



Seguro de Saúde Médias

Condições Gerais e Especiais da Apólice

Aplicáveis aos seguros Médias Light, Médias Dental e Médias Light+Dental

Apoio ao Cliente:

- 21 005 24 24 (chamada para a rede fixa nacional)
- 91 827 24 24 / 93 522 24 24 / 96 599 24 24
(chamada para rede móvel nacional)

Atendimento personalizado 24 horas.

O custo das comunicações depende do tarifário acordado com o seu operador.

www.millenniumbcp.pt

Mediador de Seguros: Banco Comercial Português, S.A. - Sede: Praça D. João I, n.º 28, 4000-295 Porto - Capital Social de 3.000.000.000,00 Euros - N.º único de matrícula e de Pessoa Coletiva 501525882. Agente de Seguros registado com o n.º 419527602, junto da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões - Data da Inscrição: 21/01/2019. Autorização para mediação de seguros dos Ramos Vida e Não Vida. Informações e outros detalhes do registo podem ser verificados em www.asf.com.pt. O Mediador não está autorizado a celebrar contratos de seguro em nome do Segurador nem a receber prémios de seguro para serem entregues ao Segurador. O Mediador não assume a cobertura dos riscos inerentes ao contrato de seguro, que são integralmente assumidos pelo Segurador.

ÍNDICE

CONDIÇÕES GERAIS

- 03 CLÁUSULA 1.ª - DEFINIÇÕES
- 08 CLÁUSULA 2.ª - OBJETO
- 08 CLÁUSULA 3.ª - BASE DO CONTRATO
- 09 CLÁUSULA 4.ª - ÂMBITO TERRITORIAL
- 09 CLÁUSULA 5.ª - PESSOAS SEGURAS
- 09 CLÁUSULA 6.ª - COBERTURAS E MODALIDADES
- 09 CLÁUSULA 7.ª - PRESTAÇÕES CONVENCIONADAS
- 10 CLÁUSULA 8.ª - EXCLUSÕES
- 12 CLÁUSULA 9.ª - INÍCIO E DURAÇÃO DO CONTRATO
- 13 CLÁUSULA 10.ª - TERMO DO CONTRATO
- 14 CLÁUSULA 11.ª - LIVRE RESOLUÇÃO
- 14 CLÁUSULA 12.ª - PAGAMENTO DO PRÉMIO
- 15 CLÁUSULA 13.ª - AVISO DE PAGAMENTO DO PRÉMIO
- 15 CLÁUSULA 14.ª - FALTA DE PAGAMENTO DO PRÉMIO
- 16 CLÁUSULA 15.ª - IMPOSSIBILIDADE TEMPORÁRIA DE NOVA SUBSCRIÇÃO
- 16 CLÁUSULA 16.ª - DEVERES DO TOMADOR DO SEGURO E/OU PESSOA SEGURA
- 16 CLÁUSULA 17.ª - SUB-ROGAÇÃO
- 16 CLÁUSULA 18.ª - ALTERAÇÕES AOS TERMOS DO CONTRATO
- 17 CLÁUSULA 19.ª - ARBITRAGEM
- 17 CLÁUSULA 20.ª - COMUNICAÇÕES E NOTIFICAÇÕES
- 17 CLÁUSULA 21.ª - LEI APLICÁVEL E FORO COMPETENTE

CONDIÇÃO ESPECIAL

- 18 CONDIÇÃO ESPECIAL - SUBSÍDIO DIÁRIO DE HOSPITALIZAÇÃO
- 18 CONDIÇÃO ESPECIAL - ASSISTÊNCIA CLÍNICA EM REGIME DE AMBULATÓRIO
- 19 CONDIÇÃO ESPECIAL - COBERTURA MÉDICO ONLINE
- 19 CONDIÇÃO ESPECIAL - SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA AO DOMICÍLIO
- 21 CONDIÇÃO ESPECIAL - 2ª OPINIÃO
- 21 CONDIÇÃO ESPECIAL – DENTAL

CONDIÇÕES GERAIS

CLÁUSULA 1.ª - DEFINIÇÕES

Definições de termos e expressões úteis para facilitar a perceção dos conceitos e conteúdos das condições contratuais do presente contrato de seguro:

1. Relativos às entidades envolvidas no contrato de seguro de saúde:

SEGURADOR

Entidade legalmente autorizada a exercer a atividade seguradora e que subscreve, com o Tomador do Seguro, o contrato de seguro.

MÉDIS

Marca exclusiva e registada dos produtos geridos pela Médis - Companhia Portuguesa de Seguros de Saúde, SA, segurador, ressegurador e gestor do sistema integrado de cuidados de saúde subjacente aos seguros dos ramos Doença, Assistência e Acidentes, titulados por Apólices por si emitidas ou por outros Seguradores sob a sua autorização.

TOMADOR DO SEGURO

Entidade que celebra o contrato de seguro com o Segurador, sendo responsável pelo pagamento do Prémio.

PESSOA SEGURA

Pessoa singular identificada nas Condições Particulares e titular de Certificado Individual de seguro, cuja saúde ou integridade física se segura, e que é beneficiária das garantias da Apólice.

AGREGADO FAMILIAR

Conjunto das pessoas identificadas nas Condições Particulares ou no Certificado Individual que viva em economia comum e que integra, além do Tomador do Seguro, no caso dos seguros individuais, ou do Aderente, no caso dos seguros de grupo, o seu cônjuge ou pessoa que com ele viva em união de facto há mais de dois anos, assim como os seus descendentes ou ascendentes em linha reta ou colateral até ao 2º grau e que se encontrem na dependência económica do Tomador do seguro ou do Aderente.

2. Relativos aos documentos que regulamentam e integram o contrato:

APÓLICE

Documento que titula o contrato celebrado entre o Tomador do Seguro e o Segurador, de que fazem parte integrante as respetivas Condições Gerais, Especiais e Particulares acordadas, bem como as Atas adicionais ao contrato.

CONDIÇÕES GERAIS

Conjunto de cláusulas que definem e regulamentam obrigações genéricas e comuns inerentes ao contrato de seguro.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

Cláusulas que, completando ou especificando as Condições Gerais, são de aplicação generalizada a determinadas coberturas, quando tenham sido contratadas.

CONDIÇÕES PARTICULARES

Documento onde se encontram os elementos específicos de cada contrato de seguro, que se concretiza num Certificado Individual.

ATA ADICIONAL

Documento que titula uma alteração da Apólice.

3. Relativos à subscrição do seguro de saúde:

SEGUROS MÉDIS LIGHT E MÉDIS DENTAL

Contrato de seguro de Saúde celebrado entre o Segurador e o Tomador do Seguro, titulado pela emissão de uma Apólice, pelo qual o Segurador garante às Pessoas Seguras o acesso à rede de prestadores de cuidados de saúde da Médis, nos termos e limites convencionados com os mesmos, com determinação dos critérios de financiamento expressamente indicados, ou o reembolso parcial de despesas de saúde suportadas junto de entidades não convencionadas.

