

**Condições da Apólice de Seguro de Saúde Liberty Health
Cover
Empresas, PMEs e MEs
2022 (LH22)**

LH22_Final_19082021

Effective from January 2022

Índice

1	Introdução.....	3
2	Definições.....	3
3	Condições Gerais da Apólice	8
4	Prémios.....	15
5	Dívida.....	16
6	Como Apresentar Sinistros.....	17
7	Benefícios	20
8	O que Nós não cobrimos	31
9	Outras exclusões	33
10	Contacte-Nos.....	34

1 Introdução

Este documento descreve os Termos e Condições aplicáveis aos benefícios de seguro de saúde cobertos pela sua Apólice de seguro de saúde Liberty Health Cover. Estas condições da apólice devem ser lidas em conjugação com as tabelas de benefícios, que descrevem os benefícios à que tem direito e os limites associados à esses benefícios. Estas condições da apólice, juntamente com as tabelas de benefícios, o Contrato de Seguro de Saúde da Empresa e a ficha de subscrição, constituem o Acordo entre o Tomador do Seguro, o Segurado e a Empresa. Envidámos todos os esforços para assegurar que todas as informações importantes de que necessita se encontrem nestas condições da apólice.

2 Definições

Abaixo apresentamos a lista de palavras que são usadas ao longo da sua apólice. Estas palavras têm o mesmo significado, conforme definido abaixo, onde quer que sejam usadas na sua apólice.

- 2.1 **Acidente** significa um evento súbito, inesperado e específico que ocorre num determinado momento e local; evento este que o Beneficiário não pode prever, antecipar ou imaginar, e que resulta em lesão física visível, violenta, externa e traumática ao corpo, e não causada por mal-estar, doença, doença ou processo físico ou mental gradual.
- 2.2 **Condição Grave** significa condições que geralmente aparecem repentinamente, progredem rapidamente e são relativamente de curta duração.
- 2.3 **Administrador**, qualquer organismo reconhecido nomeado por Nós para administrar esta apólice.
- 2.4 Entende-se por "**Idade**" o (último aniversário) do Membro Principal ou dos seus Dependentes", na data de início ou de renovação da apólice para o Ano da Apólice Aplicável.
- 2.5 Por **beneficiário** entende-se o Membro Principal e qualquer pessoa registada como Dependente de um Membro Principal que tenha direito à benefícios no âmbito desta apólice e que não esteja abrangido por outro plano de Benefícios (incluindo qualquer outro produto de seguro de saúde Liberty Health Cover).
- 2.6 **Plano de Benefícios** significa os Planos de Benefícios descritos nas tabelas de benefícios.
- 2.7 **Condição Crónica** significa condições que requerem medicação e tratamento por mais de três meses contínuos.
- 2.8 **Sinistro** significa uma declaração detalhada ou uma factura de serviços prestados e custos fornecida por um Hospital, um Médico ou Doutor submetida para pagamento.
- 2.9 **Protocolo de Financiamento Clínico** significa um conjunto de orientações desenvolvidas por Nós para determinar o financiamento adequado e alocação de benefícios para os Serviços Médicos solicitados. O seu desenvolvimento baseia-se nos princípios da Medicina Baseada em Evidências (EBM).
- 2.10 **Dívida de Sinistros** significa os Sinistros pagos pela Empresa que são recuperáveis junto do Segurado ou do Tomador do Seguro.

- 2.11 **Cliente corporativo** significa um Tomador de Seguro com 30 ou mais colaboradores.
- 2.12 **Data de Início** significa o primeiro dia em que a cobertura começa após aceitação pelo Tomador do Seguro ou conforme acordado entre o Tomador do Seguro e Nós.
- 2.13 **A Empresa, Nós, Nossa, Nos, Seguradora** significa a seguradora que emite esta apólice.
- 2.14 Por **Cuidados Críticos** entende-se a cobertura de serviços que são medicamente necessários mas não estão disponíveis localmente (no país) para condições de saúde que constituem risco de vida, mas que não são de emergência.
- 2.15 **Dependente** significa:
- O Cônjuge ou Parceiro em união de facto do Membro Principal
 - O Cônjuge, Parceiro em união de facto ou filho (tal como definido abaixo) de um Membro Principal falecido
 - Um filho natural, enteado, filho legalmente adoptado, ou qualquer filho colocado sob a guarda e cuidado do Membro Principal ou do Cônjuge ou Parceiro em união de facto do Membro Principal ou quando existe alguma responsabilidade por apoio financeiro executória por um tribunal. Uma criança Dependente deve:
 - ter até 21 anos de idade (inclusive) ou
 - ter entre 22 e 25 anos de idade (inclusive), desde que possa comprovar a inscrição como estudante a tempo inteiro num estabelecimento de ensino reconhecido (os cartões de estudante não são aceites) ou
 - ser dependente do Membro Principal devido a deficiência mental ou física (Pode ser solicitada uma cópia do relatório médico que confirma a incapacidade permanente)

Tipos de Beneficiário	Taxa de Prémio Aplicável
Membro Principal	ME - taxa etária relevante PME - taxa etária relevante Corporativo - taxa para adulto
Cônjuge ou Parceiro em união de facto do Membro Principal	ME - taxa etária relevante SME - taxa etária relevante Corporativo - taxa para adulto, mesmo que o Cônjuge ou Parceiro em união de facto tenha menos de 22 anos de idade
Filho	ME - taxa etária relevante PME - taxa etária relevante Corporativo - taxa de filho aplicável à faixa etária dos 0 - 21 anos de idade

- 2.16 **Roaming Electivo** significa onde o Beneficiário electivamente obtém serviços médicos fora do país de residência, em conformidade com a Área de Cobertura seleccionada no Plano de Benefícios e que não exija Evacuação de Emergência nem Cuidados Críticos.
- 2.17 A **Medicina baseada em Evidências (EBM)** é definida como a utilização consciente, explícita e judiciosa das melhores evidências actuais na tomada de decisões sobre os cuidados dos Beneficiários, através da qual a experiência clínica individual é integrada com a melhor evidência clínica externa disponível a partir de pesquisas sistemáticas.
- 2.18 **Evacuação de Emergência** significa a deslocação imediata e urgente e os cuidados em rota prestados pelo pessoal médico à um Segurado que está a ser evacuado da sua localização actual para o centro médico mais próximo, de modo a ser submetido à cuidados, devido à uma Condição Médica de Emergência.
- 2.19 **Condição Médica de Emergência** significa uma condição que ocorre repentina e inesperadamente, que requer tratamento médico ou cirúrgico imediato para ressuscitação e/ou estabilização e onde a incapacidade de fornecer este tratamento no prazo de 24-48 horas resultaria em perturbações graves das funções corporais, disfunção grave de um órgão corporal ou parte deste, ou colocaria a vida do Segurado em perigo grave.
- 2.20 **Força Maior** inclui, actos de Deus, actos de Estado ou de Governo, mudanças regulatórias, calamidades naturais excepcionalmente adversas, tumultos, insurreição, sanções, sabotagem, terrorismo, distúrbios políticos ou civis, guerras, embargos, bloqueios, greves, a falta de trabalho ou materiais, atrasos materiais de transportes públicos, ou quaisquer outras circunstâncias semelhantes além do controle razoável da Seguradora. Incluindo, mas não se limitando à alterações materiais nas taxas de câmbio.
- 2.21 Por **Questionário Sanitário** entende-se a Ficha de Subscrição assinada pelo Membro Principal ou pelo Dependente. Isto inclui também qualquer declaração escrita, representação ou documento que Nos seja apresentado contendo informações em que a emissão desta apólice se baseou.
- 2.22 Entende-se por **Hospital** uma instituição legalmente licenciada como hospital médico ou cirúrgico no país em que está localizada. Deve estar sob supervisão constante de um Médico.
- 2.23 Por **Segurado** entende-se um Beneficiário que tenha sido aceite pela Seguradora para cobertura ao abrigo desta apólice.
- 2.24 **Subscriber Tardio** significa uma pessoa que subscreve-se para o seguro após a Data de Início desta apólice.
- 2.25 Por **Evento que Muda a Vida** entende-se o divórcio, o casamento ou a redução de gastos do Segurado ou a mudança de emprego ou morte do seu Cônjuge.

- 2.26 Por **Parceiro em união de facto** entende-se uma pessoa com a qual o Membro Principal tem uma relação séria e compromisso semelhante à um casamento baseado em critérios objectivos de dependência mútua e de um agregado familiar comum e partilhado, independentemente do sexo de qualquer das partes.
- 2.27 **Programa de Cuidados de Saúde Geridos** significa um sistema de prestação de cuidados de saúde concebido para garantir o acesso à cuidados de saúde acessíveis, adequados, de boa qualidade e eficazes, que permita a utilização eficiente dos benefícios disponíveis para cada Segurado.
- 2.28 Por **cliente ME** entende-se uma microempresa constituída por 1 colaborador no mínimo e 5 colaboradores no máximo.
- 2.29 **Médico ou Douo** é uma pessoa que é legalmente qualificada na prática médica após frequência de uma escola de medicina reconhecida, para fornecer tratamento médico e licenciada pelas autoridades sanitárias competentes do país no qual o tratamento é fornecido, mas que não deve ser o Segurado ou seu parente, Cônjuge, irmão, filho, pai ou mãe.
- 2.30 O **Tomador do Seguro** é o grupo da entidade empregadora ou patrocinadora que adquiriu esta apólice em relação aos seus colaboradores e é responsável pelo pagamento dos Prémios ao abrigo desta apólice.
- 2.31 **Ano da Apólice** significa um período de 12 meses a contar da Data de Início desta apólice e cada período subsequente de 12 meses consecutivos para o qual esta política é renovada.
- 2.32 Por **Condições Pré-Existentes** entende-se qualquer lesão, doença, condição ou sintoma:
- para as quais o tratamento, ou medicação, ou aconselhamento, ou diagnóstico tenha sido solicitado ou recebido ou tenha sido previsível pelo Segurado antes da Data de Início da Apólice, ou
 - que tenham originado ou cuja existência era conhecida pelo Tomador do Seguro ou pelo Segurado antes da Data de Início da apólice, independentemente de o tratamento, ou medicação, ou aconselhamento, ou diagnóstico ter sido procurado ou recebido.
- 2.33 Por **Autorização Prévia** entende-se a autorização aprovada/dada por escrito antes da prestação de qualquer serviço de saúde ou tratamento relevante.
- 2.34 A **Rede de Provedores** é uma rede de provedores de cuidados de saúde com os quais contratámos e negociámos tarifas para a prestação de serviços de saúde. Estes provedores de cuidados de saúde serão pagos directamente por Nós de acordo com as tarifas negociadas, os limites de benefícios especificados e sujeitos às condições desta apólice.
- 2.35 **Prémio** significa o prémio a pagar à Nós pelo Tomador do Seguro para os benefícios a pagar ao abrigo desta apólice, tal como estabelecido na cláusula 4.
- 2.36 Por **Dívida de Prémio** entende-se os Prémios devidos pelo Tomador do Seguro.

