

Informações Pré-contratuais SOFT +

I – INFORMAÇÕES PRÉ-CONTRATUAIS SOBRE AS CONDIÇÕES DO CONTRATO DE SEGURO (Artigo 18.º do Regime Jurídico do Contrato de Seguro, constante do anexo ao Decreto-Lei n.º 72/2008, de 16 de abril)

A presente informação não substitui a leitura das Condições Gerais e Especiais aplicáveis ao contrato, constituindo apenas um resumo das mesmas.

A – SEGURADOR/PRODUTOR DO SEGURO

PLANICARE-COMPANHIA DE SEGUROS, S.A.

Entidade legalmente autorizada pela Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões a exercer a atividade seguradora, no âmbito do ramo “doença”, sob o código 1206.

Sede: Rua Fernão de Magalhães, n.º 2, fração C, 4400-629 Vila Nova de Gaia;

NIPC: 515 580 996; **Capital social:** € 2.500.000;

Serviço de apoio ao cliente: Tel. 222 469 000 (chamada para rede fixa nacional);

Atendimento telefónico: dias úteis, das 9h às 19h.

Email: apoiocliente@planicare.pt; **Site:** www.planicare.pt

B – PRODUTO

Seguro de saúde individual “SOFT +”.

C – COBERTURAS E CAPITAL SEGURO

COBERTURA	CAPITAL SEGURO
	SOFT +
Acesso à Rede de Ambulatório (Consultas Exames Tratamentos)	●
Acesso à Rede de Saúde Complementar e Bem-Estar ⁽¹⁾	●
Acesso à Rede de Internamento Hospitalar ⁽²⁾	●
Acesso à Rede de Medicina Dentária e Estomatologia ⁽²⁾	●
Subsídio Diário de Hospitalização ⁽³⁾	50 €

● Acesso à Rede de Prestadores Planicare

- (1) Apenas cobre consultas, nomeadamente Psicologia, Acupuntura, Osteopatia, Podologia e Nutrição.
- (2) Conforme opção selecionada pelo Tomador do Seguro, e só válida se subscrita a opção base.
- (3) Máximo de 30 dias por anuidade, com uma franquia de 5 dias por sinistro.

D – FRANQUIAS E COPAGAMENTOS

COBERTURAS	COPAGAMENTOS	REDE
Acesso à Rede de Ambulatório (Consultas Exames Tratamentos)	Preços Planicare ⁽¹⁾	Exclusivo de Rede de Prestadores Planicare
Acesso à Rede de Saúde Complementar e Bem-Estar ⁽¹⁾	Preços Planicare ⁽¹⁾	Exclusivo de Rede de Prestadores Planicare
Acesso à Rede de Internamento Hospitalar Complementar e Bem-Estar ⁽²⁾	Preços Planicare ⁽¹⁾	Exclusivo de Rede de Prestadores Planicare
Acesso à Rede de Medicina Dentária e Estomatologia ⁽²⁾	Preços Planicare ⁽¹⁾	Exclusivo de Rede de Prestadores Planicare

1. Preços negociados pelo segurador com cada prestador de cuidados de saúde contratados na Rede de Prestadores Planicare, que podem variar de Prestador para Prestador, e sujeitos a alteração a qualquer momento pelo segurador.

E – PERÍODOS DE CARÊNCIA

O período de carência, na cobertura “Subsídio Diário de Hospitalização”, é de 120 dias.

F – EXCLUSÕES APLICÁVEIS

1. A cobertura “Subsídio Diário de Hospitalização” não garante o pagamento de subsídio diário à Pessoa Segura sempre que o internamento resulte de:

- a) Doenças ou Lesões Preexistentes à data da celebração do Contrato;
- b) Acidentes de viação, Acidentes de trabalho ou Doenças profissionais, bem como outros Acidentes, Doenças ou eventos que tenham ou devam ter cobertura em outros seguros obrigatórios;
- c) Doenças infetocontagiosas, quando em situação de epidemia declarada pelas autoridades de saúde;
- d) Quaisquer patologias resultantes, direta ou indiretamente, do Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH);
- e) Tratamentos relacionados, direta e indiretamente, com infecção por Vírus da Hepatite, à exceção da Hepatite A;
- f) Perturbações do foro da saúde mental, consequentes ou não de outra Doença que careça de internamento, sessões de psicologia, psicanálise, psicoterapia, psicomotricidade, hipnose e terapia do sono, qualquer que seja o diagnóstico;
- g) Tratamentos relacionados com problemas do desenvolvimento físico, cognitivo ou da linguagem, bem como de aprendizagem ou comportamentais, designadamente dislexia, défice de atenção ou hiperatividade;
- h) Perturbações resultantes de intoxicação alcoólica (Alcoolismo e Doenças resultantes de consumo de bebidas alcoólicas), uso de estupefacientes ou narcóticos não prescritos por Médico ou da utilização abusiva de medicamentos, incluindo as suas respetivas consequências, tal como tratamentos relacionados com a toxicod dependência;
- i) Doenças ou acidentes em consequência da prática de quaisquer atos dolosos ou gravemente culposos da Pessoa Segura, autoinfligidos, como tentativa de suicídio ou automutilação, ou resultantes de atos ilícitos praticados pela Pessoa Segura;
- j) Métodos anticoncepcionais e/ou de planeamento familiar cirúrgicos e não cirúrgicos, incluindo possíveis complicação e despesas para reverter os efeitos de uma cirurgia de esterilização voluntariamente realizada, e interrupção voluntária da gravidez, assim como todos os Atos Médicos com ela relacionados e suas consequências;
- k) Disfunções sexuais, exceto em consequência de Doença coberta pelo Contrato;
- l) Todos os atos médicos realizado no âmbito da infertilidade e reprodução medicamente assistida, incluindo consultas, meios complementares de diagnóstico e terapêutica, testes e tratamentos de infertilidade, métodos de fecundação e inseminação artificial, fertilização *in vitro* ou procedimentos de transferência embrionária, bem como as consequências da aplicação dos mesmos;
- m) Tratamentos e cirurgias de cariz estético, plástico ou reconstrutivo, com intenção de melhorar a aparência pessoal ou remover tecido corporal, bem como as suas respetivas consequências exceto quando tenham origem em Acidente ocorrido e coberto pelo Contrato, ou decorram de Doença maligna manifestada durante a vigência do contrato;
- n) Tratamentos ou terapêuticas esclerosantes dos membros inferiores, exceto nos casos de insuficiência venosa clinicamente comprovada;
- o) Consultas, tratamentos e cirurgias de regularização do peso, assim como situações clínicas destes decorrentes, qualquer que seja o diagnóstico que origine a indicação para estas terapêuticas, nomeada, mas não exclusivamente:
 - i. Obesidade, qualquer que seja a sua classificação, incluindo a mórbida;
 - ii. Síndrome metabólico;
 - iii. Patologias associadas a transtornos alimentares.
- p) Tratamentos ou cirurgias, destinados à correção de Doenças Congénitas, exceto quando digam respeito a crianças incluídas nos termos do Ponto 7 da Cláusula 16ª;