PROPOSTA DE SEGURO MÉDIS

Documento, sob modelo de formulário do Segurador, a ser preenchido e assinado pelo Tomador do Seguro ou por cada Aderente (Proposta de adesão), do qual constam os elementos de informação essenciais para a aceitação do contrato de seguro ou da adesão individual. Este documento faz parte integrante da Apólice quando emitida e vincula todas as partes, ou seja, o Tomador do Seguro, cada Aderente e o Segurador.

4. Relativos aos valores referidos no contrato de seguro de saúde:

PRÉMIO

Preço pago pelo Tomador do Seguro ao Segurador pela cobertura do risco, através da contratação do seguro. Em seguros de grupo em regime contributivo, o Prémio pode ser suportado, no todo ou em parte, pelas Pessoas Seguras.

CAPITAL SEGURO

O Capital seguro representa o valor máximo da prestação a pagar pelo Segurador por sinistro ou anuidade de seguro, consoante o que esteja estabelecido no contrato.

FRANQUIA

Valor, percentagem ou número de dias a cargo do Tomador do Seguro e/ou da Pessoa Segura, cujo montante, período ou forma de cálculo se encontra estipulado na Apólice.

COPAGAMENTO

Valor que fica a cargo da Pessoa segura por cada ato ou conjunto de atos médicos, nos termos estipulados nas Condições Particulares ou no Certificado Individual.

COMPARTICIPAÇÃO POR FINANCIAMENTO

Valor suportado pelo Segurador no âmbito das prestações convencionadas e pago diretamente ao prestador de cuidados de saúde, sem prejuízo de exigibilidade de Copagamento ou franquias às Pessoas Seguras.

COMPARTICIPAÇÃO POR REEMBOLSO

Valor reembolsado pelo Segurador, após dedução das Franquias e Copagamentos aplicáveis, à Pessoa segura ou pago ao prestador de cuidados de saúde quando tenha sido emitido um Termo de responsabilidade.

5. Relativos às garantias do contrato de seguro de saúde:

CONDIÇÕES DE ADESÃO

As estabelecidas nas Condições Particulares ou no Certificado Individual relativamente a cada Pessoa segura, Agregado familiar ou grupo seguro.

PRESTAÇÕES CONVENCIONADAS

Garantia do financiamento do acesso, nas condições previstas na Apólice, da Pessoa Segura a uma rede integrada de médicos e unidades de saúde convencionadas, conforme listagem própria ou indicação da Linha Médis⁽¹⁾, de escolha livre e de acesso sujeito a critérios de utilização constantes do Guia Médis.

PRESTAÇÕES INDEMNIZATÓRIAS

Garantia do reembolso parcial de despesas efetuadas em consequência de um evento coberto pelas garantias da Apólice.

OCORRÊNCIA / SINISTRO

Todo e qualquer evento suscetível de desencadear o funcionamento das garantias do contrato.

ACIDENTE

Acontecimento fortuito, súbito e anormal, devido a causa exterior e alheia à vontade da Pessoa Segura e que nesta origine lesões corporais, clínica e objetivamente constatadas, suscetíveis de acionar as coberturas do contrato.

DOENÇA

Toda a alteração involuntária do estado de saúde, não causada por acidente e diagnosticada por um médico.

⁽¹⁾ Linha Médis - 218 458 888 - Triagem clínica 24 horas/7dias e assuntos administrativos de 2ª a 6ª feira das 8h00 às 20h00 (Custo de chamada para a rede fixa nacional)

DOENÇA PREEXISTENTE

Considera-se preexistente ao contrato de seguro e por isso excluída do seu âmbito de cobertura a condição patológica que a Pessoa Segura não poderia ignorar, ou da qual deveria ter conhecimento, anteriormente à data de subscrição do seguro, nomeadamente por ter sido objeto de investigação clínica, tratamento prévio ou outro ato médico, ou ainda por ser manifesta a existência de sinais ou sintomas específicos da patologia em causa à data da referida subscrição, para a qual já houvesse sido estabelecido um diagnóstico, ainda que não definitivo.

DOENÇA CONGÉNITA

Doença presente à nascença, em resultado de fatores hereditários ou de condições verificadas durante a gestação até ao momento do nascimento. A doença congénita pode ser evidente ou reconhecida imediatamente após o nascimento ou ser descoberta mais tarde em qualquer momento da vida da pessoa, sem prejuízo da sua natureza.

MÉDICO

Licenciado por Faculdade de Medicina ou Medicina Dentária, legalmente autorizado a exercer a profissão em Portugal e cuja especialidade e inscrição sejam reconhecidas pela Ordem dos Médicos, pela Ordem dos Médicos Dentistas ou por entidades congéneres dos países onde exerçam a sua atividade.

UNIDADE DE SAÚDE

Estabelecimento, integrado ou não no Serviço Nacional de Saúde, que tenha por objeto a prestação de quaisquer serviços médicos ou outros cuidados de saúde e que se encontre licenciado nos termos legais aplicáveis, abrangendo entidades com internamento ou sala de recobro, entidades generalizadas para serviços de hospitalização e ambulatório e, ainda, entidades especializadas para serviços de ambulatório e meios complementares de diagnóstico e terapêutica, independentemente da designação e da forma jurídica adotada, incluindo Hospitais, Clínicas e Centros de meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

ATO MÉDICO

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

SERVIÇOS CLINICAMENTE NECESSÁRIOS

Serviços que forem consistentes com o quadro clínico do doente, de acordo com os protocolos e os padrões reconhecidos pela comunidade médica no âmbito do seguro.

SEGURO INDIVIDUAL

Seguro efetuado relativamente a pessoas singulares que, podendo incluir no âmbito de cobertura um Agregado familiar, não consubstancia um Seguro de Grupo.

SEGURO DE GRUPO

Seguro de um conjunto de pessoas ligadas entre si e ao Tomador do Seguro por um vínculo ou interesse comum que não o de segurar.

SEGURO DE GRUPO EM REGIME CONTRIBUTIVO

Seguro de Grupo em que as Pessoas Seguras/Aderentes suportam, no todo ou em parte, o pagamento do montante correspondente ao prémio devido pelo Tomador do Seguro.

SEGURO DE GRUPO EM REGIME NÃO CONTRIBUTIVO

Seguro de Grupo em que o Tomador do seguro contribui na totalidade para o pagamento do Prémio.

GRUPO SEGURÁVEL

Conjunto de pessoas ligadas entre si e ao Tomador do Seguro por um vínculo ou interesse comum que não o da própria efetivação do seguro.