- 2.37 Por **Membro Principal** entende-se um colaborador que trabalha a tempo inteiro, permanente e colaboradores a tempo inteiro que reformam dos serviços de uma entidade contratante que é o Tomador do Seguro e são elegíveis para o seguro na data da reforma.
- 2.38 **Encargos Justos e Habituais** significa despesas ou encargos de cuidados de saúde que Nós consideramos ser razoáveis e usuais, se estiverem dentro de um nível geral de encargos praticados por outros provedores de cuidados de saúde de nível semelhante na localidade onde os encargos são incorridos na prestação de tratamento, serviços ou suprimentos iguais ou comparáveis para indivíduos do mesmo sexo e da mesma idade, para a mesma doença ou lesão.
- 2.39 Por **Área de Cobertura** entende-se os territórios ou países previstos nas Tabelas de Benefícios em que o Segurado será abrangido por esta apólice.
- 2.40 Por **Destacamento** entende-se uma transferência temporária para outro emprego ou posto de trabalho na mesma organização por um período superior a três meses.
- 2.41 Por **cliente PME** entende-se uma Pequena e Média Empresa com um mínimo de 6 e um máximo de 29 colaboradores.
- 2.42 **Especialista** significa um Médico qualificado e licenciado, que possui as qualificações e conhecimentos necessários para a prática como especialista reconhecido de técnicas de diagnóstico, tratamento e prevenção num campo específico da medicina, incluindo mas não limitado à psiquiatria, neurologia, pediatria, endocrinologia, obstetrícia, ginecologia e dermatologia.
- 2.43 Por **Cônjuge** entende-se a pessoa com a qual o Membro Principal é casado(a), nos termos de qualquer lei ou costume reconhecido, e inclui o Parceiro(a) em união de facto.
- 2.44 **Trauma** significa uma lesão causada por um agente extrínseco.
- 2.45 Por **Período de Espera** entende-se o período de tempo decorrido desde a Data de Início da apólice, durante o qual esta apólice não cobre qualquer tratamento tornado necessário por qualquer causa. Os Prémios continuam a ser pagáveis durante este Período de Espera.

3 Condições Gerais da Apólice

3.1 Cobertura de Seguro

Estabelecemos parceria com seguradoras locais para licenciar e garantir que a apólice do Seguro de Saúde Liberty Health Cover seja emitida localmente. Por favor, contacte-Nos ou visite o Nosso sítio (www.libertyhealth.net) para a lista dos Nossos parceiros locais de seguros.

A apólice do seguro de saúde Liberty Health Cover é ressegurada através de um acordo cativo estabelecido com a Swan Reinsurance PCC (registada nas Maurícias, com o número C105419). O acordo cativo, incluindo os seus riscos e responsabilidades, é totalmente detido e apoiado por Nós.

3.2 Lei Aplicável

Esta apólice será regida e interpretada, determinada e aplicada de acordo com a lei do país em que é emitida.

3.3 Atribuição

O Tomador do Seguro ou o Segurado não terá direitos de ceder esta apólice ou qualquer cobertura de seguro efectuada ao abrigo desta apólice.

3.4 Não divulgação

Se um Segurado prestar falsas declarações ou intencionalmente não revelar que tem ou sofre de qualquer doença ou condição, a Empresa reserva-se o direito de:

- impor Períodos de Espera
- impor sobretaxas de Prémios
- excluir especificamente os benefícios relativos à uma determinada condição médica, doença, enfermidade ou deficiência que existiam no momento da solicitação de cobertura ao abrigo desta apólice
- Pôr termo à cobertura do Segurado
- Recuperar junto do Segurado quaisquer ou todas as despesas médicas incorridas devido à esta condição

A Empresa deve notificar o Segurado por escrito de qualquer limitação, sobretaxa de Prémio ou exclusão específica imposta ou rescisão da apólice.

3.5 Residência

O Segurado deve residir no país de emissão ou de registo desta apólice para poder beneficiar do seguro previsto na presente apólice, salvo acordo prévio em contrário entre o Tomador do seguro e a Empresa.

3.6 Início da cobertura

3.6.1 Esta apólice só terá início depois da aceitação da ficha de subscrição pela Empresa e quando o Tomador do seguro tiver pago o Prémio devido na totalidade. Não serão permitidas alterações retroactivas.

3.6.2 Todas as fichas de subscrição e de alteração preenchidas são válidas por um período de 90 (noventa) dias a contar da data da declaração indicada pelo requerente.

3.6.3 Se a subscrição do seguro ao abrigo desta apólice for aprovada por Nós durante um mês dentro do Ano da apólice, então a Data de Início da cobertura será o primeiro dia do mês imediatamente após o mês em que a subscrição do seguro for aprovada. Alternativamente, o Segurado pode optar por cobertura imediata, mas será cobrado a prestação completa do mês em que a apólice é activada.

3.6.4 Todos os Dependentes devem estar inscritos no mesmo Plano de Benefícios que o Membro Principal. O Dependente não pode escolher um Plano de Benefícios diferente do plano do Membro Principal.

É proibida a dupla subscrição e apresentação de Sinistros em mais de uma seguradora de saúde. O Membro Principal e/ou Dependente do Membro Principal com direito à benefícios ao abrigo desta apólice não está autorizado à estar subscrito noutra Plano de Benefícios (incluindo qualquer outro produto de seguro de saúde Liberty Health Cover). O Segurado não está autorizada a ser membro ou estar inscrito como Dependente em mais de uma apólice/ cobertura de seguro de saúde ao mesmo tempo e não está autorizado a solicitar nem a aceitar benefícios em relação à qualquer Dependente de mais de uma apólice/ cobertura de seguro de saúde. Quando a dupla subscrição for confirmada Reservamo-Nos o direito de cancelar a cobertura da presente apólice.

3.6.5 No caso de recém-nascidos, a solicitação deve ser apresentada no prazo de 60 (sessenta) dias a contar da data de nascimento, devendo ser fornecida uma cópia da certidão de nascimento ou da confirmação hospitalar que reflecta o nome do bebé.

3.6.5.1 Se o recém-nascido for registado dentro do período de 60 (sessenta) dias, a cobertura terá início a partir da data de nascimento. Quaisquer Sinistros incorridos em relação ao recém-nascido durante este período podem ser apresentados para pagamento depois do seu registo. Os Prémios serão cobrados a partir do primeiro dia do mês imediatamente a seguir ao mês de nascimento.

3.6.5.2 Se o recém-nascido não for registado dentro de 60 (sessenta) dias do seu nascimento, então a cobertura sob esta apólice não começará a partir do primeiro dia de nascimento. Em vez disso, a cobertura para o recém-nascido começará conforme especificado na subcláusula 3.6.1 e estará sujeita à subscrição conforme especificado na subcláusula 3.16.

3.6.5.3 Em caso de emergência, se o recém-nascido necessitar de cuidados hospitalares imediatamente após o nascimento e antes da alta, o recém-nascido será coberto pela apólice da mãe para benefícios de pacientes internos apenas durante os primeiros 15 (quinze) dias a contar da data de nascimento.

3.7 Limite Etário

Esta apólice não abrangerá novos requerentes com idade superior a 70 (setenta) anos.

O Segurado existente que tinha menos de 70 anos de idade quando a cobertura ao abrigo desta apólice foi inicialmente activada, mas que posteriormente ultrapassou os 70 anos de idade, continuará a ser coberto por esta apólice.

3.8 Alteração dos Planos de Benefícios

O Segurado só pode alterar o seu Plano de Benefícios na renovação da apólice mediante notificação por escrito 30 (trinta) dias antes da renovação da apólice.

3.9 Rescisão da Cobertura do Segurado

A cobertura do Segurado ao abrigo desta apólice cessará na data em que qualquer um dos seguintes eventos ocorrer primeiro:

- a) a totalidade da apólice será rescindida nos termos da subcláusula 3.10 da presente secção ou a cobertura do Segurado é rescindida nos termos da cláusula 3.12.
- b) se o Segurado não for mais elegível para a cobertura;
- c) no caso do Dependente, se o Membro Principal não for mais elegível para a cobertura ao abrigo desta apólice;
- d) não pagamento dos Prémios devidos no âmbito desta apólice.