- q)** Tratamentos de hemodiálise para tratamento de patologia crónica;
- r)** Transplante de órgãos e suas implicações, incluindo a medula, tanto para o dador como para o recetor;
- s)** Implantes e respetivas consequências, incluindo todos os atos clínicos, atos laboratoriais e matérias necessários;
- t)** Tratamentos em sanatórios, termas, casa de repouso, convalescença e cuidados continuados, lares para a terceira idade, residências assistidas, centros de tratamentos de toxicodependência e alcoolismo e outros estabelecimentos similares;
- u)** 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;
- v)** Ginástica, natação, massagens e outros similares, ainda que prescritos pelo Médico, exceto os que resultem de Doença ou Acidente enquadráveis nas garantias do contrato;
- w)** Tratamentos realizados em estabelecimentos não autorizados a prestar cuidados de saúde, tais como ginásios, centros de beleza e bem-estar e outros estabelecimentos semelhantes;
- x)** Medicamentos cuja introdução no mercado ainda não foi autorizada pela entidade pública competente;
- y)** Acidentes ocorridos e Doenças contraídas em virtude de:

i. Prática profissional e como amador de desportos em provas desportivas integradas em campeonatos e respetivos treinos;

ii. Participação em competições desportivas e respetivos treinos com veículos, providos ou não de motor;

iii. Prática de desportos sobre a neve e gelo, tal como o ski e snowboard; desportos náuticos, tal como natação subaquática, mergulho e caça submarina, moto-náutica, ski aquático, sobre prancha, descida de torrentes ou correntes originadas por desníveis nos cursos de água; desportos relacionados com alpinismo, escalada, slide, rappel, espeleologia; desportos aéreos, tal como para-quedismo, de queda livre, com ou sem para-quedas, parapente, asa delta, ultraleve, bungee-jumping; desportos terrestres motorizados, BTT, skate; hipismo, saltos em equitação; pugilismo, artes marciais e luta; caça de animais ferozes ou que reconhecidamente considerados igualmente perigosos; tauromaquia e largada de touros; tais como outros desportos de análoga 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.

z) Despesas resultantes de serviços prestados por Médicos e outros Profissionais de Saúde que sejam cônjuges, pais, filhos ou irmãos da Pessoa Segura, bem como pela Pessoa Segura a si própria;

aa) Tratamentos de enfermagem prestados no domicílio ou em internamento hospitalar não contemplados nos serviços do hospital;

bb) Procedimentos e/ou tratamentos de carácter experimental, assim como todos os procedimentos diagnósticos e terapêuticos cuja segurança e eficácia clínica não estejam comprovados cientificamente, de acordo com a prática médica;

cc) 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;

dd) Despesas com cuidados de saúde que não sejam Serviços Clinicamente Necessários, face ao quadro clínico da Pessoa Segura e de acordo com os protocolos e padrões reconhecidos pela comunidade médica, assim como assistência e tratamento hospitalar por razões de carácter social;

ee) Despesas de estadias e transporte da Pessoa Segura, inclusive as relacionadas com fisioterapia e diálise;

ff) Consequências de atraso injustificado ou negligência imputáveis ao prestador de cuidados de saúde ou à Pessoa Segura no recurso à assistência médica, ou da recusa ou inobservância de tratamentos que lhe tenham sido prescritos;

gg) Despesas efetuadas por acompanhantes da Pessoa Segura, exceto em caso de internamento hospitalar de menores de 14 anos, ou de pessoas portadores de deficiência congénita ou adquirida;

hh) Tratamentos e cirurgias para mudança de sexo e respetivas consequências;

ii) Todas as técnicas cirúrgicas destinadas a corrigir erros de refração da visão, incluindo miopia, astigmatismo e hipermetropia, bem como as suas consequências, nomeadamente:

- i. Queratotomia radial;
- ii. Queratotomia fotorefrativa (queratotomia com laser excimer/LASIK);
- iii. Quermiopia por laser in situ;
- iv. Inserção de lentes fáquicas intraoculares.

jj) Intervenções cirúrgicas para correção da roncopatia, exceto em caso de apneia;

kk) Plastias mamárias de aumento ou redução de volume e suas consequências, quaisquer que sejam as indicações cirúrgicas, ou remoção de material de prótese mamária, exceto em caso de tratamento de Doença oncológica;

ll) Tratamentos e cirurgias que constituam consequência direta de procedimentos anteriormente recusados pelo Segurador;

mm) Doenças ou sequelas resultantes de radioatividade não terapêutica, incluindo consequências de utilização de armas bacteriológicas ou de agentes químicos;

nn) Cirurgia maxilofacial por patologia que resulte de alterações do crescimento ou do desenvolvimento que possam levar a perturbações funcionais.

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

- a) Medicamentos;
- b) Próteses e ortóteses não cirúrgicas;
- c) Parto normal, cesariana e interrupção involuntária da gravidez;
- d) Exames gerais de saúde (check-up).