6. Relativos ao Sistema de Cuidados de Saúde Médis:

SISTEMA INTEGRADO DE CUIDADOS DE SAÚDE MÉDIS

Organização que articula o financiamento direto, nos termos e limites convencionados, da Pessoa Segura aos prestadores em rede convencionada.

MÉDICO ONLINE

Serviço realizado à distância através da app Médis por um médico legalmente habilitado pela respetiva Ordem, que integra a promoção da saúde, a prevenção e o tratamento da doença, bem como a reabilitação das pessoas que optam pela consulta online podendo determinar o encaminhamento a uma consulta presencial, ou a procedimentos complementares realizados por outros profissionais de saúde.

LINHA MÉDIS ⁽¹⁾

Apoio telefónico permanente, através do qual a Pessoa Segura pode ser encaminhada para os cuidados mais adequados, tendo em vista a melhoria da sua saúde.

REDE FARMÁCIAS

Acesso à Rede de Farmácias aderentes que disponibilizam vários serviços com participação direta conforme as coberturas contratadas. As farmácias aderentes estão devidamente identificadas no Guia Médis disponível no site.

CARTÃO MÉDIS

Cartão pessoal e intransmissível, que identifica o respetivo titular, perante o Segurador e perante a Rede Médis Light e Médis Dental, de modo a permitir-lhe o acesso ao sistema de cuidados de saúde, registando, no caso de integrar dispositivo próprio, as consultas, atos médicos e outros meios utilizados.

REDE MÉDIS LIGHT

Conjunto de entidades prestadoras de serviços convencionados no âmbito do sistema integrado de cuidados de saúde Médis, abrangendo pessoas singulares profissionais de saúde e pessoas coletivas gestoras de unidades de saúde. Estas entidades estão devidamente identificadas no Guia Médis disponível para consulta em medis.pt.

⁽¹⁾ Linha Médis - 218 458 888 - Triagem clínica 24 horas/7dias e assuntos administrativos de 2ª a 6ª feira das 8h00 às 20h00 (Custo de chamada para a rede fixa nacional)

REDE MÉDIS DENTAL

Conjunto de entidades prestadoras de serviços convencionados no âmbito do sistema integrado de cuidados de medicina dentária Médis. Estas entidades estão devidamente identificadas no Guia Médis disponível para consulta em medis.pt.

MÉDICO INTEGRADO DA REDE MÉDIS

Médico de qualquer das especialidades reconhecidas pela Ordem competente que tenha sido contratado, pela Médis, para a prestação de cuidados de saúde no âmbito da sua especialidade.

MÉDICO DE CUIDADOS PRIMÁRIOS INTEGRADO

Médico que tenha aderido à Rede de prestadores de cuidados de saúde Médis e que se encontre habilitado nas especialidades de Medicina Geral e Familiar, Medicina Interna, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria, Oftalmologia, Estomatologia e Medicina Dentária.

MÉDICO ESPECIALISTA INTEGRADO

Médico de outra especialidade que não as que integram a rede de cuidados primários e que tenha aderido à rede de prestadores de cuidados de saúde Médis.

MÉDICO ASSISTENTE MÉDIS

Médico Especialista em Medicina Geral e Familiar ou em Medicina Interna, acessível e disponível em razão da sua proximidade ao Cliente Médis, com um conhecimento profundo dos procedimentos do Segurador e que, em articulação com a Linha Médis, auxilia no usufruto rápido e adequado dos benefícios de plano de saúde, garantindo uma gestão mais adequada das necessidades de saúde dos clientes Médis.

CLÁUSULA 2.ª - OBJETO

Pelo presente contrato, o Segurador garante à Pessoa segura as coberturas, no domínio dos cuidados de saúde, integrando, isolada ou conjuntamente, prestações convencionadas, prestações indemnizatórias e serviços de assistência, identificadas nas Condições particulares da Apólice e cujo âmbito é definido nas respetivas Condições especiais e nas presentes Condições gerais.

CLÁUSULA 3.ª - BASE DO CONTRATO

1. Constituem a base do contrato de seguro e fazem parte integrante da Apólice, a proposta de seguro, a proposta individual de adesão e declarações fornecidas pelo titular da apólice.

2. O Tomador do Seguro deve informar as Pessoas Seguras sobre as coberturas contratadas e as suas exclusões, as obrigações e direitos em caso de sinistro, bem como sobre as alterações ao contrato, em conformidade com espécimen elaborado pelo Segurador, sob pena de incorrer em responsabilidade civil nos termos gerais.

CLÁUSULA 4.ª - ÂMBITO TERRITORIAL

1. O presente contrato tem o seu âmbito territorial limitado ao território nacional, salvo quando o contrário resulte das Condições Especiais ou Particulares.

CLÁUSULA 5.ª - PESSOAS SEGURAS

1. Beneficiam das garantias conferidas pelo presente contrato as Pessoas Seguras que aceitem as condições de acionamento das garantias seguras e da utilização da Rede Médis Light e/ou Rede Médis Dental à data da sua inclusão da Apólice.

2. As pessoas seguras são aceites pelo Segurador em conformidade com os seus critérios de aceitação em função dos parâmetros da avaliação do risco vigentes.

3. A aceitação do seguro, relativamente a cada Pessoa segura, é confirmada, pelo Segurador, através da emissão da Apólice ou do Certificado Individual, com posterior entrega de um Cartão Médis.

CLÁUSULA 6.ª - COBERTURAS E MODALIDADES

1. As coberturas são definidas nas Condições especiais, integrando o contrato de seguro as que sejam referidas nas Condições particulares.

2. As coberturas integram as modalidades de prestações convencionadas, prestações indemnizatórias e serviços de assistência nos termos das cláusulas seguintes e das respetivas Condições Especiais.

CLÁUSULA 7.ª - PRESTAÇÕES CONVENCIONADAS

1. No âmbito das prestações convencionadas, o Segurador garante às Pessoas Seguras o acesso direto aos médicos, hospitais ou unidades de saúde, centros de meios complementares de diagnóstico e outros serviços de saúde que, em cada momento fizerem parte do Sistema Integrado de Cuidados de Saúde Médis, cujas condições de utilização se encontram estabelecidas na Apólice e no Guia Médis.

2. As condições de financiamento integram limites máximos, relativamente a atos médicos concretos, bem como Copagamentos por visita a cargo da Pessoa Segura, cujo âmbito é definido nas Condições Especiais e Condições Particulares.

3. O acionamento das coberturas previstas nas Condições Particulares é objeto de análise de processo clínico e depende de autorização expressa dos serviços clínicos do Segurador, a qual obedece, exclusivamente, a critérios de natureza médica, de acordo com os princípios da boa prática clínica.