O Tomador do Seguro deve informar-Nos da rescisão, por qualquer motivo, de um Membro Principal e/ou seu Dependente no prazo de 1 (um) mês a contar da data de tal alteração. Se tal notificação chegar até Nós após o prazo de 30 dias e sinistros tiverem sido pagos em relação ao Membro Principal ou seus Dependentes, reservamo-Nos o direito de:

- Cobrar os Prémios relativos ao período durante o qual os Sinistros tiverem sido pagos, mesmo que o Membro Principal ou seus Dependentes já não fossem elegíveis para a cobertura.
- Recusar financiamento para quaisquer Sinistros recebidos após o período de notificação.
- Recuperar do Tomador do Seguro os custos de quaisquer Sinistros pagos por Nós.

Quando o Dependente deixar de ser elegível como Dependente, ele ou ela não mais deve ser considerado(a) registado(a) como tal para efeitos da presente apólice nem com direito de receber benefícios, independentemente de a notificação ter sido submetida nos termos desta apólice ou de outra forma.

3.10 Cancelamento pelo Tomador do Seguro

O Tomador do Seguro pode cancelar a apólice apresentando-Nos uma notificação por escrito com 90 (noventa) dias de antecedência. A cobertura de todos os Segurados cessará na data de anulação da apólice.

Em caso de Força Maior, reservamo-Nos o direito de cancelar esta apólice com um aviso prévio de 30 dias, notificando o Tomador do seguro por escrito.

3.11 Renovação

Na data de renovação (geralmente no fim de cada Ano da Apólice), a apólice pode ser renovada por um período adicional de um (1) ano, mediante acordo mútuo entre a Empresa e o Tomador do Seguro em relação às condições de renovação. Na renovação da apólice, a Empresa fará revisão dos benefícios, condições e Prémios da apólice sujeito ao acordo mútuo entre a Empresa e o Tomador do Seguro e mediante apresentação das condições de renovação por escrito pela Empresa ao Tomador do Seguro com 90 (noventa) dias de antecedência.

Se as condições de renovação não forem acordadas e concluídas até à data de renovação, a cobertura de todos os Segurados cessará a partir do primeiro dia seguinte à data de renovação da apólice.

3.12 Fraude

Se qualquer sinistro for, de qualquer forma, falso ou fraudulento ou se forem utilizados meios fraudulentos pelo Segurado ou por qualquer pessoa que actue em seu nome para obter

benefícios ao abrigo desta apólice, a cobertura do Segurado, ou à discricção da Seguradora, a totalidade da apólice pode ser cancelada imediatamente e os Prémios confiscados. Pode igualmente ser interposto recurso contra as partes em causa.

A fraude pode ser definida como qualquer acção cometida com o objectivo de obter ou procurar obter vantagem ou lucro de um serviço injustificado ou indevido às Nossas custas.

Seguem-se exemplos de comportamento fraudulento do Tomador do Seguro ou dos Segurados, mas não se limitando à:

- Elaboração ou utilização de documentos falsos, incluindo qualquer documento comprovativo, factura sanitária ou outro documento de facturação;
- Conivência com os provedores para apresentar Sinistros fraudulentos;
- Não comunicação ou declaração de quaisquer alterações feitas à quaisquer documentos aplicáveis;
- Duplicação, roubo ou empréstimo de documentos com a intenção de obter serviços ilegalmente;
- Alteração de um Sinistro de seguro médico para obtenção de ganhos financeiros
- Facturação falsa de serviços de saúde por parte de um Beneficiário ou provedor de serviços, em especial a facturação de serviços fictícios;
- Facturação de serviços de cuidados de saúde injustificados fora da prescrição médica ou dos requisitos do paciente;
- Segurados que permitem que outros indivíduos não segurados utilizem o seu cartão de seguro médico para aceder aos benefícios;
- Falsificação de facturas de Sinistros para reembolso do Segurado;
- Apresentação de receitas fraudulentas em farmácias;

Se Nós detectarmos a fraude, Nós podemos aplicar qualquer uma, ou a combinação das seguintes sanções:

- denúncia imediata da apólice;
- denúncia da cobertura do Segurado;
- Instauração de um processo civil e/ou penal.

3.13 Cartões de Membro

3.13.1 Um cartão de membro, por Beneficiário, é emitido apenas após recepção da ficha de subscrição integralmente preenchida e se o Prémio devido tiver sido pago na totalidade.

3.13.2 Se o cartão for perdido ou roubado, compete ao Tomador do Seguro e/ou ao Segurado informar imediatamente à Empresa, caso contrário o Tomador do Seguro e/ou o Segurado poderão ser responsabilizados por quaisquer Sinistros pagos em resultado da utilização indevida. O custo de produção do(s) cartão(ões) adicional(ais) será suportado pelo Tomador do Seguro e/ou pelo Segurado.

3.13.3 A utilização do cartão de membro por qualquer pessoa que não seja o Segurado, com o conhecimento ou consentimento do Segurado, constitui um abuso do Plano de Benefícios e será tratada pela Empresa de acordo com a subcláusula.3.12.

3.14 Benefícios proporcionais

Se o Segurado subscrever-se à apólice durante um Ano da Apólice, os limites anuais de benefícios e Prémios do regime ambulatorio serão proporcionalmente calculados numa base mensal, de modo a reflectir que a cobertura não se aplica à um ano completo.

3.15 Tarifa da Liberty ou Lista de Preços do Provedor

A Tarifa da Liberty ou Lista de Preços do Provedor significa o montante máximo de dinheiro acordado que Nós vamos pagar por uma despesa médica específica (por exemplo, tratamento interno, consultas, medicamentos, procedimentos, exames, etc.) à um Provedor da Rede.

Quando não tiver sido acordada qualquer tarifa com um provedor de serviços médicos, Nós pagaremos o que for considerado Encargos Justos e Habituais dentro do país em que o tratamento e os serviços forem obtidos.

Se o provedor cobrar taxas acima da tarifa máxima acordada ou acima do montante considerado justo e habitual, o paciente será responsável pelo pagamento da diferença entre os dois montantes.

3.16 Subscrição

3.16.1 Para clientes MEs e PME e Subscritores Tardios (clientes MEs, PME e Corporativos), pode ser aplicado o seguinte às solicitações de adesão ou em caso de não divulgação (cláusula 3.4):

- 3.16.1.1 Um Período de Espera máximo de 24 meses aplicável à uma condição específica, limite de benefícios (incluindo maternidade), avocação, ocupação ou estado geral de saúde.
- 3.16.1.2 Uma sobretaxa de Prémio relativamente à uma condição específica, avocação, ocupação ou estado geral de saúde.
- 3.16.1.3 Uma exclusão definitiva da cobertura relativamente à uma condição, avocação ou ocupação especificadas.
- 3.16.1.4 Recusa da cobertura.
- 3.16.1.5 Um período de espera da condição específico de 3 meses para tratamento com COVID-19 (tratamento interno e externo).

3.16.2 Se um Segurado for atingido por um Evento que Muda a Vida e solicitar a sua admissão ou readmissão como Segurado no âmbito desta apólice no prazo de 30 (trinta) dias a contar da data em que ocorreu o Evento que Muda a Vida, ele ou ela deve ser inscrito(a) como Segurado sem a imposição de qualquer subscrição.

3.16.3 Para clientes Corporativos apenas é aplicável o seguinte:

- 3.16.3.1 Não pode ser imposta qualquer subscrição ao Segurado relativamente à quem tenha sido apresentado um pedido de adesão no prazo de 30 (trinta) dias a contar de um determinado período de Destacamento pela entidade empregadora.
- 3.16.3.2 É obrigatório que o colaborador apresente o pedido de cobertura ao abrigo desta apólice no prazo de 30 (trinta) dias a contar da Data de Início da apólice ou da data de emprego do colaborador, de modo a obter cobertura sem subscrição; tais colaboradores devem ser registados a partir da Data de Início da apólice ou da data de início do emprego, senão a subscrição será aplicável.
- 3.16.3.3 Os Dependentes que apresentam a solicitação de cobertura no prazo de 30 (trinta) dias da Data de Início da apólice ou data de emprego do colaborador obterão cobertura sem qualquer

subscrição; tais Dependentes devem ser registados a partir da Data de Início da apólice ou data de emprego, senão a subscrição será aplicada.

- 3.16.3.4 No caso de recém-nascidos, a solicitação deve ser apresentada no prazo de 60 (sessenta) dias a contar da data de nascimento, de modo a obter cobertura sem subscrição; tais Dependentes devem ser registados a partir da data de nascimento, senão a subscrição será aplicada.
- 3.16.3.5 No caso de criança adoptada ou de criança colocada sob custódia do Segurado, a solicitação deve ser apresentada no prazo de 60 (sessenta) dias a contar da data da adopção ou da guarda, de modo a obter cobertura sem subscrição; tais Dependentes devem ser registados a partir da data de adopção ou da guarda legal, senão a subscrição será aplicada.
- 3.16.3.6 No caso de Cônjuge recém-casado ou parceiro em união de facto, eles tem de estar registados para cobertura ao abrigo desta apólice, no prazo de 30 (trinta) dias após a data de casamento ou data de co-habitação, tais Dependente deve ser registados a partir da data do casamento ou união de facto, de modo a obter a cobertura sem qualquer subscrição, senão a subscrição será aplicada.
- 3.16.3.7 A subscrição não será aplicável à uma nova filial adquirida por um grupo existente de entidades empregadoras, desde que o pedido seja apresentado no prazo de 30 (trinta) dias a contar da data de aquisição e se a dimensão do grupo exceder 29 colaboradores.
- 3.16.4 Todos os novos requerentes devem preencher um Questionário Sanitário que constitui a base do contrato.
- 3.16.5 Todas as fichas de subscrição devem ser devidamente preenchidas, contendo assinatura e data da declaração.
- 3.16.6 Qualquer informação adicional, devido à restrições da ficha, pode ser preenchida numa folha de papel separada.
- 3.16.7 Todas as fichas preenchidas são válidas por um período de 90 (noventa) dias a contar da data da declaração indicada pelo requerente.
- 3.16.8 As pessoas que não adiram dentro dos prazos especificados na secção 3.16.1 podem ser sujeitas à subscrição como Subscritores Tardios.