G – ÂMBITO DAS COBERTURAS, TIPOS DE PRESTAÇÕES E EXCLUSÕES ESPECÍFICAS

1. Para os efeitos das presentes Informações Pré-Contratuais, os termos abaixo indicados terão o seguinte significado:

- a) **Acidente:** Acontecimento fortuito, súbito e anormal, devido a causa exterior e alheia à vontade da Pessoa Segura, e que nesta origem lesões corporais, clínica e objetivamente constatadas, suscetíveis de desencadear o acionamento da cobertura do risco prevista no contrato;
- b) **Agregado Familiar:** Conjunto das pessoas identificadas nas Condições Particulares ou no Certificado Individual de Seguro que vivam em economia comum com a Pessoa Segura, e que integra, além do Titular do Certificado, o seu cônjuge ou pessoa que com ele viva em união de facto e os filhos, enteados e adotados do casal ou de qualquer deles, desde que economicamente dependentes (ainda que apenas de um dos membros do casal) até ao limite de idade de 24 anos, desde que sejam estudantes;
- c) **Ambiente Hospitalar:** Conjunto de meios humanos, técnicos e logísticos diferenciados que caracterizam uma Unidade de Saúde e permitem a execução de cada Ato Médico com qualidade e segurança, incluindo a capacidade de resposta eficaz para eventos súbitos que ponham em risco a vida da Pessoa Segura;
- d) **Ato Médico:** Ato, tratamento ou procedimento realizado por médico ou, após prescrição e/ou sob supervisão de médico, por outro profissional de saúde, com o objetivo de Prestação de Cuidados de Saúde a Pessoa Segura;
- e) **Cirurgia em ambiente hospitalar sem internamento:** Intervenção cirúrgica, necessariamente realizada em Ambiente Hospitalar, no bloco operatório, em regime de admissão e alta no mesmo dia.
- f) **Pequena cirurgia:** Intervenção cirúrgica que não necessita de bloco operatório para a sua realização, não exige mudança completa de roupa pelo cirurgião, realizada sob anestesia local e não necessita de cuidados especiais de recobro.
- g) **Certificado Individual de Seguro:** Documento emitido pelo Segurador para cada uma das Pessoas

Seguras, comprovativo da sua inclusão no contrato;

- h)** Condições Especiais: Cláusulas que complementam ou especificam as Condições Gerais do contrato, prevalecendo sobre estas em caso de divergência;
- i)** Condições Gerais: Cláusulas que definem disposições gerais do contrato, tendo em conta o ramo de seguro em causa, e que serão complementadas ou especificadas nas Condições Especiais e Particulares do contrato;
- j)** Condições Particulares: Cláusulas que complementam as Condições Gerais e Especiais do contrato e expressam os respetivos elementos específicos, identificando, entre outros, o seu início e duração, os períodos de carência, os riscos cobertos, os capitais seguros, as franquias, os copagamentos, o prémio, o Tomador do Seguro e as Pessoas Seguras;
- k)** Contrato à Distância: Contrato cuja formação e conclusão sejam efetuadas exclusivamente através de meio de comunicação à distância (meio de comunicação que possa ser utilizado sem a presença física e simultânea do Segurador e do Tomador do Seguro), que se integrem num sistema de distribuição organizado, com esse objetivo, pelo Segurador.
- l)** Despesas de Saúde Elegíveis: Despesas diretamente relacionadas com a realização de um Ato Médico, com caráter de diagnóstico ou terapêutico, em consequência de diagnóstico clínico e sempre sob supervisão de um médico, que determina o âmbito de atuação dos intervenientes;
- m)** Doença: Toda a alteração involuntária do estado de saúde da Pessoa Segura, diagnosticada por um médico e não causada por Acidente;
- n)** Doença ou Lesão Preexistente: Condição patológica que a Pessoa Segura não poderia ignorar, ou da qual deveria ter conhecimento, anteriormente à data de celebração ou adesão ao contrato, 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 celebração ou adesão, para a qual já tivesse sido estabelecido um diagnóstico, ainda que não definitivo;
- o)** Pessoa Segura/Segurado: Pessoa singular identificada nas Condições Particulares e/ou no Certificado Individual de Seguro, que é titular do interesse seguro e dos direitos emergentes do contrato;
- p)** Pré-Autorização: Documento emitido pelo Segurador, no qual assume a obrigação de pagamento, total ou parcial, de Despesas de Saúde Elegíveis, nos termos e limites das coberturas aplicáveis, até ao máximo do capital seguro e disponível em cada período de vigência do contrato;
- q)** Prestação de Cuidados de Saúde: Atividade de promoção da saúde da Pessoa Segura e de prevenção ou tratamento de Doença, de Acidente ou de evento especificamente abrangido na cobertura do contrato, e que integra apenas Serviços Clinicamente Necessários;
- r)** Prestações Convencionadas: Prestações de valor predeterminado, correspondentes ao valor das Despesas de Saúde Elegíveis resultantes da realização de Atos Médicos por prestadores da Rede de Prestadores Planicare, e após aplicação das previsões contratuais que condicionem o valor da prestação a realizar pelo Segurador (tais como franquias e copagamentos). Em caso de realização de Atos Médicos por entidades que integrem a Rede de Prestadores Planicare, as Despesas de Saúde Elegíveis são pagas diretamente pelo Segurador ao prestador de cuidados de saúde e a Pessoa Segura suporta o pagamento das franquias e/ou copagamentos, desde que sejam observados os procedimentos definidos pelo Segurador, incluindo a Pré-Autorização, nos termos previstos no contrato;
- s)** Questionário Individual de Saúde: Formulário contendo um conjunto de informações relativos ao estado de saúde de cada proponente, de modo a permitir a correta avaliação do risco a assumir pelo Segurador, cujo preenchimento e assinatura pelo Titular do Certificado equivale a declaração pessoal exata relativa aos seus dados de saúde;
- t)** Rede de Prestadores Planicare: Conjunto de entidades (pessoas singulares ou coletivas) titulares de Unidades de Saúde que prestam serviços convencionados, aos quais as Pessoas Seguras podem aceder, nos termos e limites convencionados. A lista de entidades que integram a Rede de Prestadores Planicare encontra-se definida no Ponto D e é permanentemente atualizada no sítio do Segurador na *Internet*;

- u) Serviços Clinicamente Necessários: Cuidados de saúde que sejam consistentes com o quadro clínico da Pessoa Segura, de acordo com os protocolos e os padrões reconhecidos pela comunidade médica;
 - v) Titular do Certificado: Entidade que subscreve a adesão ao contrato;
 - w) Tomador do Seguro: Entidade que celebra o contrato com o Segurador e que é responsável pelo pagamento do prémio;
 - x) Unidade de Saúde: Estabelecimento prestador de cuidados de saúde, detido por pessoa singular ou coletiva, que se encontre registado na Entidade Reguladora da Saúde e licenciado nos termos legais aplicáveis, abrangendo entidades com internamento ou sala de recobro, entidades generalizadas para serviços de hospitalização e ambulatório e entidades especializadas para serviços de ambulatório e meios complementares de diagnóstico e terapêutica, independentemente da sua natureza jurídica, incluindo hospitais, clínicas, consultórios e centros de meios complementares de diagnóstico e terapêutica.
2. O contrato cobre apenas o pagamento de Despesas de Saúde Elegíveis mediante a realização de Prestações Convencionadas, conforme previsto nos Pontos C e D.
 3. O contrato engloba as coberturas do risco que, de entre as coberturas especificadas abaixo, se encontrem especificamente indicadas nas Condições Particulares e/ou no Certificado Individual de Seguro. O contrato pode, ainda, ser extensivo a outras coberturas, desde que devidamente identificadas nas Condições Particulares e definidas por Condição Especial própria.