4. O Segurador disponibiliza à Pessoa Segura no Site Médis o Guia Médis com a lista de prestadores que, em cada momento, integram a rede Médis Light e a rede Médis Dental, ficando ao critério da Pessoa Segura a escolha do prestador.

CLÁUSULA 8.ª - EXCLUSÕES

1. Ficam sempre excluídos do presente contrato as prestações decorrentes de:

- a) doenças preexistentes ou que sejam consequência de acidentes ocorridos antes da data de início ou de adesão ao seguro;
- b) acidentes de viação, acidentes de trabalho ou doenças profissionais, bem como outros acidentes e doenças cobertas por outros seguros obrigatórios;
- c) doenças infetocontagiosas, quando em situação de epidemia declarada pelas autoridades de saúde;
- d) quaisquer patologias resultantes, direta ou indiretamente, da ação do Vírus da imunodeficiência humana;
- e) perturbações do foro da saúde mental, salvo expressa convenção em contrário relativa a consulta de psiquiatria nos termos estabelecidos nas Condições Particulares. Excluem-se igualmente quaisquer prestações decorrentes de assistência de psicologia, consultas ou tratamentos de psicanálise, hipnose e terapia do sono, assim como internamentos psiquiátricos;
- f) tratamentos relacionados com problemas do desenvolvimento físico, cognitivo ou da linguagem, bem como de aprendizagem ou comportamentais, designadamente dislexia, défice de atenção ou hiperatividade;
- g) perturbações resultantes de intoxicação alcoólica, uso de estupefacientes ou narcóticos não prescritos por médico, ou da utilização abusiva de medicamentos;
- h) doenças ou ferimentos em consequência da prática de quaisquer atos dolosos ou gravemente culposos da Pessoa Segura, autoinfligidos ou resultantes de atos ilícitos praticados pela Pessoa Segura;
- i) qualquer método de controlo de natalidade e planeamento familiar e ainda de interrupção voluntária da gravidez, assim como todos os atos médicos com ela relacionados;
- j) disfunções sexuais, qualquer que seja a sua causa;
- k) consultas, tratamentos e teste de infertilidade, bem como os métodos de inseminação artificial e suas consequências;
- l) qualquer tratamento:
 - i) ou intervenção cirúrgica realizada com a intenção de melhorar a aparência pessoal ou remover tecido corporal sã e suas consequências;
 - ii) ou terapêutica esclerosante de insuficiência crónica dos membros inferiores;
 - iii) ou cirurgias de cariz estético ou reconstrutivo e suas consequências, exceto se incluídas no tratamento de doença maligna ou consequentes de acidente ocorrido durante a vigência da Apólice;
- iv) De correção da obesidade, tratamento de emagrecimento e afins e suas consequências.

- m) tratamentos, cirurgia e outros atos destinados à correção de doenças ou malformações congénitas, salvo convenção expressa em contrário nos termos estipulados nas Condições Particulares no que respeite a recém-nascidos garantidos por Apólice Médica desde o seu nascimento;
- n) tratamentos de Hemodiálise;
- o) transplantes de órgãos e suas implicações, salvo convenção expressa em contrário nos termos de cobertura adicional quando especialmente contratada;
- p) tratamentos em sanatórios, termas, casa de repouso, lares para a terceira idade e outros estabelecimentos similares, consultas e tratamentos de hidroterapia, medicina complementar, homeopatia, osteopatas e quiropatas, ou práticas semelhantes, bem como quaisquer atos médicos ou terapêuticos que não sejam reconhecidos pela Ordem dos Médicos portuguesa;
- q) medicamentos cuja introdução no mercado ainda não foi autorizada pela entidade competente;
- r) acidentes ocorridos e doenças contraídas em virtude de:
 - i) prática profissional de desportos e participação, como amador, em provas desportivas integrada sem campeonatos e respetivos treinos;
 - ii) participação em competições desportivas e respetivos treinos com veículos, providos ou não de motor (skate, BTT, rafting, asa-delta, parapente e ultraleve incluídos);
 - iii) prática de ski na neve e aquático, surf, snowboard, caça submarina, mergulho com escafandro autónomo, pugilismo, artes marciais, para-quedismo, tauromaquia, barragem/saltos em equitação, espeleologia, canoagem, escalada, rappel, alpinismo, bungee-jumping e outros desportos análogos na sua perigosidade;
 - iv) utilização de veículos motorizados de duas rodas, três rodas ou moto quatro;
 - v) cataclismos da natureza, atos de guerra, declarada ou não, ações de terrorismo, sabotagem, perturbações da ordem pública e utilização de armas químicas ou bacteriológicas;
 - vi) consequências da exposição a radiações.
- s) despesas realizadas com médicos que sejam cônjuges, pais, filhos ou irmãos da Pessoa Segura;
- t) tratamentos de enfermagem prestados no domicílio ou em internamento hospitalar não contemplados nos serviços do hospital;
- u) procedimentos de carácter experimental, assim como todos os procedimentos diagnósticos e terapêuticos cuja segurança e eficácia clínica não estejam igualmente comprovados cientificamente, de acordo com a prática médica;
- v) cuidados continuados, entendidos como os serviços clínicos que não careçam de internamento em instituição hospitalar, podendo e devendo ser prestados em internamento em unidade própria;

- w) despesas com serviços que não sejam clinicamente necessários, assim como assistência e tratamento hospitalar por razões de caráter social;
- x) despesas de transporte do Segurado relacionadas com fisioterapia e diálise;
- y) consequências de atraso injustificado ou negligência imputáveis ao prestador de cuidados de saúde ou à Pessoa Segura no recurso a assistência médica, ou da recusa ou inobservância de tratamentos que lhe tenham sido prescritos;

2. Salvo convenção expressa em contrário nas Condições Particulares, no Certificado Individual ou ao abrigo de Condição Especial, estão igualmente excluídas as prestações decorrentes de:

- a) estomatologia e medicina dentária, exceto cirurgia em consequência de acidente abrangido por este contrato e ocorrido durante a sua vigência;
- b) implantes e todos os procedimentos relacionados, nomeadamente férulas de diagnóstico e cirurgias, regeneração óssea guiada, pilares transepiteliais, montagem em articulador, coroas provisórias e definitivas sobre implantes entre outros, salvo convenção em contrário disposta nas Condições Particulares;
- c) medicamentos;
- d) próteses e ortóteses não cirúrgicas;
- e) parto;
- f) exames gerais de saúde (check-up);
- g) copagamentos ou franquias resultantes de atos ou procedimentos médicos garantidos por outra Apólice Médica em vigor para a mesma Pessoa Segura, apresentados ao Segurador no regime de prestações indemnizatórias, até ao limite do Copagamento para o mesmo ato ou procedimento médico garantido por essa mesma Apólice.