3.17 Segundo Parecer

Podemos exigir um segundo parecer em relação ao diagnóstico, tratamento proposto ou medicamento que possa resultar numa solicitação de benefícios, e para esse efeito o beneficiário relevante deve consultar um Dentista ou Médico nomeado por Nós e às Nossas custas. No caso de a segunda opinião propor tratamentos ou medicamentos diferentes do primeiro, Nós podemos exigir que as propostas do segundo parecer sejam seguidas.

3.18 Processos Judiciais

Nenhuma acção legal ou de equidade será intentada para recuperar no âmbito desta apólice até após o termo de 60 (sessenta) dias a contar da data em que a prova de um Sinistro foi apresentada em conformidade com as condições da apólice. As partes acordaram que a lei do país em que esta apólice é emitida deve reger e controlar a mesma, em caso de qualquer conflito ou litígio entre as partes em relação à apólice as partes se submeterão à esse foro exclusivo e jurisdição para a resolução de qualquer conflito ou litígio.

3.19 Arbitragem

Qualquer diferença de opinião médica relacionada com os resultados de qualquer acidente, doença, morte ou despesa será encaminhada por escrito para dois peritos médicos nomeados, respectivamente, pelas duas partes no litígio, para resolução por esses peritos. Qualquer divergência de opinião entre os dois peritos médicos deve ser remetida para um mediador independente, que deve ter sido nomeado, por escrito, pelos dois peritos médicos no início.

3.20 Acontecimentos fora do controlo da Seguradora (Força Maior)

Caso a Seguradora seja impedida de cumprir qualquer das suas obrigações nos termos desta apólice devido à Força Maior, Nós notificaremos o Tomador do Seguro/Segurados das circunstâncias e natureza da Força Maior, bem como a duração estimada e a medida em que o desempenho da Seguradora é impossibilitado.

Sob tais circunstâncias, as obrigações da Seguradora de acordo com a apólice serão suspensas até que as circunstâncias que causaram a Força Maior terminem e a Seguradora não será responsável, perante o Tomador do Seguro/Segurados por quaisquer danos causados ao Tomador do Seguro/Segurados devido à incapacidade da Seguradora de cumprir as suas obrigações nos termos da apólice. Em caso de Força Maior, a Seguradora poderá cancelar a apólice mediante aviso prévio de 30 (trinta) dias.

3.21 Ajuste de Benefícios e Prémios

A Seguradora reserva-se o direito de ajustar adequadamente os Prémios ou benefícios devidos (incluindo quaisquer garantias aplicáveis) e os encargos cobrados ao abrigo da presente apólice, se:

- qualquer legislação ou regulamentação (incluindo legislação ou regulamentação fiscal) que afecte esta apólice ou à Seguradora for introduzida ou alterada, ou
- a interpretação ou compreensão jurídica de qualquer legislação ou regulamentação (incluindo legislação ou regulamentação fiscal) afectar esta apólice ou a mudança da Seguradora.

O Tomador do Seguro e os Segurados (conforme aplicável) serão notificados por escrito sobre quando essas alterações poderão ocorrer.

3.22 Compromissos

3.22.1 Confirmação de que todas as informações estão correctas

O Tomador do seguro garante que todas as informações prestadas à Seguradora e/ou ao seu Administrador à qualquer momento são completas e verdadeiras. As informações que afectam a decisão da Seguradora de fornecer benefícios são conhecidas como informações materiais

Sempre que o Tomador do Seguro fornecer à Seguradora e/ou ao seu Administrador informações pessoais de um Segurado, por exemplo, informações relativas ao beneficiário ou à saúde, o Tomador do Seguro garante que o Segurado deu o seu consentimento para fornecer as suas informações pessoais à Seguradora e/ou ao seu Administrador.

Se qualquer informação material não for totalmente divulgada ou for considerada falsa, a Seguradora pode decidir cancelar a apólice e/ou não pagar quaisquer Sinistros ou benefícios.

4 Prémios

- 4.1 Os Prémios são pagos antecipadamente e a frequência escolhida só pode ser alterada no aniversário da apólice.
- 4.2 Os Prémios são pagos mensalmente, trimestralmente, bianualmente ou anualmente. Salvo disposição em contrário ao abrigo de requisitos regulamentares em vigor num determinado território. Nesses casos, prevalecerão os requisitos regulamentares.
- 4.3 Os Prémios são pagos antecipadamente a partir do primeiro dia do mês do período facturado (mensal, trimestral, bianual, anual) e o mais tardar até ao sétimo dia do primeiro mês do período facturado.
- 4.4 O primeiro Prémio deve ser fisicamente recebido na conta bancária designada da Empresa antes da Data de Início desta apólice, para permitir a activação dos benefícios para os Segurados.
- 4.5 Os Prémios devem ser pagos directamente à Empresa e não à terceiras partes. A cobertura não terá início, nem a suspensão da cobertura será levantada até que os Prémios sejam reflectidos na conta bancária da Empresa.
- 4.6 As facturas fiscais serão emitidas para quaisquer alterações destinadas a acrescentar ou a pôr termo à cobertura dos Segurados processada até ao dia 15 do mês em curso.
- 4.7 As alterações aos Segurados recebidas após o dia 15 do mês serão reflectidas na factura fiscal subsequente.
- 4.8 Quaisquer facturas referentes a ajustes decorrentes da existência de notas de crédito pendentes não são reembolsáveis ao abrigo de uma apólice em vigor, mas serão contabilizadas em futuras facturas para pagamento do prémio. Se um segurado rescindir a apólice, quaisquer notas de crédito ou reembolsos devidos relativos a prémios só serão reembolsados 3 (três) meses após a cobertura da apólice ter sido encerrada.
- 4.9 Sempre que o Tomador do Seguro pague mensalmente, trimestralmente, bianualmente ou anualmente antecipadamente, as alterações aos Segurados serão facturadas mensalmente e pagáveis com a frequência seleccionada.
- 4.10 Os Prémios serão adequadamente ajustados a partir do primeiro dia do mês seguinte ao mês em que as alterações aos Segurados tiverem sido apresentadas.
- 4.11 A Empresa reserva-se o direito de rever os Prémios à qualquer momento durante o Ano da Apólice devido à alterações imprevistas na política fiscal ou na legislação.
- 4.12 A Empresa reserva-se o direito de suspender os benefícios aos Segurados, se o Tomador do Seguro não tiver pago o montante total do Prémio devido até ao dia 14 do mês em que este se tornou exigível. Quando o montante total dos Prémios for pago, a Empresa restabelecerá os benefícios aos Segurados.

5 Dívida

5.1 Cobrança de dívidas

5.1.1 Dívida de Prémio

5.1.1.1 Os Prémios são pagos até ao 7º dia do mês a que a factura se refere.

5.1.1.2 Se não for recebido qualquer pagamento até ao 14º dia do mês em que se tornou devido, todos os benefícios serão suspensos.

5.1.1.3 Se nenhum pagamento for recebido no prazo de 2 (dois) meses a contar do primeiro dia do mês em que se tornou devido, a apólice será rescindida e uma notificação por escrito será enviada ao Tomador do Seguro. A cobrança da dívida pendente será remetida à uma agência de cobrança de dívidas e, se necessário, será iniciado um processo judicial de cobrança.

5.1.2 Dívida de Sinistros

Membros activos

5.1.2.1 A Dívida de Sinistros é paga imediatamente pelo Segurado.

5.1.2.2 Se a Dívidas de Sinistros não for paga dentro de 3 (três) meses de vencimento da mesma, os benefícios do Segurado serão suspensos (os Prémios continuarão sendo facturados e cobrados). O Segurado e o Tomador do Seguro serão informados através de correspondência escrita.

Membros demitidos

5.1.2.3 Em caso de demissão de um Segurado que tenha Dívidas pendentes de Sinistros, o Tomador do Seguro é responsável pelo pagamento imediato da Dívida de Sinistros.

5.1.2.4 Se a Dívida de Sinistros não for paga no prazo de três (três) meses a contar da data de vencimento da mesma, a apólice será suspensa. O Tomador do Seguro será informado por escrito.

6 Como apresentar sinistros

Agiremos de boa fé em todas as Nossas relações com o Tomador do Seguro e Segurados. O Tomador do Seguro e os Segurados, por sua vez, devem assegurar a observância dos seguintes aspectos:

6.1 O pagamento dos custos de tratamento ao abrigo desta apólice está sujeito às Nossas tarifas negociadas no país em questão onde o tratamento é recebido. Onde as tarifas não foram negociadas com um provedor de serviços médicos, os pagamentos de Sinistros serão reembolsados mediante o que Nós consideramos ser Encargos Justos e Habituais no país onde o tratamento é recebido. O Segurado é responsável pelos custos de tratamento que excedam as Nossas tarifas acordadas ou o que Nós consideramos ser Encargos Justos e Razoáveis.

6.2 Tratamento dentro da Rede

Se o Segurado se dirigir à Nossa Rede de Provedores de Cuidados de Saúde para tratamento, Nós providenciaremos o pagamento directo dos encargos do tratamento ao provedor de cuidados de saúde até aos limites de benefícios especificados e sujeito às condições desta apólice.

O Segurado deve sempre apresentar o seu cartão de membro ao provedor de cuidados de saúde para poder receber tratamento.

6.3 Tratamento fora da rede

Nos Planos de Benefícios com as Redes de Provedores nenhum Sinistro será pago directamente à um provedor não ligado à rede nem reembolsados ao Segurado que utilize os serviços de um provedor não ligado à rede.