COBERTURAS

02 – SUBSÍDIO DIÁRIO DE HOSPITALIZAÇÃO

1. Esta Condição Especial cobre, nos termos e com os limites fixados nos Pontos C e D, o pagamento à Pessoa Segura de um subsídio diário, em regime de prestação indemnizatória, em consequência de internamento em unidade hospitalar da Rede de Prestadores Planicारे localizada em Portugal, resultante de Doença ou Acidente que ocorram durante a vigência do Contrato.
2. O reembolso das Despesas de Saúde Elegíveis fica dependente do envio ao segurador, nos 30 dias imediatamente a seguir à data de alta da hospitalização, da seguinte documentação:
 - a) Declaração da alta de internamento, que identifique as datas de início e termo da hospitalização da Pessoa Segura na unidade hospitalar;
 - b) Atestado subscrito pelo médico responsável pela hospitalização, especificando a causa e a natureza da Doença ou do Acidente e, no primeiro caso, contendo o seguinte detalhe:
 - i. Doença que causou a hospitalização;
 - ii. Data em que se manifestaram os respetivos sintomas;
 - iii. Data do diagnóstico;
 - iv. Data em que foi recomendada a hospitalização e respetiva duração; e
 - v. Outros elementos de interesse para a apreciação do sinistro;
 - c) Participação do sinistro, descrevendo as circunstâncias em que a Pessoa Segura sofreu o sinistro, bem como a justificação das Despesas de Saúde Elegíveis realizadas, com descrição e/ou indicação pormenorizada dos cuidados de saúde prestados, nomeadamente quanto ao número de dias de internamento, descrição da intervenção cirúrgica realizada e outras análogas.
3. O segurador não procederá ao reembolso das Despesas de Saúde Elegíveis relativamente às quais não possua os necessários elementos de prova.
4. Para efeitos desta Condição Especial, para além das exclusões previstas no Ponto F, não estão contempladas as hospitalizações em consequência de tratamentos não reconhecidos oficialmente pela medicina convencional.

06 - ACESSO À REDE DE AMBULATÓRIO (CONSULTAS, EXAMES E TRATAMENTOS)

1. Esta Condição Especial cobre, nos termos e com os limites fixados nos Pontos C e D, o acesso a Atos Médicos que não requeiram os meios e serviços específicos de Ambiente Hospitalar para a sua realização, mesmo que nestes ocorram, suportando a Pessoa Segura a totalidade do respetivo custo.
2. Fica abrangido por esta Condição Especial o acesso aos Atos Médicos acima referidos que originem Despesas de Saúde Elegíveis efetuadas com:
 - a) Honorários de consultas médicas;
 - b) Honorários médicos e de enfermagem relacionados com os Atos Médicos realizados em meio que não constitua Ambiente Hospitalar;
 - c) Exames auxiliares de diagnóstico realizados em meio que não constitua Ambiente Hospitalar;
 - d) Materiais e produtos associados aos Atos Médicos realizados em meio que não constitua Ambiente Hospitalar;
 - e) Tratamentos do foro da Medicina Física e de Reabilitação, incluindo terapia da fala, desde que sejam prescritos por Médico.
3. Para efeitos desta Condição Especial, não são aplicáveis as exclusões constantes do Ponto F.
4. Os cuidados de saúde abrangidos por esta Condição Especial são prestados exclusivamente por prestadores que integrem a Rede de Prestadores Planicare. Por via desta cobertura, o Segurador garante exclusivamente Prestações Convencionadas.

Carece de Pré-Autorização a realização de consultas e meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica que o Segurador defina, em cada momento, no seu sítio da Internet.

08 - ACESSO À REDE DE MEDICINA DENTÁRIA E ESTOMATOLOGIA

1. Esta Condição Especial cobre, nos termos e com os limites fixados nos Pontos C e D, o acesso a Atos Médicos do foro estomatológico e de medicina dentária, suportando a Pessoa Segura a totalidade do respetivo custo.
2. Fica abrangido por esta Condição Especial o acesso aos Atos Médicos acima referidos que originem Despesas de Saúde Elegíveis efetuadas com:
 - a) Honorários médicos;
 - b) Tratamentos e outros Atos Médicos;
 - c) Exames auxiliares de diagnóstico e terapêutica;
 - d) Próteses estomatológicas;
 - e) Aparelhos de ortodontia e respetivos moldes e estudos (incluindo imagiologia específica) e consultas de controlo;
 - f) Ortóteses estomatológicas.
3. Para efeitos desta Condição Especial, não são aplicáveis as exclusões constantes do Ponto F.

14 - ACESSO À REDE DE SAÚDE COMPLEMENTAR E BEM-ESTAR

1. Esta Condição Especial cobre, nos termos e com os limites fixados nos Pontos C e D, o acesso a consultas abaixo enunciadas, suportando a Pessoa Segura a totalidade do respetivo custo:
 - a) Psicologia;
 - b) Podologia;
 - c) Acupuntura;
 - d) Osteopatia.
 - e) Nutrição.
2. Para além das exclusões previstas no Ponto F, esta Condição Especial não cobre o acesso da Pessoa Segura à realização ou ministração de tratamentos, medicamentos ou quaisquer produtos com fins terapêuticos.
3. Os cuidados de saúde abrangidos por esta Condição Especial são prestados exclusivamente por prestadores que integrem a Rede de Prestadores Planicare. Por via desta cobertura, o Segurador garante exclusivamente Prestações Convencionadas.

