que prescritos por médico, tais como:
 - Análises clínicas e anatomopatológicas;
 - Eletroencefalogramas;
 - Eletrocardiogramas;
 - Eletromiogramas;
 - Audiogramas;
 - Testes alergológicos;
 - Exames radiológicos;
 - c. Assistência hospitalar em regime externo, tais como:
 - Honorários médicos;
 - Aplicação de anestesia, incluindo o anestésico;
 - Piso de sala de tratamentos e operações;
 - Pensos cirúrgicos, aplicação de gesso e talas;
 - Reanimação imediata;
 - d. Quimioterapia / radioterapia;
 - e. Tratamentos ambulatoriais e outros atos clínicos, conforme se discrimina, desde que prescritos pelo médico:
 - Transfusões de sangue e infusões endovenosas, incluindo o sangue e o plasma;
 - Aplicação de oxigénio, incluindo o oxigénio;
 - Serviços clínicos prestados por médicos;
 - Tratamento por raio X, rádio e raio laser;
 - Aplicação de injeções;
 - Pensos cirúrgicos;
 - Aplicação de aparelhos de gesso e talas;



- f. Fisioterapia, com prescrição e relatório do médico da especialidade;
- g. Cinesioterapia originada por doença respiratória, até um máximo de 10 (dez) sessões por anuidade;
- h. Terapia da fala;
- i. Consultas com médicos do foro psiquiátrico até ao máximo de 3 (três) por anuidade;
- j. Enfermagem, incluindo aplicação de injeções (não privativa);
- k. Transporte terrestre de ambulância de e para unidades de saúde desde que o estado da Pessoa Segura o justifique.

Artigo 2.º – Limite

Ao abrigo desta garantia o Segurador pagará **90% (noventa por cento)** ou **50% (cinquenta por cento)** conforme se trate de um prestador Convencionado ou Livre, respetivamente, das despesas com Assistência Médica Ambulatória.

Artigo 3.º – Exclusões

Não fica garantido ao abrigo da presente Condição Especial o pagamento das despesas com cuidados médicos:

- a. Consultas, tratamentos e cirurgias do foro estomatológico;
- b. Exercício de ortóptica;
- c. Ginástica, natação e massagens;
- d. Consulta e tratamentos de apoio e orientação psicológica;
- e. Consultas e tratamentos de acupunctura, homeopatia, medicina natural ou qualquer outro tipo de medicinas paralelas;
- f. Enfermagem privativa;
- g. Tratamentos de escleroterapia;

Artigo 4.º – Prestador de Serviços Clínicos indicado pela IP para prestar a Medicina do Trabalho

1. Sem prejuízo do estabelecido no Artigo 3.º anterior, todas as despesas no âmbito da presente condição especial realizadas no prestador de serviços clínicos indicado pela IP para prestar a Medicina do Trabalho têm uma comparticipação igual a **90% (noventa por cento)**.
2. Exclusivamente para este Prestador, é estabelecido o regime de copagamento. Assim os Segurados no momento do ato médico só liquidam **10% (dez por cento)** do custo, contrariamente ao habitual em que o Segurado liquida a totalidade do recibo no momento do ato médico e é reembolsado posteriormente. Os restantes **90% (noventa por cento)** são faturados diretamente pelo Prestador ao Segurador.



III. ESTOMATOLOGIA

Artigo 1.º – Âmbito da Garantia

1. Ao abrigo da presente Condição Especial fica garantido, até ao valor **500,00 € (quinhentos euros)** anuais, e de acordo com as condições estabelecidas no quadro I – Garantias, Comparticipações e Limites Máximos/Anuidade das Condições Particulares, o pagamento das despesas efetuadas em regime de Prestações Convencionadas ou Prestações Indemnizatórias pela Pessoa Segura com internamentos, consultas ou tratamentos do foro estomatológico.
2. Fica nomeadamente garantido o pagamento das despesas relacionadas com:
 - a. Intervenções cirúrgicas com ou sem internamento quando motivados por doença;
 - b. Tratamentos ambulatoriais e outros atos clínicos desde que prescritos por estomatologista;
 - c. Próteses dentárias;
 - d. Ortodontia;
 - e. Honorários médicos;
 - f. Exames auxiliares de diagnóstico;
 - g. Limpezas dentárias;
 - h. Enfermagem (não privativa) quando houver lugar a internamento.
3. As intervenções cirúrgicas do foro estomatológico estão incluídas na garantia de Assistência Hospitalar quando em consequência de acidente que requeira tratamento de urgência em Hospital.

Artigo 2.º – Limite

Ao abrigo desta garantia o Segurador pagará **90% (noventa por cento)** ou **50% (cinquenta por cento)** conforme se trate de um prestador Convencionado ou Livre, respetivamente, das despesas com Estomatologia.