6.4 Tratamento fora do país

Para os Planos de Benefícios que permitem o Roaming, no caso de o Segurado se deslocar para tratamento fora do país onde esta apólice é emitida, apenas financiaremos o tratamento na Nossa Rede de Provedores. Se não existir uma Rede de Provedores num país específico, Nós pagaremos os Sinistros ao que Nós consideramos Encargos Justos e Habituais, sujeito à cláusula 6.1. Não são financiados custos relacionados com viagens e alojamento para tratamento fora do país.

Os Sinistros por tratamento fora do país de residência serão convertidos à taxa de câmbio válida na data do serviço ou da alta, em caso de internamento.

6.5 Requisitos para a apresentação de Sinistros

Para processar e pagar um Sinistro, as seguintes informações devem ser claramente fornecidas na conta:

- Número da apólice/membro
- Nome e Apelido do Paciente
- Data de nascimento
- Diagnóstico
- Data de Serviço (para o Hospital, por favor incluir as datas de admissão e de alta)
- Tratamento Detalhado ou descrição do Serviço para cada item recebido / fornecido (ou seja, nome do medicamento, nível de enfermaria)
- Quantidade (ou seja, 30 Disprin, 3 dias na enfermaria geral)
- Código da tarifa (se disponível)
- Montante cobrado por serviço ou tratamento recebido
- Nome do profissional de saúde responsável

- Nome da unidade (ou seja, Hospital Geral, Clínica Médica Africana)
- Total cobrado (que deve corresponder aos montantes cobrados individualmente na conta)
- Número de autorização prévia (se aplicável e se o serviço exigir autorização prévia - ver 6.8.)
- Prova de pagamento, no caso de reembolso ao Membro Principal. O único documento que aceitaremos como prova de pagamento é um recibo ou prova de pagamento electrónico (EFT). Se a prova de pagamento correcta não for anexada, a conta será rejeitada.
- Assinatura do paciente ou do Membro Principal se o paciente for menor de idade
- Assinatura do provedor
- Data da conta e número de referência da conta

A inobservância das condições de Sinistros acima referidas, sem qualquer explicação razoável, pode invalidar o Sinistro. Recomenda-se que o Segurado mantenha cópias de qualquer informação médica que Nos envie. Isso ajudará o Segurado a manter o controlo do que lhe devemos e será útil se precisar acompanhar o processo do seu Sinistro.

6.6 Prazo de apresentação de Sinistros

Para ter direito ao pagamento dos benefícios, o Sinistro deve chegar à Empresa no prazo de 120 (cento e vinte) dias a contar da data do tratamento ou da alta. O Sinistro apresentado fora deste prazo não será pago.

6.7 O Segurado deve certificar-se de que pode pagar o tratamento

A Empresa pode determinar se o Segurado é elegível para um determinado tratamento nos termos da sua apólice, bem como aconselhá-lo se tem fundos disponíveis para o pagar (dentro dos limites dos benefícios indicados na tabela de benefícios). No entanto, cabe ao Segurado confirmar se tem fundos disponíveis, verificando Connosco ou consultando a tabela de benefícios, e perguntando ao Médico ou ao Hospital qual será o custo do tratamento.

6.8 Serviços ou benefícios que requerem Autorização prévia

Para determinados serviços ou benefícios, o Segurado deve obter autorização prévia da Empresa. Os serviços ou benefícios que carecem de autorização prévia incluem:

- Internamento (electivo e não electivo)
- Tratamento do cancro (em regime ambulatorio e internamento)
- Diálise renal (em regime ambulatorio ou internamento)
- Radiologia especializada (em regime ambulatorio e internamento)
- Serviços de Evacuação de Emergência e de ambulância aérea (nacionais e internacionais)
- Medicamentos para doenças crónicas
- Aparelhos e próteses
- Transplantes de órgãos
- Viagens compassivas
- Repatriamento de restos mortais
- Serviços de ambulâncias não de emergência
- Cuidados críticos
- Gravidezes de alto risco (mais tomografias computadorizadas e consultas)

A ficha de solicitação de cuidados geridos e a informação clínica relevante devem ser apresentados à Empresa pelo menos 48 (quarenta e oito) horas antes do Dependente beneficiar

do tratamento/serviço. Se o Segurado não obtiver a autorização prévia, poderá ser responsabilizado pessoalmente pelas suas despesas médicas.

Em caso de Acidente ou internamento de emergência, deve Nos ser enviada uma notificação escrita, juntamente com a informação médica justificativa razoável disponível, no prazo de 48 (quarenta e oito) horas após o ocorrido, ou se for fim-de-semana ou feriado, no dia útil seguinte.

Quando a Autorização prévia for necessária e não for obtida, reservamo-Nos o direito de:

- Recusar o financiamento ou
- Aplicar um co-pagamento de 20% do valor total do Sinistro

7 Benefícios

Esta secção deve ser lida em conjunto com as tabelas de benefícios. Por favor, consulte as Tabelas de Benefícios do seu Plano de Benefícios escolhido para entender exactamente o que está coberto pela sua apólice. Esta secção apresenta mais pormenores sobre os benefícios à que tem direito ao abrigo da sua apólice, sempre que tais pormenores não estejam disponíveis nas Tabelas de Benefícios.

Note que os benefícios variam em função do país e do Plano de Benefícios escolhido e, portanto, podem não ser aplicáveis ao seu Plano de Benefícios ou país. Caso não tenha certeza do que é aplicável, por favor contacte o seu escritório nacional para esclarecimentos. Os Sinistros de serviços que não estejam abrangidos pelo seu Plano de Benefícios relevante não serão financiados.

Nenhum Segurado tem direito de atribuir, transferir, penhorar ou ceder os seus benefícios ou direitos à benefícios no âmbito da presente apólice ou dela decorrentes.

7.1.1 Tratamento ambulatorio de Condições Agudas

Isto inclui:

- Consultas de Clínica Geral (PG).
- Consultas especializadas.
- Patologia, ou seja, análises de sangue solicitadas por um Médico no decurso das consultas diárias.
- Radiologia, isto é, radiografias básicas fora do Hospital.
- Procedimentos ambulatorios não cirúrgicos, como a aplicação de gesso de paris e pontos.
- Fisioterapia
- Biocinética e quiroprática
- Psicologia
- Assistência social
- Terapia Ocupacional
- Fonoaudiologia / Audiologia
- Acústico de aparelhos auditivos
- Podiatria
- Nutricionista
- Ortopedista / Protético
- Terapia relativa à Saúde no Trabalho
- Medicação para problemas de saúde crítico, incluindo medicamentos que são medicamente necessários e legalmente limitados aos prescritos por um Médico para uso pelo Segurado em regime ambulatorio.
- Exame médico anual

7.1.2 Consultas com Médico Generalista (apenas aplicável na Nigéria)

Consultas de Medicina Geral ilimitadas à Médicos Generalistas seleccionados. As consultas serão reembolsadas usando a tarifa da Liberty para as Redes de Provedores. Este limite não se aplica às consultas com médicos generalistas fora do seu país de residência (Nigéria)

7.1.3 Vacinações

As vacinações infantis para crianças com menos de seis (6) anos de idade (inclusive) serão cobertas pelo benefício de medicamentos para doenças agudas (diário), sujeito à política clínica da Empresa.

Vacinações infantis até aos 6 anos, inclusive:

- Difteria
- Sarampo alemão (Rubéola)
- Gripe hemofílica tipo B
- Hepatite A e B
- Sarampo
- Meningite
- Papeira
- Infecções pneumocócicas
- Poliomielite
- Rota vírus
- Tétano
- Tuberculose (BCG)
- Tifóide
- Vitamina A (não é uma vacinação, mas faz parte do programa em alguns países)
- Tosse Convulsa (Coqueluche)

Para os grupos etários mais velhos, será abrangido o acesso ao seguinte:

- Hepatite B
- HPV (sujeito à Autorização prévia e critérios clínicos)
- Gripe
- Meningite
- Infecções pneumocócicas
- Tétano
- Tifóide

Vacinas adicionais para todas as idades:

- Febre Amarela
- Raiva*

* Em caso de emergência, administre a primeira dose. Deve contactar-Nos posteriormente para Nos informar sobre o Sinistro, que uma vez apresentado será processado de acordo com os benefícios disponíveis.

7.2 Benefícios ópticos

Os seguintes benefícios ópticos são cobertos em regime ambulatorio:

- 1 (um) exame oftalmológico anual
- Armações e lentes (incluindo lentes de contacto) uma vez a cada 2 (dois) anos apenas para corrigir erros de refração.

7.3 Benefícios dentários

7.3.1 Odontologia Básica

Este benefício abrange os seguintes tratamentos e serviços dentários em regime ambulatorio:

- Consultas odontológicas
- Procedimentos dentários básicos, incluindo remoção de dentes e raízes, obturações, tratamento preventivo, descamação e polimento e radiografia

7.3.2 Odontologia Especializada

Odontologia especializada incluindo tratamento de canais radiculares, próteses, incrustações, coroas, pontes, tratamento periodontal, tratamento ortodóntico e cirurgia dentária incluindo cirurgia facial e oral da maxila e remoção de dentes do siso impactados. O tratamento ortodóntico será restrito aos membros até à idade de 21 (vinte e um) anos, inclusive.

7.4 Benefícios de maternidade

Este benefício cobre os benefícios de maternidade em internamento hospitalar.