CLÁUSULA 9.ª - INÍCIO E DURAÇÃO DO CONTRATO

1. O início do seguro, se for aceite, depende da data em que a Médica recebe a proposta:

- a) Se o segurador receber a proposta antes do dia 15 do mês, o seguro entra em vigor a partir das 0 horas do dia 15 do mesmo mês;
- b) Se o segurador receber a proposta no dia 15 do mês ou depois, o seguro entra em vigor a partir das 0 horas do dia 1 do mês seguinte.

2. As garantias vigoram para as pessoas seguras a partir da data de início indicada nas Condições Particulares, sem prejuízo do que é definido relativamente a Períodos de Carência ou outros prazos suspensivos.

3.A duração do contrato é a que for estipulada nas Condições Particulares da Apólice, podendo ser por um prazo certo e determinado ou por um ano a continuar pelos seguintes.

4.Quando celebrado por um período de tempo determinado, o contrato cessa os seus efeitos às 24 horas do último dia do prazo estabelecido.

5.Quando for celebrado por um ano a continuar pelos seguintes, considera-se o mesmo automaticamente e sucessivamente renovado por períodos anuais, exceto se qualquer das partes o denunciar, por correio registado ou por outro meio do qual fique registo escrito, com a antecedência mínima de 30 dias em relação ao termo da anuidade.

6.As prestações garantidas pelo Segurador respeitam exclusivamente a cada período de vigência do contrato, não havendo lugar a qualquer prorrogação ou extensão das garantias para além da data do seu vencimento, sem prejuízo do disposto relativamente à não renovação do contrato ou da adesão.

CLÁUSULA 10.ª - TERMO DO CONTRATO

1.As garantias conferidas pelo presente contrato deixam, automaticamente, de produzir os seus efeitos em relação a cada Pessoa Segura, salvo convenção expressa em contrário, nos seguintes casos:

- a)no caso de membros do Agregado Familiar, quando percam a qualidade de dependentes nos termos da definição constante da Cláusula 1.ª;**
- b)no termo da anuidade em que perca a qualidade de Aderente ou membro do grupo pelo qual aderiu ao contrato de seguro;**
- c)falta de pagamento do Prémio, nos termos legais aplicáveis;**
- d)Em caso de não renovação do contrato ou de não renovação da adesão.**

2.No presente contrato ou, tratando-se de um seguro de grupo, a adesão ao mesmo, pode ser denunciado por qualquer das partes, na data do seu vencimento anual, mediante carta registada ou outro meio do qual fique registo escrito, enviado à outra parte com a antecedência mínima de 30 dias em relação à data do vencimento.

3.Em caso de não renovação do contrato ou de não renovação da adesão, a responsabilidade do Segurador cessa na data de termo, sem prejuízo do disposto no número seguinte.

4.Em ambos os casos previstos no número anterior, o Segurador permanece obrigado às prestações garantidas, pelo período de dois anos e no último período de vigência do contrato, relativamente a doenças manifestadas durante o período de vigência do contrato ou a acidentes e outros factos geradores de indemnização ocorridos no mesmo período, desde que cobertos pelo contrato e declarados até 30 dias após o seu termo, salvo justo impedimento.

5.O Cartão Médís é propriedade do Segurador, obrigando-se o seu titular a não fazer uso do mesmo e a devolvê-lo logo que cesse a vigência do contrato de seguro ao abrigo do qual foi emitido, sob pena de incorrer na responsabilidade civil e criminal que ao facto couber. Em caso de extravio, abuso de confiança,

furto ou roubo do cartão, o titular obriga-se a participar a ocorrência à Médis, no prazo máximo de 72 horas, sob pena de incorrer em responsabilidade civil no caso de utilização indevida.

CLÁUSULA 11.ª - LIVRE RESOLUÇÃO

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

2.O prazo referido no nº 1 conta-se a partir da data da celebração do contrato, desde que o Tomador do Seguro nessa data disponha, em papel ou noutro suporte duradouro, de todas as informações relevantes sobre o seguro que tenham de constar da apólice.

3.O exercício do direito de livre resolução determina a cessação do contrato, extinguindo todas as obrigações dele decorrentes, com efeitos a partir da celebração do mesmo, tendo o segurador direito:

a)Ao valor do prémio calculado pro rata temporis, na medida em que tenha suportado o risco até à resolução do contrato;

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

CLÁUSULA 12.ª - PAGAMENTO DO PRÉMIO

1.O Prémio correspondente a cada período de duração do contrato de seguro é devido por inteiro, sem prejuízo de poder ser fracionado para efeitos de pagamento, por acordo entre o Segurador e o Tomador do Seguro.

2.Salvo quando tenha sido acordado que a Pessoa segura pague diretamente o Prémio ao Segurador, a obrigação de pagamento do Prémio impende sobre o Tomador do Seguro.

3.O Prémio ou fração inicial é devido na data de celebração do contrato. Tratando-se de um seguro de grupo, o Prémio ou fração inicial correspondente a cada adesão é devido na data da respetiva aceitação.

4.As frações seguintes do Prémio inicial, o Prémio de anuidades subsequentes e as sucessivas frações deste são devidos nas datas estabelecidas no contrato.

5.A parte do Prémio de montante variável relativa a acerto do valor e, quando seja o caso, à parte do Prémio correspondente a alterações ao contrato são devidas nas datas indicadas nos respetivos avisos.

6.Em caso de cessação antecipada do contrato de seguro, por qualquer causa, o Prémio ou fração devido pelo Tomador do Seguro é calculado proporcionalmente ao período de tempo decorrido até ao momento da cessação, havendo lugar ao estorno correspondente ao período de tempo não decorridos se o Tomador do Seguro já houver pago a totalidade do Prémio ou da fração.

7.O Tomador do Seguro ou a Pessoa Segura, quando seja o caso, indica na proposta de adesão que subscreve, ou em documento autónomo, o Número de Identificação Bancária (NIB) relativo à sua conta bancária que pretenda seja debitada pelo valor do Prémio e creditada pelo valor das prestações do Segurador.

CLÁUSULA 13.ª – AVISO DE PAGAMENTO DO PRÉMIO

1.Na vigência do contrato, o Segurador avisa por escrito o Tomador do Seguro ou a Pessoa Segura, no caso de ter sido acordado que esta pague diretamente o prémio ao Segurador, do montante a pagar, assim como da forma e do lugar de pagamento, com uma antecedência mínima de 30 dias em relação à data em que se vence o Prémio ou frações deste.

2.Do aviso constam, de modo legível, as consequências da falta de pagamento do Prémio ou de sua fração.