16 - ACESSO À REDE INTERNAMENTO HOSPITALAR

- 1.** A presente Condição Especial cobre, nos termos e com os limites fixados nos Pontos C e D, o acesso a Atos Médicos cuja realização requeira os meios e serviços específicos de Ambiente Hospitalar, suportando a Pessoa Segura, a totalidade do respetivo custo.
- 2.** O âmbito desta cobertura abrange a realização de Atos Médicos em hospital, desde que a necessidade de Ambiente Hospitalar para a realização dos mesmos seja clinicamente comprovada.
- 3.** Fica abrangido por esta Condição Especial o acesso aos Atos Médicos acima referidos que originem Despesas de Saúde que requeiram meios e Serviços específicos imprescindíveis em Ambiente Hospitalar para a sua realização, nomeadamente:
 - a)** Honorários relacionados com os Atos Médicos realizados em Ambiente Hospitalar, tais como honorários de Médico, cirurgião, anestesista, ajudante e instrumentista, ainda que realizados em regime de admissão e alta no mesmo dia (cirurgia em Ambiente Hospitalar sem internamento);
 - b)** Meios complementares de diagnóstico e terapêutica associados aos Atos Médicos realizados em Ambiente Hospitalar;
 - c)** Medicamentos, quando administrados durante o período de hospitalização e associados aos Atos Médicos realizados;
 - d)** Materiais, equipamentos e produtos, quando associados aos Atos Médicos realizados em Ambiente Hospitalar;
 - e)** Instalações necessárias à realização dos Atos Médicos em Ambiente Hospitalar, tais como bloco operatório, sala de recobro e quarto;
 - f)** Próteses implantadas cirurgicamente;
 - g)** Cirurgias de estomatologia, medicina dentária e cirurgia maxilofacial que resultem de Acidente e/ou e) Doença cobertos pelo Contrato;
 - h)** Tratamentos de quimioterapia citostática e radioterapia, ainda que realizadas em ambulatório.
- 4.** Para efeitos da presente Condição Especial, não são aplicáveis as exclusões constantes no Ponto F.
- 5.** Os cuidados de saúde abrangidos por esta Condição Especial são prestados exclusivamente por prestadores que integrem a Rede de Prestadores Planicare. Por via desta cobertura, o Segurador garante exclusivamente Prestações Convencionadas.
- 6.** Carece de Pré-Autorização a realização de Atos Médicos abrangidos por esta Condição Especial que o Segurador defina, em cada momento, no seu sítio da Internet.

H – DEVER DE DECLARAÇÃO INICIAL DO RISCO

- 1.** O Tomador do Seguro ou a Pessoa Segura está obrigado, antes da celebração do contrato, a declarar com exatidão todas as circunstâncias que conheça e razoavelmente deva ter por significativas para a apreciação do risco pelo Segurador.
- 2.** O disposto no número anterior é igualmente aplicável a circunstâncias cuja menção não seja solicitada em questionário eventualmente fornecido pelo Segurador para o efeito, nomeadamente no Questionário Individual de Saúde.
- 3.** O Segurador que tenha aceitado o contrato, salvo havendo dolo do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura com o propósito de obter uma vantagem, não pode prevalecer-se de:
 - a)** Omissão de resposta a pergunta do questionário;
 - b)** Resposta imprecisa a questão formulada em termos demasiado genéricos;
 - c)** Incoerência ou contradição evidente nas respostas ao questionário;
 - d)** Facto que o seu representante, aquando da celebração do contrato, saiba ser inexato ou, tendo sido omitido, conheça;
 - e)** Circunstâncias conhecidas do segurador, em especial quando são públicas e notórias.

I – PRÉMIO, MODALIDADES DE PAGAMENTO E PAGAMENTO POR TERCEIRO

1. O prémio a pagar será calculado por aplicação das taxas de tarifa ou de referência do Segurador ao plano de coberturas selecionado, tendo em consideração a avaliação do risco efetuado pelo Segurador.
2. O prémio de seguro pode ser pago por débito direto ou pagamento multibanco ou em numerário.
3. O pagamento por débito em conta fica subordinado à condição da não anulação posterior do débito por retratação do autor do pagamento no quadro de legislação especial que a permita.
4. A anulação do débito equivale à falta de pagamento do prémio.
5. O prémio pode ser pago, nos termos previstos na lei, por terceiro, interessado ou não no cumprimento da obrigação.

J – PAGAMENTO DO PRÉMIO

1. A cobertura dos riscos depende do prévio pagamento do prémio.
2. O prémio corresponde ao período de duração do contrato e é devido por inteiro, sem prejuízo de o seu pagamento poder ser fracionado, por acordo entre o Segurador e o Tomador do Seguro.
3. O prémio inicial, ou a primeira fração deste, é devido na data da celebração ou da adesão ao contrato.
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, a parte do prémio correspondente a alterações ao contrato são devidas nas datas indicadas nos respetivos avisos.
6. Em caso de cessação antecipada do contrato, o Segurador procederá ao estorno do prémio pago relativamente ao período não decorrido, exceto quando tenha havido pagamento da prestação decorrente de sinistro ou quando o Tomador do Seguro ou a Pessoa Segura tenha incumprido dolosamente o dever previsto no número 1 do Ponto H, com o propósito de obter uma vantagem.
7. O Tomador do Seguro ou a Pessoa Segura, quando seja o caso, indica na proposta de seguro, no boletim de adesão ou em documento autónomo o número da sua conta bancária (*IBAN - International bank account number*) que pretenda seja debitada pelo valor do prémio e creditada pelo valor das prestações do Segurador.

L – FALTA DE PAGAMENTO DO PRÉMIO

1. A falta de pagamento do prémio ou de uma sua fração na data do vencimento constitui o Tomador do Seguro em mora.
2. 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.
3. A falta de pagamento do prémio de anuidades subsequentes, ou da primeira fração deste, na data do vencimento, impede a prorrogação do contrato ou da cobertura da Pessoa Segura em causa.
4. 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 de acerto ou parte de um prémio de montante variável;
 - c) Um prémio adicional resultante de uma modificação do contrato fundada num agravamento superveniente do risco.
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 com o âmbito e nas condições que vigoravam antes da pretendida modificação, a menos que a subsistência do contrato se revele impossível, caso em que se considera resolvido na data do vencimento do prémio não pago.
6. A cessação do contrato por efeito do não pagamento do prémio, ou de parte ou fração deste, não exonera o Tomador do Seguro da obrigação de pagamento do prémio correspondente ao período em que o contrato tenha vigorado, acrescido dos juros de mora devidos.

M – ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA DO RISCO

1. Salvo convenção em contrário, expressa nas Condições Especiais ou Particulares ou no Certificado Individual de Seguro, o contrato apenas cobre riscos situados em território Português.
2. Apenas são abrangidas as Despesas de Saúde Elegíveis realizadas ou a realizar no estrangeiro nos casos de Acidente ou Doença súbita, devidamente justificados por relatório médico, e que ocorram durante uma permanência ocasional no estrangeiro não superior a 45 dias.
3. As coberturas do contrato são suspensas pelo período em que se verifique, relativamente a alguma Pessoa Segura, ausência no estrangeiro por período superior a 45 dias. Esta suspensão produzirá efeitos a partir da data do início da ausência, mesmo que esta apenas posteriormente seja conhecida pelo segurador.

N – INÍCIO E DURAÇÃO DO CONTRATO

1. Desde que o prémio ou fração inicial seja pago, o contrato produz os seus efeitos a partir das zero horas do dia da aceitação da proposta de seguro pelo Segurador. Por acordo das Partes, pode ser estabelecida outra data para a produção de efeitos, a qual terá que ser igual ou posterior à data da receção da proposta de seguro pelo Segurador.
2. Sendo o Tomador do Seguro uma pessoa singular, o contrato tem-se por concluído nos termos propostos, em caso de silêncio do Segurador, no 14.º dia a contar da data de receção da proposta de seguro feita em impresso próprio do Segurador, devidamente preenchido, acompanhado dos documentos que o Segurador tenha indicado como necessários e entregue ou recebido no local indicado pelo Segurador. A aceitação será confirmada pelo Segurador através da emissão das respetivas Condições Particulares ou do Certificado Individual de Seguro, que serão enviados para a área reservada de cliente no sítio do Segurador na *Internet*, em formato digital, ou, em caso de indicação expressa do Tomador do Seguro, para o endereço eletrónico ou postal indicado na proposta de seguro.
3. Não será aplicável o disposto no número anterior quando:
 - a) Antes do decurso do prazo de 14 dias, o candidato a Tomador do Seguro seja notificado da recusa ou da sua antecipada aprovação, ou ainda da necessidade de recolher esclarecimentos essenciais para a avaliação do risco, ficando a aprovação, neste caso, dependente do envio e análise dos elementos solicitados; ou
 - b) Em caso de silêncio do Segurador, este demonstre que, em caso algum, celebra contratos com as características constantes da proposta de seguro.
4. As coberturas contratadas, os respetivos períodos de carência, franquias, copagamentos e os valores máximos indemnizáveis, de acordo com o previsto nos Pontos C e E, estão identificados nas Condições Particulares ou no Certificado Individual de Seguro. As previsões contratuais que condicionem o valor da prestação em caso de sinistro aplicam-se independentemente do capital seguro ou dos limites disponíveis em cada período de vigência do contrato.
5. O contrato pode ser celebrado por um ano a continuar pelos seguintes ou por um período certo e determinado, estando a sua duração definida nas Condições Particulares ou no Certificado Individual de Seguro.
6. Quando o contrato for celebrado por prazo certo, os seus efeitos cessam às 24 horas do último dia do referido período.
7. Quando o contrato for celebrado por um ano a continuar pelos seguintes, considera-se sucessivamente renovado, salvo se qualquer das Partes o denunciar mediante declaração escrita enviada com a antecedência mínima de 30 dias em relação à data da prorrogação do contrato, ou se não for pago o prémio da anuidade seguinte ou da primeira fração deste.
8. As prestações do Segurador respeitam exclusivamente a cada período de vigência do contrato, não havendo lugar a qualquer prorrogação da vigência de coberturas ou à realização de quaisquer prestações após a data da cessação do contrato, salvo o disposto no número seguinte.
9. Em caso de não renovação do contrato ou da cobertura e não estando o risco coberto por um contrato

de seguro posterior, o Segurador permanece obrigado, nos dois anos subsequentes e até que se mostre esgotado o capital seguro no último período de vigência do contrato, à realização das prestações resultantes de Doença manifestada ou de Acidente ou outro evento ocorrido na vigência do contrato, desde que cobertos pelo contrato. Para efeitos do disposto neste número, o Segurador deverá ser informado da Doença, do Acidente ou do evento nos 30 dias imediatos ao termo do contrato, salvo justo impedimento.

10. Em caso de cessação do contrato, independentemente do motivo que lhe tenha dado causa, o Tomador do Seguro ou a Pessoa Segura não terá direito a quaisquer outras prestações ou quantias para além das indicadas no número anterior.

O – TERMO DO CONTRATO

1. Sem prejuízo de disposição especial do contrato, as coberturas do risco deixam de produzir os seus efeitos em relação a cada Pessoa Segura nas seguintes circunstâncias:
 - a) Termo da anuidade em que a Pessoa Segura atinja a idade limite prevista nas Condições Particulares ou no Certificado Individual de Seguro;
 - b) No caso de membro do Agregado Familiar do Titular do Certificado, termo da anuidade em que perca a referida qualidade, nos termos da definição constante da alínea b) do número 1 do Ponto G;
 - c) Termo da anuidade em que a Pessoa Segura perca a qualidade de Titular do Certificado;
 - d) Cessação do contrato nos termos gerais, nomeadamente por (i) falta de pagamento do prémio pelo Tomador do Seguro, nos termos do Ponto L; (ii) resolução; (iii) não renovação (denúncia); (iv) caducidade; ou (v) revogação (acordo entre o Segurador e o Tomador do Seguro).