7.4.1 Os cuidados ambulatorios de maternidade incluem os seguintes testes e serviços:

Pacote de maternidade	Quantidade
Consultas	12
Ecografias	3
VDRL	1
Grupo sanguíneo de Rhesus	1
Hemoglobina	1
Teste de HIV	2
Teste de proteína e glicose	1
Rastreio do síndrome de Down	1
Marcadores bioquímicos de soro do primeiro e segundo trimestre	1
Amostragem de vilosidade crónica	1
Amniocentesis (sujeita à autorização prévia)	1

Qualquer submissão de sinistros adicionais, referentes a cuidados de maternidade, serão pagos dos benefícios disponíveis do dia a dia.

7.4.2 Gravidezes de alto risco

Para além dos benefícios de maternidade em regime ambulatorio enumeradas na secção 7.4.1. Uma gravidez de alto risco é definida como uma gravidez que ameaça a saúde ou a vida da mãe ou do feto. Em tais casos, financiaremos consultas e ecografia adicionais, mediante a análise do departamento clínico.

7.4.3 Maternidade em regime de internamento (parto)

Ao abrigo deste benefício, Nós cobrimos os benefícios de maternidade em internamento hospitalar, incluindo o confinamento, o parto (parto natural) e as parteiras.

Nota: O parto por cesariana é excluído, excepto quando houver uma indicação clínica para tal e quando previamente autorizado por Nós.

Tal como especificado na cláusula 3.6.5, o recém-nascido será coberto durante 15 (quinze) dias imediatamente após o nascimento pela apólice da mãe, sob reserva do limite de benefícios especificado nesta cláusula.

7.4.4 Cuidados neonatais

Este benefício cobre os custos de tratamento para os cuidados neonatais necessários no caso de um recém-nascido. Este benefício cobre, em especial, os seguintes cuidados:

- Enfermaria neonatal (incubadora)
- Fototerapia
- Anomalias congénitas
- Prematuridade

Nota: Este benefício será aplicado desde o nascimento até que o bebé receba alta.

7.4.5 Tratamento da infertilidade (apenas nos Planos de Benefícios específicos na Nigéria)

Este benefício cobre os custos de consultas e testes de diagnóstico relacionados com a infertilidade. Nenhum outro serviço é financiado ao abrigo da apólice.

Serviços	Pormenores dos testes financiados
Consultas	
Radiologia	Histero-salpingografia de raios-X
	Histero-salpingografia de raios X com introdução de contraste
	Hysterosalpingograma (excluindo pós-tratamento)
	Histero-salpingografia
	Estudo ecográfico da pélvis feminina transvaginal
Testes ao Sémén	Análise do sémén: viabilidade + motilidade - 6 horas
	Análise do sémén: Contagem de células
	Análise do sémén: Citologia
	Análise do sémén: mancha Supravital
Perfil Hormonal	Lutropina (LH)
	Folitropina (FSH)
	Tirotropina (TSH) + Tiroxina Livre (FT4)
	Tri-iodotironina livre (FT3)
	Tiroxina livre (FT4)
	Estradiol
	Prolactina
	Progesterona
	Concentração hormonal: Quantitativa
	Testosterona
	Teste de hormona livre
Resposta da libertação de hormonas	
Clamídia	Identificação: Clamídia
VDRL	Kahn qualitativa, VDRL ou outra floculação

Serviços	Pormenores dos testes financiados
Histologia	Histologia por amostra

7.5 Benefício por Doença Crónica

Para ter acesso ao benefício por Doença Crónica, o Segurado, à quem seja diagnosticada uma Doença Crónica, será obrigado a obter Autorização prévia através da inscrição no Programa de Cuidados de Saúde Geridos. Para inscrever-se neste programa, o Médico assistente, juntamente com o Segurado, terá de preencher uma ficha de subscrição para tratamento de doenças crónicas e submetê-la à Nós. O tratamento de Doenças Crónicas será sujeito à Nossa lista de doenças crónicas, Protocolos de Financiamento Clínico e formulários de medicamentos aprovados.

É importante notar que se o Segurado não se inscrever no Programa de Cuidados de Saúde Geridos, não poderá ter acesso ao benefício por Doença Crónica.

7.5.1 Este benefício cobre os seguintes serviços (apenas para as Doenças Crónicas registadas):

- medicamentos
- consultas
- radiologia básica
- testes de patologia

Lista Das Doenças Crónicas	
Acne	Hipertensão
Doença de Addison	Hipertiroidismo
Rinite alérgica	Hipotiroidismo
Doença de Alzheimer	Hipopituitarismo
Anemia	Síndrome de má absorção
Espondilite anquilosante	Hipogonadismo masculino
Anorexia nervosa	Doença de Meniere
Arritmias e perturbações da condução	Perturbações menopáusicas e perimenopáusicas
Asma	Menorragia
Perturbações da hiperactividade do défice de atenção (TDAH)	Doença do neurónio motor
Esofagite de Barrett	Esclerose múltipla
Hipertrofia prostática benigna	Distrofia muscular
Perturbação bipolar do humor	Miastenia gravis
Bronquiectasia	Neuropatia
Bulimia nervosa	Perturbação obsessiva compulsiva (DCO)
Insuficiência cardíaca	Osteoartrose
Cardiomiopatia	Osteoporose
Perturbação pulmonar obstrutiva crónica (DPOC)/	Doença de Paget
Doença renal crónica	Síndromes paralíticas e complicações associadas
Síndrome de Conn	Doença de Parkinson
Cor pulmonale	Pemfigus
Doença arterial coronária/doença cardíaca isquémica	Poliarterite nodosa
Doença de Crohn	Síndrome de ovário poliquístico
Doença de Cushing	Polimialgia reumática
Fibrose quística	Distúrbios de stress pós-traumático
Trombose venosa profunda	Púrpura Trombocitopénica primária/idiopática
Depressão	Psoríase

Lista Das Doenças Crónicas	
Dermatite/eczema	Artrite psoriática
Dermatomiosite	Fibrose intersticial pulmonar
Diabetes insipidus	Artrite reumatóide
Diabetes mellitus tipo 1	Rosacae
Diabetes mellitus tipo 2	Sarcoidose
Doença diverticular	Esquizofrenia
Disritmias	Esclerodermia e esclerose sistémica
Distonia	Síndrome de Sicca
Endometriose	AVC
Epilepsia	Lúpus eritromatoso Sistémico
Perturbação de ansiedade generalizada (GAD)	Trombose e embolia
Glaucoma	Síndrome de Tourette
Doença do refluxo Gastro-esofágico (GORD)	Crises isquémicas transitórias
Gota	Nevralgia Trigeminal
Hemofilia	Tuberculose
Hepatite B	Colite ulcerativa
Hepatite C	Infecção do tracto urinário (crónica)
VIH / SIDA	Incontinência urinária
Hiperlipidemia	Doença cardíaca valvular
Hiperparatiroidismo	Síndrome de Zollinger-ellison
Hipoparatiroidismo	

7.6 Benefícios Hospitalares (regime de internamento)

Antes do Segurado iniciar o tratamento em regime de internamento hospitalar (excepto em caso de Acidente ou de Condição Clínica de Emergência), o Segurado deve obter a Nossa Autorização prévia pelo menos 48 (quarenta e oito) horas antes do internamento Hospitalar. O pedido deve ser apresentado electronicamente por escrito ou via linha de atendimento. Se o Segurado não obtiver a autorização prévia, poderá ser responsabilizado pessoalmente pelas suas despesas médicas.

A autorização prévia permite-Nos assegurar que o tratamento mais adequado seja prestado ao custo mais adequado e permite-Nos controlar a qualidade dos cuidados que o Segurado recebe.

Em caso de Acidente ou de Condição Médica de Emergência, a notificação por escrito, juntamente com a informação médica justificativa razoável disponível, deve Nos ser apresentada no prazo de 48 (quarenta e oito) horas após o evento, ou se for fim-de-semana ou feriado, no dia útil seguinte.

Os seguintes benefícios hospitalares estão cobertos por esta apólice:

7.6.1 Tratamento Hospitalar e Serviços Afins

A cobertura inclui:

- Alojamento hospitalar num quarto privado normal.
- Honorários hospitalares para Médicos, Especialistas, cirurgiões, anestesistas, fisioterapeutas, ou outras consultas de Especialistas relevantes realizadas no Hospital.
- Taxas de blocos operatórios.
- Medicamentos para levar para casa (limitados à 14 dias)

- Aparelhos, material e medicamentos de enfermaria e bloco operatório utilizados no Hospital.
- Despesas de alojamento incorridas por um dos pais que partilha o quarto de um filho Segurado com menos de 12 (doze) anos de idade (inclusive), quando este último for tratado num hospital, como internado por um período, e o Médico responsável aconselhar por escrito que um dos pais deve permanecer com o filho segurado.

7.6.2 Internamento Psiquiátrico

Este benefício cobre os custos do tratamento psiquiátrico recebido em regime de internamento numa unidade psiquiátrica de um Hospital. Todos os tratamentos devem ser administrados sob o controlo directo de um psiquiatra registado.

7.6.3 Próteses e aparelhos

Sob este benefício e sujeito à Protocolos de Financiamento Clínico, Nós cobriremos os custos de:

- Membros artificiais
- Aparelhos internos (cirurgicamente implantados) e próteses, tais como: marca-passos, próteses ortopédicas, incluindo próteses da anca
- Implantes ortopédicos, por exemplo, aparelhos de alongamento ósseo, placas raquidianas e parafusos.
- Aparelhos endo-vasculares
- Aparelhos para o sistema nervoso central, sistema cardíaco e sistema oftálmico e auditivo.

7.6.4 Aparelhos Médicos Externos

Pagaremos por aparelhos médicos externos, incluindo cadeiras de rodas; glicosímetros, aparelhos auditivos e grandes órteses ortopédicas (por exemplo, aparelho ortopédico traseiro).