3.Nos contratos de seguro em que seja convencionado o pagamento do prémio em frações de periodicidade igual ou inferior a três meses e em cuja documentação contratual se indiquem as datas de vencimento das sucessivas frações do Prémio e os respetivos valores a pagar, bem como as consequências do seu não pagamento, o Segurador pode optar por não enviar o aviso referido no n.º1, cabendo-lhe, nesse caso, a prova da emissão, da aceitação e do envio ao Tomador do Seguro da documentação contratual referida neste número.

CLÁUSULA 14.ª - FALTA DE PAGAMENTO DO PRÉMIO

1.A falta de pagamento do Prémio inicial, ou da primeira fração deste, na data do vencimento, determina a resolução automática do contrato a partir da data da sua celebração.

2.A falta de pagamento determina a resolução automática do contrato na data do vencimento de:

- a)Uma fração do Prémio no decurso de uma anuidade;
- b)Um Prémio adicional resultante de uma modificação do contrato fundada num agravamento superveniente do risco.

3.No seguro de grupo contributivo, quando a Pessoa Segura não entregue ao Tomador do Seguro aquantia destinada ao pagamento do Prémio ou, tendo sido acordado que a Pessoa Segura pague diretamente o Prémio ao Segurador, tal pagamento não se verificar, a Pessoa Segura é excluída da cobertura do seguro.

4.A falta de pagamento do Prémio de anuidades subsequentes, ou da primeira fração deste, na data de vencimento, impede a prorrogação do contrato ou da cobertura da Pessoa Segura em causa.

5.O não pagamento, até à data do vencimento, de um Prémio adicional resultante de uma modificação contratual determina a ineficácia da alteração, subsistindo o contrato ou a cobertura com o âmbito e nas condições que vigoravam antes da pretendida modificação, a menos que a sua subsistência se revele impossível, caso em que ocorrerá a respetiva cessação na data do vencimento do Prémio não pago.

CLÁUSULA 15.ª - IMPOSSIBILIDADE TEMPORÁRIA DE NOVA SUBSCRIÇÃO

Em caso de cessação infundada do presente Contrato pelo Tomador do Seguro ou pela(s) Pessoa(s) Segura(s), o Segurador reserva-se no direito de não aceitar a subscrição de novo Seguro Médis Light ou Médis Dental nos 365 dias imediatos à data da referida cessação, sem prejuízo do demais legalmente e comercialmente aplicável em tal âmbito, nomeadamente as regras de subscrição que se encontrem à data em vigor.

CLÁUSULA 16.ª - DEVERES DO TOMADOR DO SEGURO E/OU PESSOA SEGURA

1.O Tomador do Seguro deverá informar o Segurador, das inclusões das Pessoas Seguras que ocorrem durante a vigência da Apólice, entrando em vigor no primeiro dia do mês seguinte à data da comunicação feita pelo Tomador do Seguro.

2.O Tomador do Seguro deverá informar o Segurador, das exclusões das Pessoas Seguras que ocorrem durante a vigência da Apólice, entrando em vigor à data de vencimento da anuidade do seguro em que ocorreu a referida alteração.

3.Quando contratado os Seguros Médis Light e Médis Dental, ao verificar-se, durante a vigência do contrato, qualquer doença ou acidente coberto pelas garantias deste contrato, o Tomador e/ou Segurado, são obrigados a:

4.

a)Selecionar um prestador da Rede Médis Light ou da Rede Médis Dental;

b)Apresentar sempre o seu Cartão Médis e um documento de identificação válido com fotografia à Rede Médis Light ou da Rede Médis Dental para solicitar os respetivos serviços garantido;

c)Pagar ao prestador o valor sob sua responsabilidade, de acordo com as Condições Especiais da Apólice.

CLÁUSULA 17.ª - SUB-ROGAÇÃO

1. Até ao valor de financiamento suportado no âmbito das prestações convencionadas, o Segurador fica sub-rogado, em todos os direitos da Pessoa Segura perante terceiros civilmente responsáveis pelas mesmas, obrigando-se o Tomador do Seguro e a Pessoa Segura a facultar ao Segurador todos os elementos relevantes para o exercício de tais direitos, sob pena de responder por perdas e danos.

CLÁUSULA 18.ª - ALTERAÇÕES AOS TERMOS DO CONTRATO

1.O Segurador pode propor a alteração das coberturas, dos capitais seguros, Franquias, Copagamentos e dos Prémios, bem como dos critérios de utilização do financiamento ou reembolso de despesas de saúde, para vigorar na anuidade seguinte do contrato, desde que estas alterações sejam comunicadas pelo Segurador ao Tomador do Seguro ou à Pessoa Segura com 30 dias de antecedência relativamente à data de renovação do contrato ou da cobertura.

2.As alterações têm-se por aceites se o Tomador do Seguro ou a Pessoa Segura nada disser no prazo de 14 dias contados da receção da proposta.

3. Caso as alterações propostas pelo Segurador não sejam aceites, o contrato extingue-se na data de renovação do contrato ou da cobertura.

4. O Segurador formaliza as alterações ao contrato em documento escrito.

CLÁUSULA 19.ª - ARBITRAGEM

1. Se, no que respeita a questões de natureza exclusivamente clínica, for controverso o direito da Pessoa Segura às prestações do Segurador, pode haver recurso a arbitragem.

2. No caso enunciado no número anterior, cada parte designa um médico que a representa, cabendo aos designados acordarem na nomeação de um outro médico que preside.

3. Os custos associados ao processo de arbitragem são suportados por cada parte em relação ao árbitro que designe e em metade relativamente ao árbitro presidente.

CLÁUSULA 20.ª - COMUNICAÇÕES E NOTIFICAÇÕES

1. As comunicações ou notificações previstas nesta Apólice consideram-se válidas e plenamente eficazes caso sejam efetuadas, por correio registado ou por outro meio do qual fique registo escrito, para a sede social do Segurador ou para a morada do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura constante do contrato.

2. Em caso de alteração de morada o Tomador do Seguro ou a Pessoa Segura comunicam ao Segurador nos 30 dias subsequentes à data em que se verifique a alteração, sob pena de as comunicações ou notificações que o Segurador venha a efetuar para a última morada conhecida se terem por válidas e eficazes.

3. Toda a documentação contendo informação clínica apenas pode ser disponibilizada por intermédio de médicos, salvaguardando a devida confidencialidade e sigilo relativo aos dados pessoais e de saúde.

CLÁUSULA 21.ª - LEI APLICÁVEL E FORO COMPETENTE

1. Quando as partes não tenham escolhido, dentro dos limites legais, outra lei que lhe seja aplicável, este contrato é regido pela Lei Portuguesa.