Artigo 3.º – Exclusões

Não fica garantido ao abrigo da presente Condição Especial o pagamento de:

- a. Despesa de enfermagem privativa, bem como despesas particulares, tais como: telefone, aluguer de TV, acompanhante etc., quando haja lugar a internamento;
- b. Branqueamento dentário.

Artigo 4.º – Prestador de Serviços Clínicos indicado pela IP para prestar a Medicina do Trabalho

1. Sem prejuízo do estabelecido no Artigo 3.º anterior, todas as despesas no âmbito da presente condição especial, realizadas no prestador de serviços clínicos indicado pela IP para prestar a Medicina do Trabalho têm uma comparticipação igual a **90% (noventa por cento)**.



2. Exclusivamente para este Prestador, é estabelecido o regime de copagamento. Assim os Segurados no momento do ato médico só liquidam **10% (dez por cento)** do custo, contrariamente ao habitual em que o Segurado liquida a totalidade do recibo no momento do ato médico e é reembolsado posteriormente. Os restantes **90% (noventa por cento)** são faturados diretamente pelo Prestador ao Segurador.



IV. PRÓTESES E ORTÓTESES

Artigo 1.º – Âmbito da Garantia

1. Ao abrigo da presente Condição Especial fica garantido, até ao valor **200,00 € (duzentos euros)** anuais, e de acordo com as condições estabelecidas no quadro I – Garantias, Comparticipações e Limites Máximos/Anuidade das Condições Particulares, o pagamento das despesas efetuadas pela Pessoa Segura com próteses e ortóteses, desde que prescritos por médico, ou ainda por optometrista no caso previsto na alínea b) do número seguinte.
2. Fica nomeadamente garantido o pagamento das despesas relacionadas com:
 - a. Aluguer ou aquisição de cadeiras de rodas, camas articuladas e outros equipamentos auxiliares;
 - b. Aquisição de aros e respetivas lentes graduadas;
 - c. Aquisição de próteses ou ortóteses auditivas, oftalmológicas e ortopédicas, exceto calçado ortopédico. Neste último caso o pagamento de despesas incide exclusivamente sobre a correção feita no calçado.

Artigo 2.º – Definição

1. São considerados próteses, os instrumentos clinicamente concebidos que substituem total ou parcialmente a perda de um membro ou órgão.
2. São considerados ortóteses, os instrumentos clinicamente concebidos e/ou recomendados que têm por finalidade ajudar o membro ou órgão a cumprir, no todo ou em parte, as suas funções.

Artigo 3.º – Garantia em Ortóteses Oculares

1. Na primeira aquisição, as lentes oculares são comparticipáveis quando acompanhadas da respetiva prescrição efetuada por um médico, ou optometrista. Nas vezes seguintes só serão comparticipáveis desde que se verifique a existência de correção relativamente à prescrição anterior.
2. Findo o prazo de 2 (dois) anos as lentes oculares passam a ser novamente comparticipáveis, mesmo sem se verificar a necessidade de correção da prescrição anterior.
3. Os aros oculares só serão comparticipáveis de 2 (dois) em 2 (dois) anos, quando adquiridos em conjunto com as lentes oculares, e desde que estas sejam comparticipáveis.
4. No caso de crianças até aos 16 (dezasseis) anos, os aros e lentes oculares poderão ser comparticipáveis antes de ter decorrido o período mencionado no ponto 2 anterior, desde que a prescrição médica seja justificada com a necessidade de correção em consequência do seu crescimento.



5. Não serão nunca consideradas as situações de furto, roubo, extravio ou quebra de óculos, aros ou lentes, exceto quando consequência de acidente garantido pelo contrato, desde que a respectiva participação do acidente seja acompanhada de documento comprovativo das lesões físicas provocados na Pessoa Segura, elaborado pelo médico, ou unidade hospitalar que prestou assistência.

Artigo 4.º – Limite

Ao abrigo desta garantia o Segurador pagará **80% (oitenta por cento)** ou **50% (cinquenta por cento)** conforme se trate de um prestador Convencionado ou Livre, respetivamente, das despesas com Próteses e Ortóteses.

Artigo 5.º – Exclusões

Não fica garantido ao abrigo da presente Condição Especial o reembolso das despesas com:

- a. Óculos de sol com graduação inferior a 4 dioptrias;
- b. Próteses estomatológicas;
- c. Lentes de contacto;
- d. Aquisição de collants, meias elásticas e cintas ortopédicas;
- e. Colchões e almofadas ortopédicas;
- f. Calçado ortopédico;
- g. Placas solares.