7.6.5 Radiologia Especializada

Ao abrigo deste benefício, Nós cobriremos os custos de radiologia especializada necessária dentro ou fora do Hospital, (radiografias PET-CT, Radioisótopos, Tomografia Computadorizada (TC) e Ressonância Magnética (MRI). Toda a radiologia especializada (em internamento ou ambulatório) está sujeita à Autorização prévia e à Protocolos de Financiamento Clínico.

Em certos Planos de Benefícios, a radiologia especializada só é coberta em casos de trauma. Consulte a sua tabela de benefícios ou contacte o seu escritório local para confirmar os benefícios e obter a Autorização prévia.

7.6.6 Benefício de ambulância

Nós pagaremos por serviços de ambulância rodoviária para transportar o Segurado para a instalação médica interna mais próxima e adequada para tratamento. A autorização prévia é necessária para os Serviços de ambulância que não sejam de emergência e serviços de ambulância Transfronteiriços e está sujeito à Protocolos de Financiamento Clínico.

7.7 Benefício por doença grave

Até ao limite do benefício por doença grave e sujeito à Autorização prévia e à Protocolos de Financiamento Clínico, este benefício cobre os custos de tratamento (em internamento ou ambulatório) para oncologia (cancro), transplantes de órgãos e diálise renal (rins).

7.7.1 Oncologia

Este benefício cobre os custos do tratamento do cancro, independentemente de esse tratamento ser recebido em regime de internamento hospitalar ou em regime ambulatorial num centro de tratamento do cancro registado. O benefício é concedido quando os pacientes são submetidos a um tratamento oncológico activo, incluindo os custos associados até um período de 5 (cinco) anos (após o tratamento activo), de modo a permitir o acompanhamento indicado quando o paciente se encontra em remissão.

Em particular, Nós cobrimos o seguinte e é sujeito à Protocolos de Financiamento Clínico:

- Quimioterapia / medicação oncológica de acordo com as orientações baseadas em evidências. Consulte a Lista de Medicamentos Oncológicos Especializados para os medicamentos associados que estão excluídos ou que são sujeitos a critérios específicos de Autorização prévia.
- Radioterapia
- Radiologia especializada:
 - Tac / IRM (2 por Segurado e por ano)
 - Exames PET (1 por Segurado por ano)
 - Exames ósseos (1 por Segurado por ano)
- Consultas
- Patologia
- Internamento para Tratamento de cancro em regime interno.
- A partir de o momento em que o doente entra em remissão, o tipo e a frequência dos serviços de saúde necessários para acompanhamento serão prestados mediante pré-autorização, dependendo do tipo de cancro que está a ser controlado e do período de tempo decorrido desde o diagnóstico inicial.

7.7.2 Transplantes de órgãos

Este benefício cobre o custo das operações de transplante dos rins, coração, fígado, pulmão, córnea ou medula óssea quando o Segurado é o receptor, mas não inclui:

- Quaisquer custos relacionados com ou para o dador de órgãos ou cadáver, incluindo a colheita de órgãos e a análise do estado de saúde do dador.
- Transporte do paciente ou órgão.
- Procura ou cruzamento da compatibilidade do dador, quer local quer internacionalmente.

São igualmente cobertos outros custos médicos associados à um transplante de órgãos, incluindo:

- Internamento
- Consultas
- Medicamentos anti-rejeição (em internamento ou ambulatorial)
- Patologia
- Radiologia

7.7.3 Diálise renal

Este benefício cobre os custos de tratamento da diálise renal, independentemente de esse tratamento ser recebido em regime de internamento hospitalar registado ou em regime ambulatorial num centro de diálise legalmente registado.

Os custos médicos associados são também cobertos, incluindo internamento (para tratamento hospitalar), consultas, medicação e patologia.

Este benefício exclui o reembolso por diálise peritoneal automatizada.

7.8 Benefício Internacional (aplicável apenas à Planos de Benefícios seleccionados)

7.8.1 Evacuação de Emergência Médica Internacional

7.8.1.1 No caso de uma Condição de Emergência Médica e quando o tratamento não estiver disponível localmente, Nós pagaremos os custos de transporte para o Segurado ser evacuado do país onde a Condição Médica de Emergência ocorreu para o Hospital adequado mais próximo, dentro da Área de cobertura. O hospital mais próxima poderá situar-se no país onde a Condição de Emergência Médica ocorreu. As seguintes classes de condições poderão resultar em Evacuação de Emergência:

7.8.1.2 Acidentes

O Segurado será evacuado para um hospital adequado caso a especialidade necessária não esteja disponível no país onde o Segurado se encontra no momento do Acidente. A necessidade ou não de uma especialidade específica será determinada pelo Nosso Consultor Médico mediante aconselhamento recebido do Médico responsável no país da ocorrência. O Consultor Médico pode, periodicamente, solicitar um parecer adicional de um Especialista alternativo. Em termos da necessidade de cuidados numa UCI, a presença de uma UCI no país da ocorrência determinará que o Segurado receba cuidados na UCI do mesmo país.

7.8.1.3 Condições Graves não Relacionadas com Acidentes que Requerem Tratamento Especializado

O membro será evacuado para outro país devido à uma condição grave se não houver um Especialista normalmente disponível localmente para gerir a condição específica. À este respeito, serão aceites as seguintes condições que requeiram tratamento Especializado:

- Condições médicas - Médico
- Condições cirúrgicas - Cirurgião-Geral

As Evacuações de Emergência não serão efectuadas para Condições Crónicas agravadas.

7.8.1.4 A Evacuação de Emergência Internacional estará sujeita à aprovação do Nosso Consultor Médico, à disponibilidade de benefícios (dependendo do Plano de Benefícios escolhido) e às condições da apólice. O nosso Consultor Médico, em consulta com os profissionais médicos relevantes e sujeito aos Nossos critérios de evacuação interna (periodicamente alterados), determinará se o Estado de Saúde do Segurado constitui um Estado de Saúde Grave ou com risco de vida que exija evacuação imediata para tratamento, de modo a evitar a morte ou o agravamento das perspectivas de saúde imediatas ou a longo prazo do Segurado. A gravidade da condição médica será avaliada no contexto da localização geográfica do Segurado e da disponibilidade local de tratamento ou hospital.

7.8.1.5 Princípios gerais de evacuação

Aplicam-se os seguintes princípios de evacuação:

- O Médico que autoriza a transferência é responsável por avaliar a estabilidade do paciente para viajar; que é do maior interesse do paciente ser evacuado; e que o prognóstico do paciente será materialmente melhorado em resultado desta evacuação.

- O Médico que encaminha o paciente deve fazer o devido rastreio, o exame clínico, as investigações especiais e a estabilização/ressuscitação do paciente, se possível.
- Os cuidados iniciados pelo hospital que transfere o paciente podem ter de ser continuados durante o transporte.
- Toda a documentação clínica relevante deve acompanhar o paciente no que respeita à avaliação e gestão antes da evacuação (cópias das análises efectuadas, da medicação administrada e da carta de encaminhamento para o Médico destinatário).
- Será tomada a decisão sobre o modo de transporte.
- A evacuação será "transferência inter-hospitalar" (de um hospital para outro - dentro da Área de Cobertura), ou "resposta primária" (quando o paciente não recebeu ou recebeu apenas cuidados pré-hospitalares).
- A decisão sobre que modo de transporte usar será tomada pelos serviços de Evacuação de Emergência contratados e pelo Nosso Consultor Médico. (Muitos factores têm de ser considerados, incluindo: áreas de aterragem, tempo de mobilização, condições meteorológicas em rota, tempo e distância do voo e certas restrições legais podem também ser aplicáveis, como requisitos de limitação, ou seja, uma aeronave bimotora, ou viagem nocturna).

Após uma Evacuação de Emergência Internacional, Nós pagaremos os custos de transporte do paciente de volta ao seu país de residência, desde que esses custos sejam previamente autorizados por Nós.

7.8.2 Benefício por Cuidados Críticos

Em caso de uma condição clinicamente necessária, mas não de emergência, que ponha em risco a vida, para a qual o tratamento em regime de internamento não esteja disponível localmente, os cuidados podem ser acedidos na África ou na Índia. A cobertura inclui: despesas internacionais de viagem / alojamento e de tratamento no estrangeiro. O máximo de uma consulta de seguimento no prazo de um ano após a conclusão do tratamento activo. Este benefício está sujeito ao limite Global e à autorização prévia.

A cobertura inclui:

- Tratamento em regime de internamento, tratamento oncológico e serviços ambulatoriais necessários para determinar um plano de tratamento ou como seguimento de um tratamento anterior aprovado sob os benefícios de cuidados críticos ou de evacuação.
- Um voo de ida e volta na classe económica do país de residência para o país de tratamento do paciente.
- Um voo de ida e volta na classe económica para um membro da família que o acompanha (ou outra pessoa pré-especificada) se for clinicamente necessário ou se o paciente for menor de idade.

O financiamento estará sujeito aos seguintes critérios:

- O tratamento deve ser considerado medicamente necessário e clinicamente apropriado.
- O tratamento não deve estar disponível localmente
- Para condições susceptíveis de encurtar a vida da pessoa e de conduzir à sua morte nos próximos 10 anos
- O tratamento estará sujeito à obtenção de autorização antes da transferência e tratamento
- O tratamento será curativo e não paliativo

- O tratamento deve estar previsto nos de nossos protocolos de financiamento clínico
- Seleccionamos a instalação e o país em que o tratamento será obtido.

O que não é coberto:

- Tratamento Experimental
- Segundo parecer
- Tratamento da deterioração de uma condição crónica
- Um tratamento específico que não está disponível no país, mas havendo um tratamento alternativo clinicamente apropriado no país
- Qualquer tratamento que tenha sido auto financiado fora da área de cobertura sem autorização prévia
- Exclusões normalizadas da apólice
- Tratamento para cuidados paliativos

7.8.3 Viagens e alojamento (aplicável apenas à Evacuações Médicas de Emergência Internacional e à casos de Cuidados Críticos).