2. O foro competente para dirimir os litígios emergentes deste contrato é o determinado na Lei Civil.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

CONDIÇÃO ESPECIAL - SUBSÍDIO DIÁRIO DE HOSPITALIZAÇÃO

1. Para efeitos da presente Condição Especial, consideram-se as seguintes definições:

Âmbito Territorial: internamentos efetuados no território Português;

Subsídio Diário: Importância diária e fixa, que é devida enquanto durar o internamento Hospitalar, conforme estabelecido nas Condições particulares.

2. Nos termos desta Condição Especial, quando contratada a cobertura, o Segurador obriga-se a pagar à Pessoa Segura um Subsídio Diário, em consequência de Doença, nos termos e limites fixados nas Condições Particulares, após a data de entrada em vigor das mesmas.

3. O pagamento fica dependente do envio ao Segurador da seguinte documentação:

a) original da declaração da alta de internamento e o respetivo relatório médico;

b) justificativo das despesas realizadas com descrição e/ou indicação pormenorizada dos serviços prestados, nomeadamente quanto ao número de dias de internamento, descrição da intervenção cirúrgica realizada e outras análogas;

c) o segurador não procede ao reembolso de despesas relativamente às quais não possua os necessários elementos de prova.

4. Exclusões:

a) as exclusões referidas das Condições Gerais do Seguro de Saúde salvo informação expressa em contrário nos termos estabelecidos nas Condições Particulares.

CONDIÇÃO ESPECIAL - ASSISTÊNCIA CLÍNICA EM REGIME AMBULATÓRIO

1. Nos termos desta Condição Especial, quando contratada a cobertura, o Segurador obriga-se a:

a) no âmbito das Prestações Convencionadas, financiar o acesso da Pessoa Segura a prestadores de serviços clínicos em regime ambulatorio integrados na Rede Médis, nos termos e com os limites fixados nas Condições Particulares;

b) no âmbito das Prestações Indemnizatórias, reembolsar a Pessoa Segura das despesas efetuadas com cuidados médicos em regime ambulatorio, nos termos e com os limites fixados nas Condições Particulares.

2. Constituem despesas financiáveis ao abrigo do regime de acesso a prestadores de serviços clínicos integrados ou reembolsáveis, as efetuadas em pagamento de atos médicos, cirúrgicos ou diagnósticos que não requeiram meios e serviços específicos em ambiente hospitalar para a sua realização.

3. As Comparticipações, Reembolsos, Capitais, Franquias e Copagamentos encontram-se previstos nas Condições Particulares.

CONDIÇÃO ESPECIAL - COBERTURA MÉDICO ONLINE

1. Nos termos desta Condição Especial, quando contratada a cobertura, o Segurador obriga-se a:

a) no âmbito das Prestações Convencionadas, financiar o acesso da Pessoa Segura ao serviço do Médico Online, nos termos e com os limites fixados nas Condições Particulares;

2. Os copagamentos encontram-se previstos nas Condições Particulares.

CONDIÇÃO ESPECIAL - SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA AO DOMICÍLIO

1. Nos termos da presente Condição Especial, quando contratada a cobertura, o Segurador, através dos Serviços de Assistência, garante a cobertura dos serviços referidos no n.º 2 e no n.º 3, dentro dos limites fixados nas Condições Particulares, observando-se as condições e exclusões estabelecidas na Apólice.

2. Desde que a Pessoa Segura se encontre em situação de doença, comprovada por relatório médico, o Serviço de Assistência garante os seguintes serviços até ao limite do capital:

i) Recolha de Análises Clínicas no Domicílio

No seguimento de uma prescrição médica, o Serviço de Assistência organiza a deslocação de um técnico para a recolha de análises clínicas no domicílio da Pessoa Segura até ao limite fixado nas Condições Particulares;

O custo das análises ficará sempre a cargo da Pessoa Segura;

ii) Serviços de Fisioterapia

O Serviço de Assistência garante a deslocação de um profissional de fisioterapia para a realização dos tratamentos prescritos e passíveis de realizar no domicílio da Pessoa Segura.

Os custos associados são a cargo do Serviço de Assistência até ao limite estipulado. Ultrapassado o limite o Segurador pode disponibilizar todos os serviços, sendo que todos os custos ficarão a cargo da Pessoa Segura, tratando o Serviço de Assistência apenas da sua disponibilização e organização.

iii) Enfermagem ao Domicílio:

No caso de haver uma prescrição médica, o Serviço de Assistência assume a deslocação de um profissional de enfermagem e assegura a realização dos atos de enfermagem prescritos até aos limites fixados nas Condições Particulares.

Estão previstos nesta garantia os seguintes atos de enfermagem:

- a. Tratamento de feridas, úlceras de pressão e/ou escaras;
- b. Injeções, considerando todas as vias de administração;
- c. Algalias;
- d. Entubações naso-gástricas;
- e. Colocação de soro e vigilância;
- f. Retirar pontos e agrafos;
- g. Cuidados de higiene e conforto;

- h. Vacinação;
- i. Aerossóis;
- j. Oxigenoterapia;
- k. Cuidados de enfermagem às: colostomias, ileostomias, traqueostomias e urostomias.

Ficará a cargo da Pessoa Segura o pagamento dos consumíveis utilizados nos atos a prestar. O Segurador suportará os custos, até aos limites fixados, relativos aos honorários de enfermagem, ultrapassado o limite o Segurador pode disponibilizar os serviços sendo que todos os custos ficarão a cargo da Pessoa Segura, tratando o Serviço de Assistência apenas da sua disponibilização e organização.

O Serviço de Assistência garante os seguintes serviços até ao limite fixado nas Condições Particulares sem necessidade de relatório médico:

i) Médico ao Domicílio

Em caso de doença súbita e após avaliação por parte dos seus Serviços Médicos, o Segurador promove o envio de um médico ao domicílio da Pessoa Segura. Ficará a cargo da mesma os valores dos consumíveis utilizados nos atos a prestar. Esta garantia é prestada todos os dias, 24 horas por dia.

ii) Serviços de Alimentação

O Serviço de Assistência organiza e suporta os respetivos custos com o envio de uma pessoa especializada para providenciar a alimentação, no domicílio da Pessoa Segura até aos limites fixados nas Condições Particulares, sendo que o custo da alimentação ficará a cargo da Pessoa Segura;

iii) Transporte Não Urgente de Doentes

O Serviço de Assistência organiza o transporte da Pessoa Segura em ambulância ou táxi, para deslocações a Unidades de Saúde para a realização de Exames Complementares de Diagnóstico, Consultas, Internamentos e Altas Hospitalares;

Considera-se como uma deslocação a realização do trajeto entre a localização da Pessoa Segura e a unidade de saúde, e respetivo regresso, para efeito de cálculo dos limites desta garantia.

3. A presente cobertura de Serviços de Assistência não se encontra sujeita a Período de Carência. Para solicitação dos serviços a Pessoa Segura deverá contactar a Linha Médica.