P – LIVRE RESOLUÇÃO DO CONTRATO

1. Nos 30 dias imediatos à data da receção da apólice, o Tomador do Seguro, sendo pessoa singular, pode resolver o contrato ou o Contrato à Distância, sem necessidade de invocar justa causa.
2. O prazo previsto no número anterior conta-se a partir da data da celebração do contrato ou do Contrato à Distância, nos termos dos números 1 a 3 do Ponto N, desde que o Tomador do Seguro, nessa data, disponha, em papel ou noutra suporte duradouro, de todas as informações relevantes sobre o contrato ou o Contrato à Distância que tenham de constar da apólice. A comunicação da resolução considera-se tempestivamente efetuada se for enviada até ao último dia do prazo, inclusive. O direito de livre resolução extingue-se no termo do prazo.
3. A comunicação de resolução do contrato ou do Contrato à Distância deverá ser remetida ao Segurador nos termos do número 4 do Ponto seguinte.
4. A resolução tem efeito retroativo, extinguindo as obrigações e os direitos emergentes do contrato com efeitos à data da sua celebração. No entanto, o Segurador terá direito às seguintes prestações:
 - a) Valor do prémio calculado proporcionalmente (*pro rata temporis*), na medida em que tenha suportado o risco até à resolução do contrato. Caso, o Segurador restituirá o prémio recebido no prazo de 30 dias contados da receção da notificação de livre resolução;
 - b) Montante das despesas razoáveis que tenha efetuado com exames médicos, sempre que esse valor seja imputado contratualmente ao Tomador do Seguro.
5. Em caso de celebração de Contrato à Distância:
 - a) O Tomador do Seguro não está obrigado ao pagamento do prémio, ou da primeira fração deste, antes do termo do prazo de livre resolução, salvo se tiver pedido o início da execução do Contrato à Distância antes do termo do prazo de livre resolução;
 - b) Sendo exercido o direito de livre resolução, o Segurador não terá direito às prestações indicadas no número anterior, exceto no caso previsto na parte final da alínea anterior.

Q – COMUNICAÇÕES E NOTIFICAÇÕES

1. As comunicações ou notificações do Segurador consideram-se válidas e eficazes caso revistam a forma escrita e sejam prestadas por meio de que fique registo duradouro (nomeadamente através da área reservada de cliente no sítio do Segurador na *Internet* ou do envio de mensagem de correio eletrónico). Em caso de indicação expressa do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura, as comunicações ou notificações poderão ser enviadas para o endereço postal indicado na proposta de seguro.
2. Em caso de alteração do endereço eletrónico ou postal, o Tomador do Seguro ou a Pessoa Segura devem comunicar imediatamente ao Segurador a alteração, sob pena de as comunicações ou notificações que o Segurador venha a efetuar para o endereço conhecido se terem por válidas e eficazes.
3. O Segurador só está obrigado a enviar as comunicações previstas no contrato se o destinatário das mesmas estiver devidamente identificado no contrato, considerando-se, em todo o caso, validamente efetuadas se remetidas para o respetivo endereço constante da apólice.
4. As comunicações ou notificações ao Segurador consideram-se válidas e eficazes caso revistam a forma escrita e sejam prestadas por meio de que fique registo duradouro (nomeadamente através da área reservada de cliente no sítio do Segurador na *Internet* ou do envio de mensagem de correio eletrónico para o endereço indicado no sítio do Segurador na *Internet*). O Tomador do Seguro ou a Pessoa Segura poderão, ainda, remeter comunicações ou notificações, por via postal, para a sede do Segurador.

R – DADOS PESSOAIS

1. Os tratamentos de dados pessoais realizados pelo Segurador enquadram-se no âmbito da execução do contrato e são necessários para o cumprimento de obrigações do Segurador em matéria de proteção social e para a gestão de serviços de saúde ou de ação social, em cumprimento do disposto nos artigos 6.º, n.º 1, alínea b), e 9.º, n.º 2, alíneas b) e h), do Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016 (Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados ou “RGPD”), na Lei n.º 58/2019, de 8 de agosto, e na demais legislação relevante em vigor.
2. Neste sentido, o Segurador, na qualidade de responsável pelo tratamento, realizará operações de tratamento de dados pessoais, incluindo, e mediante consentimento, dados relativos à saúde, do Tomador do Seguro e/ou da Pessoa Segura (os titulares dos dados). O Tomador do Seguro e a Pessoa Segura reconhecem que a obtenção desses dados pessoais por parte do Segurador constitui um requisito necessário para a celebração e execução do contrato e dos serviços associados. No contexto da relação com entidades prestadoras de cuidados de saúde, o Segurador disponibilizará a estas entidades um conjunto mínimo de dados pessoais do titular que o identifiquem como cliente do Segurador, para efeitos de gestão da relação contratual e de faturação.
3. Os dados relativos à saúde tratados pelo Segurador serão de acesso reservado a profissionais de saúde ou a outras pessoas sujeitas a sigilo profissional.
4. Os dados pessoais do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura objeto de tratamento pelo Segurador serão obtidos através do contrato, de documentos que venham a ser solicitados ao Tomador do Seguro ou à Pessoa Segura e dos mecanismos legalmente previstos, durante a execução do contrato. Estes dados serão conservados apenas durante o período em que o contrato se mantenha em vigor. Ressalva-se o caso de litígio judicial, em que os dados serão conservados até seis meses após o trânsito em julgado da decisão judicial, e os casos em que o Segurador se encontre adstrito a obrigações legais de manutenção dos dados pessoais por um período mais extenso (por exemplo, os dados necessários para efeitos de faturação devem ser conservados pelo prazo de 10 anos, para o cumprimento de obrigações do domínio comercial e fiscal).
5. As restantes informações sobre o tratamento dos dados pessoais do Tomador do Seguro (caso seja uma pessoa singular) ou da Pessoa Segura (quando o Tomador do Seguro não seja uma pessoa singular), para efeitos dos artigos 13.º e 14.º do RGPD, constam da “Informação relativa aos Tratamentos de Dados Pessoais” e da “Política de Privacidade” do Segurador.
6. Conforme descrito na “Informação relativa aos Tratamentos de Dados Pessoais” e na “Política de

Privacidade” do Segurador, o Tomador do Seguro ou a Pessoa Segura poderá exercer os seus direitos (acesso, retificação, limitação, oposição, apagamento e portabilidade) através de solicitação por escrito para o endereço do encarregado de proteção de dados do Segurador (indicado no sítio do Segurador na *Internet*) e em conformidade com as disposições legais. O Tomador do Seguro e a Pessoa Segura reconhecem que estes direitos poderão ser limitados com base na legislação em vigor e para cumprimento das obrigações legais a que o Segurador se encontre sujeito.

S – CESSÃO DA POSIÇÃO CONTRATUAL

1. O Tomador do Seguro poderá transmitir a sua posição no contrato, sem necessidade de consentimento da Pessoa Segura, desde que o Segurador consinta na transmissão.
2. Transmitindo-se a posição do Tomador do Seguro, o contrato permanece inalterado, sem prejuízo do eventual aumento do prémio decorrente de agravamento do risco.