7.8.4 Nos casos em que o paciente é uma criança ou é incapaz de viajar sem assistência, pagaremos o custo de um bilhete de ida e volta de classe económica e custos acessórios relacionados com alojamento, alimentação e transporte apenas. Isto estará sujeito ao limite especificado nas tabelas de benefícios para o paciente e, quando necessário, o acompanhante.

As viagens e os alojamentos estarão sujeitos à Nossa autorização prévia e à disponibilidade de benefícios.

7.8.5 Repatriamento de restos mortais

Se o Segurado morrer fora do seu país de origem durante uma Evacuação de Emergência internacional ou transferência para cuidados críticos, Nós pagaremos as despesas de preparação e transporte dos restos mortais do Segurado do local de óbito para o seu país de origem, ou Nós pagaremos as despesas de preparação e enterro local dos restos mortais no país onde ocorreu o óbito. Só pagaremos até ao custo de um caixão normal de repatriamento.

O pagamento dos custos relacionados com o repatriamento dos restos mortais está sujeito à Nossa autorização prévia.

7.8.6 Roaming Electivo

Aplicável aos beneficiários de Planos de Benefícios em que a área de cobertura se estende para além do país de residência. Os membros podem optar por obter serviços médicos fora do seu país de residência, mas dentro da sua área de cobertura, estes serão financiados de acordo com os benefícios disponíveis e regras da apólice.

As despesas de viagem e de alojamento do paciente e dos familiares que o acompanham não são financiadas.

Aplicam-se protocolos normalizados de autorização prévia e protocolos de financiamento clínico.

8 O que Nós não cobrimos

No âmbito desta apólice, há certos custos que Nós não cobrimos. Estão excluídos da apólice os seguintes itens de tratamento, condições, actividades e suas despesas relacionadas ou consequentes e a Empresa não será responsável pelos mesmos:

- 8.1 Qualquer tratamento ou intervenção médica que seja excluída da cobertura e / ou não seja suportada por Nossos Protocolos de Financiamento Clínico.
- 8.2 Tratamentos cosméticos e cirurgia plástica.
- 8.3 Condições Pré-Existentes, tal como definidas, salvo declaração em contrário na ficha de subscrição e Nossa confirmação expressa da aceitação.
- 8.4 Medicamentos alternativos prescritos, tais como, mas não limitados à, homeopatia, acupunctura, medicina Chinesa, reflexologia, aromaterapia e remédios caseiros.
- 8.5 Serviços ou tratamentos em qualquer lar, spa, hidro-clínica, sanatório, cuidados privados/domiciliários de enfermagem, cuidados frágeis ou cuidados de longa duração que não seja num Hospital tal como definido.
- 8.6 Análises ou tratamento relacionados com a infertilidade, não especificados na cláusula 7.4.5, contracepção (com excepção do produto que está sendo usado para outra indicação que não a contracepção, onde a indicação é apoiada pelos Protocolos de Financiamento Clínico da Empresa), impotência ou disfunção sexual.
- 8.7 Tratamento administrado pelo próprio Segurado ou membro da sua família ou cônjuge.
- 8.8 Não cumprimento de normas clínicas
- 8.9 Todos os custos relacionados com o transplante muscular, esquelético ou órgãos humanos ou tecidos de um dador para um receptor e todas as despesas directa ou indirectamente relacionadas com o transplante de órgãos (excepto conforme definido no âmbito do benefício de Transplante de Órgãos).
- 8.10 Tratamento e/ou morte decorrente de lesões auto-infligidas, tentativa de suicídio, abuso de álcool e toxicodependência ou abuso de drogas, incluindo as complicações associadas à qualquer uma das situações acima referidas.
- 8.11 Medicamentos experimentais, investigativos ou pioneiros ou técnicas médico-cirúrgicas não habitualmente disponíveis que o Segurado opte por receber, embora o tratamento habitualmente e geralmente previsto para a condição médica em causa esteja disponível dentro da Área de Cobertura da Apólice.
- 8.12 Lesão ou doença enquanto integrante a tempo inteiro de uma unidade policial ou militar e tratamento resultante da participação activa ou voluntária em guerra, invasão, ou actos de um inimigo estrangeiro, hostilidades, guerra civil, rebelião, revolução, motim, comoção civil ou qualquer actividade ilegal ou criminal, incluindo a consequente prisão.

- 8.13 Custos de viagem ou custos não médicos, salvo se especificamente previstas na apólice.
- 8.14 Profilaxia e vacinas contra a malária, tais como vacinas de viagem, contra epidemias e pandemias, e quaisquer outras vacinas.
- 8.15 Tratamento hospitalar em regime de internamento se a doença do Segurado poderia ter sido tratada adequadamente em regime ambulatorio.
- 8.16 Taxas por marcações de consultas não cumpridas.
- 8.17 Custos relacionados com lesões e/ou condições médicas resultantes de eventos ilegais, desportos ou actividades extremas, incluindo mas não se limitando à: Escalada, alpinismo, esqui, araquedismo, pára-quedismo, asa-delta, pilotagem de um avião (excepto se aprovado por Nós por escrito), parapente, balonismo, todos os mergulhos (excepto se a pessoa em causa tiver sido devidamente qualificada e certificada como mergulhador por uma organização de mergulho reconhecida internacionalmente ou se, na altura da ocorrência do evento, essa pessoa estiver a receber efectivamente instrução de mergulho de um instrutor de mergulho devidamente qualificado e certificado), corridas de qualquer tipo que não a pé e todos os desportos profissionais ou inerentemente perigosos, a menos que sejam declarados e aceites por Nós por escrito antes do evento que dá origem à um sinistro.
- 8.18 Custos ou benefícios devidos ao abrigo de qualquer legislação ou cobertura de seguro correspondente relativos à morte, lesões, doença ou enfermidade ocupacional.
- 8.19 Os custos de transporte do Segurado através do seu próprio meio de transporte, bem como os custos de tratamento médico prestado pelas seguintes partes, a menos que Nós concordemos, por escrito, em suportar tais custos:
- Seu pessoal ou nos Seus Centros Médicos
 - Por um terceiro sob um contrato entre o terceiro e o Segurado
- 8.20 Custos resultantes de qualquer litígio ou disputa entre o Segurado e qualquer profissional de saúde ou estabelecimento médico de quem ou onde tenha sido solicitado ou recebido tratamento, ou quaisquer outros custos não directa e especificamente relacionados com o pagamento das despesas médicas cobertas pela apólice.
- 8.21 Quaisquer perdas ou danos, custos ou despesas de qualquer natureza directa ou indirectamente causados por, resultantes ou relacionados com qualquer uma das seguintes causas ou acontecimentos, mesmo que alguma outra causa ou acontecimento possa contribuir ao mesmo tempo ou em qualquer outra sequência para a perda:
- radiação ionizante ou contaminação por radioactividade a partir de qualquer combustível nuclear ou de qualquer resíduo nuclear resultante da combustão de combustível nuclear
 - as propriedades radioactivas, tóxicas, explosivas ou outras propriedades perigosas ou contaminantes de qualquer instalação nuclear, reactor ou outro conjunto ou componente nuclear
 - qualquer arma de guerra que utilize fissão e/ou fusão atómica ou nuclear ou outra reacção semelhante de força ou matéria radioactiva.

- 8.22 Serviços ou tratamentos em que a autorização prévia deveria ter sido obtida e não foi.
- 8.23 Qualquer medicamento oncológico especializado apontado como uma exclusão na Nossa lista de Medicamentos Oncológicos Especializados.

9 Outras exclusões

- 9.1 Esteróides anabolizantes e testosterona
- 9.2 Terapia de arte
- 9.3 Autopsia
- 9.4 Humidificadores
- 9.5 Champôs medicados e Amaciadores, incluindo os destinados à prevenir a queda de cabelo. Esta limitação não inclui as preparações utilizadas para o tratamento de piolhos, sarna e outras infecções microbianas, nem as preparações derivadas de alcatrão de carvão para o tratamento da psoríase.
- 9.6 Medicamentos não registados
- 9.7 Massagens
- 9.8 Multivitaminas e tónicos (excepto quando indicado nas tabelas de benefícios)
- 9.9 Tratamento da obesidade
- 9.10 Terapia do sono
- 9.11 Preparações para emagrecimento
- 9.12 Sabões, esfoliantes e outros produtos de limpeza
- 9.13 Óculos de sol, de leitura, lentes de contacto coloridas, preparações de lentes de contacto
- 9.14 Protector solar e preparações para bronzamento solar
- 9.15 Produtos de higiene pessoal
- 9.16 Tratamento para depilação
- 9.17 Reduções ou ampliações de seios e ginecomastia
- 9.18 Busca e salvamento
- 9.19 Implantes dentários

- 9.20 Cirurgia ocular refractiva ou tratamento ocular à laser
- 9.21 Suplementos alimentares e nutricionais, incluindo alimentos para bebés e preparações lácteas especiais
- 9.22 Preparações antitabágicas
- 9.23 Reparações de aparelhos médicos externos, tal como especificado no ponto 7.6.4
- 9.24 Qualquer tecnologia, procedimento ou medicamento de saúde considerado como uma Exclusão da Apólice após a conclusão de um processo de avaliação de tecnologias da saúde baseado em evidências.
- 9.25 Probióticos

10 Contacte-Nos

Se tiver mais perguntas sobre a sua apólice, ou se não estiver satisfeito com qualquer aspecto da sua apólice, contacte-Nos, contacte o seu consultor financeiro/intermediário, ou visite o Nosso sítio electrónico.