4. Os Serviços de Assistência previstos nesta Condição Especial são exclusivamente prestados por profissionais pertencentes à rede de prestadores convencionados pelos Serviços de Assistência e aplicam-se exclusivamente ao território nacional.

5. As Comparticipações, Capitais Seguros, Copagamentos e Períodos de Carência relativos a cada uma das coberturas referidas nesta Condição Especial encontram-se previstos nas Condições Particulares.

6. Além das exclusões estabelecidas nas Condições Gerais e as referidas especificamente para cada uma das coberturas, ficam igualmente excluídas as seguintes prestações:

- a) Que não tenham sido solicitadas ao Segurador ou que não tenham sido efetuadas com o seu acordo prévio, salvo nos casos de força maior ou de impossibilidade material demonstrada;

- b) Decorrentes de suicídio ou tentativa de suicídio e mutilações voluntárias, ou a sua tentativa, assim como de lesões corporais que as Pessoas Seguras pratiquem ou façam praticar sobre a sua pessoa, mesmo que estes atos sejam praticados em estado de incapacidade de discernimento;
- c) Prestações relativas a sinistros decorrentes de dolo de qualquer das Pessoas Seguras;
- d) Prestações relativas a sinistros decorrentes de ação ou omissão da Pessoa Segura quando esta apresente taxa de alcoolemia superior à legalmente permitida ou quando esteja sob o efeito de estupefacientes ou outras drogas ou produtos tóxicos ou em estado de perturbação mental.

CONDIÇÃO ESPECIAL - 2ª OPINIÃO

1. Nos termos desta Condição Especial, o Segurador obriga-se a garantir à Pessoa Segura o acesso, de acordo com os limites fixados nas Condições Particulares, ao serviço de 2ª opinião médica prestado por entidade especializada contratada pela Médis, mediante solicitação prévia através da Linha Médis ⁽¹⁾.

2. As prestações convencionadas previstas nesta Condição Especial são válidas quando realizadas pela entidade especializada contratada pela Médis.

3. O que fica garantido

3.1. No âmbito da presente Condição Especial, o contrato de seguro garante à Pessoa Segura, de acordo com os limites fixados nas Condições Particulares e para as doenças referidas no ponto 3.2, o acesso ao serviço de 2ª opinião médica, o que se consubstancia na análise não presencial da situação clínica, no respetivo diagnóstico e indicação dos cuidados médicos mais adequados.

3.2. Para efeitos desta Condição Especial, consideram-se como doenças ou situações clínicas aquelas que tenham sido diagnosticadas por um médico, mas não abrangendo os diagnósticos efetuados por especialistas em Medicina Geral e Familiar ou Pediatria.

4. Fica excluído o financiamento de quaisquer atos médicos adicionais, ainda que resultantes de recomendação obtida no âmbito desta Condição Especial.

5. Ficam excluídas desta cobertura: surtos agudos de doenças de curta duração, doenças psiquiátricas, odontologia, segundas opiniões sobre doentes hospitalizados e sobre admissões hospitalares.

6. Fica garantido um único serviço para a mesma patologia, podendo, no entanto, estar coberta uma nova consulta pela mesma doença caso exista um novo diagnóstico que implique agravamento significativo da mesma ou modificação substancial do tratamento, devidamente suportado por relatório médico.

CONDIÇÃO ESPECIAL - DENTAL

1. Esta cobertura garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, o direito de acesso a atos de diagnóstico ou terapêutica, que não requeiram os meios e serviços específicos de ambiente hospitalar, mesmo que nele sejam realizados, suportando a Pessoa Segura a totalidade do respetivo custo. Fica abrangido por esta cobertura o direito de acesso aos atos acima referidos que originem despesas efetuadas com:

- a) Honorários de consultas médicas;

- b) Materiais e produtos associados aos atos médicos;
- c) Exames Auxiliares de Diagnóstico;
- d) Próteses estomatológicas.

2. No âmbito das prestações convencionadas, a Pessoa Segura liquidará diretamente ao Prestador o montante do copagamento a seu cargo, sendo a participação do Segurador nestas despesas paga por este diretamente ao Prestador.

3. O Segurador garante o acesso à Rede Médis Dental.

4. O Segurador garante também o financiamento dos atos identificados às Pessoas Seguras, nos termos e nos limites estabelecidos nas Condições Particulares.

5. Para efeitos da presente Condição Especial, considera-se atos financiados na Rede Médis Dental:

- Consulta de medicina dentária - consulta realizada por um médico dentista e/ou estomatologista, inscrito na Ordem dos Médicos Dentistas e/ou na Ordem dos Médicos, respetivamente, num consultório de medicina dentária, para avaliar o estado da saúde oral;
- Compósitos para selagem de fissuras - aplicação de resina fluida na superfície de mastigação dos dentes para prevenção da cárie: é financiada, até aos 18 anos;
- Aplicação tópica de fluoretos - aplicação de flúor para prevenção de cáries;
- Destartarização bimaxilar - limpeza dentária;
- Remoção de pigmento dentário com jato bicarbonato de sódio – uso de jatos de água, ar e partículas de bicarbonato de sódio que são lançados na superfície do dente em grande velocidade para retirar o tártaro e a placa dentária;
- Ortopantomografia - raio-x que permite ter uma visão geral dos maxilares e dos dentes;
- Restaurações - tratamento de dentes danificados, repondo a sua forma e função;
- Proteção pulpar - aplicação de um medicamento ou recobrimento do dente para tentar preservar a vitalidade do mesmo;
- Primeira sessão de endodontia - desvitalização, que consiste na remoção completa da polpa e nervo dentário;
- Sessões seguintes endodontia – sessões seguintes de desvitalização, que consiste na remoção completa da polpa e nervo dentário;
- Exodontia de dente decíduo - extração de dente de leite;
- Exodontia de dente com odontosecção e osteotomia – extração de dentes com ajuda de pequena cirurgia;
- Exodontia de dente multirradicular – extração de dentes com mais de uma raiz;
- Exodontia de dente monorradicular - extração de dentes com uma raiz;
- Pack de estudo de implantologia - estudo efetuado antes do Cliente colocar um implante dentário. Este estudo inclui consulta de medicina dentária, estudo de reabilitação com implantes e modelos de estudo;
- Pack de estudo de ortodontia - estudo efetuado antes do Cliente colocar o aparelho dentário. Este estudo inclui consulta de medicina dentária, modelos de estudo ortodônticos, análise cefalométrica, telerradiografia e estudo fotográfico;
- Controle de aparelho fixo- durante 2 anos são financiados 6 controles de aparelho fixo (máximo de 3 controles por ano). O financiamento inicia-se quando é feito o 1º controle desse aparelho na Rede Médis Dental.