T – RECLAMAÇÕES E AUTORIDADE DE SUPERVISÃO

1. Quaisquer reclamações relacionadas com a negociação, celebração e vigência do contrato poderão ser apresentadas por escrito ao Segurador, através do seu serviço responsável pela gestão de reclamações (reclamacoes@planicare.pt), ou à Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões (ASF). A ASF (www.asf.com.pt) é a entidade pública que tem por atribuição a supervisão e regulação da atividade seguradora, resseguradora e de distribuição de seguros, bem como as atividades conexas ou complementares daquelas.
2. As reclamações poderão ser apresentadas junto da ASF através de email, carta ou formulário disponível no Portal do Consumidor, em www.asf.com.pt, no livro de reclamações físico disponível nos estabelecimentos do Segurador ou no livro de reclamações eletrónico.
3. Por opção expressa de Tomador do Seguro ou de Pessoa Segura que seja qualificada como consumidor nos termos da lei, os conflitos emergentes do contrato cujo valor não exceda a alçada dos Tribunais de 1.ª instância podem ser sujeitos a arbitragem necessária ou mediação, através da sua submissão a tribunal arbitral adstrito aos centros de arbitragem de conflitos de consumo legalmente autorizados.
4. O segurador disponibiliza no seu sítio na *Internet* a lista de entidades de resolução alternativa de litígios a que se encontra vinculado, com indicação do respetivo sítio na *Internet*.
5. Em caso de celebração de Contrato à Distância por via eletrónica ou informática, os litígios de consumo podem ser resolvidos extrajudicialmente através da “Plataforma Eletrónica de Resolução de Litígios em Linha” (disponibilizada pela Comissão Europeia), cujo contacto é indicado no sítio do Segurador na *Internet*.

U – LEI APLICÁVEL E FORO COMPETENTE

1. Quando as partes não tenham escolhido outra lei que lhe seja aplicável, o contrato é regido pela Lei Portuguesa.
2. Os litígios emergentes da negociação, celebração e vigência do contrato serão dirimidos pelo Tribunal competente segundo a lei processual civil ou, nos casos de arbitragem necessária, por tribunal arbitral.

II – INFORMAÇÕES PRÉ-CONTRATUAIS SOBRE A DISTRIBUIÇÃO DO SEGURO

(Artigos 31.º e 37.º, n.os 2 e 3, do Regime Jurídico da Distribuição de Seguros e de Resseguros, constante do anexo à Lei n.º 7/2019, de 16 de janeiro)

V – DISTRIBUIDOR DO SEGURO

PLANICARE-COMPANHIA DE SEGUROS, S.A.

Entidade legalmente autorizada pela Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões a exercer a atividade seguradora, no âmbito do ramo “doença”, sob o código 1206.

Sede: Rua Fernão de Magalhães, n.º 2, fração C, 4400-629 Vila Nova de Gaia;

NIPC: 515 580 996; **Capital social:** € 2.500.000;

Serviço de apoio ao cliente: Tel. 222 469 000 (chamada para rede fixa nacional);

Atendimento telefónico: dias úteis, das 9h às 19h.

Email: apoiocliente@planicare.pt; **Site:** www.planicare.pt

V 1 – AGENTES DE SEGUROS

Adicionalmente, o Segurador autoriza a atividade de mediação dos seus contratos de seguros a agentes de seguros com quem tenha celebrado contrato escrito de mediação e a quem autoriza promover junto de terceiros a obtenção de propostas para celebração de contratos de seguros, que poderão dar como celebrado um contrato de seguro em nome da PLANICARE, apenas nos casos de riscos de aceitação automática.

Nos demais casos, de risco condicionado ou interdito em conformidade com manual de subscrição em vigor, os agentes não dispõem de poderes para celebrar contratos de seguro em nome da PLANICARE sem que esta o ratifique, o que só sucederá quando as propostas forem analisadas e aceites pelos serviços da PLANICARE.

O Segurador apenas utiliza os serviços de agentes que se encontram registados ou autorizados para o exercício da atividade de distribuição de seguros.

X – ACONSELHAMENTO

O segurador não presta aconselhamento.

Z – POLÍTICA DE TRATAMENTO DOS TOMADORES DE SEGUROS, SEGURADOS E PESSOAS SEGURAS

A política do Segurador relativa ao tratamento dos Tomadores de Seguros, Segurados e Pessoas Seguras (a “Política”) encontra-se disponível no respetivo sítio na *Internet*, em www.planicare.pt/politica-de-tratamento.

A Política visa assegurar a salvaguarda dos melhores interesses dos Tomadores de Seguros, Segurados e Pessoas Seguras em todos os momentos de relacionamento com o Segurador (nomeadamente conceção dos produtos de seguro, distribuição dos seguros, gestão de sinistros, gestão de reclamações, apoio ao cliente e publicidade da atividade do Segurador), através de um tratamento honesto, correto e leal. Para alcançar este objetivo, o Segurador implementou medidas para assegurar, nomeadamente, a prevenção e o tratamento de conflitos de interesses; o respeito pelas necessidades, características e objetivos do mercado-alvo aquando da conceção dos produtos de seguro; o respeito pelas necessidades e exigências do cliente aquando da distribuição dos seguros; a tramitação célere, eficiente, objetiva e justa dos processos de gestão de sinistros e das reclamações; a proteção dos dados dos tomadores de seguros, segurados e pessoas seguras e da confidencialidade de toda a informação recebida e expedida; a idoneidade e a adequação da qualificação profissional de todas as pessoas que se relacionem com o

cliente, nomeadamente das “pessoas diretamente envolvidas na atividade de distribuição de seguros”, e das pessoas que possam tomar decisões sobre pretensões do cliente.

O Tomador do Seguro e as Pessoas Seguras poderão apresentar as suas reclamações através dos meios indicados no Ponto T.

AA – REMUNERAÇÃO RECEBIDA PELOS TRABALHADORES DO SEGURADOR

O Segurador distribuirá o contrato através dos balcões da rede de hospitais e clínicas do Grupo Trofa Saúde ou de meio de comunicação à distância, no caso de celebração de Contrato à Distância. Os respetivos colaboradores que se encontram em interlocução direta com clientes ou prestam esclarecimentos ou informações sobre produtos de seguro fazem-no na qualidade de “pessoas diretamente envolvidas na atividade de distribuição de seguros” (“PDEADS”), em representação e sob responsabilidade exclusiva do Segurador, estando habilitados a apresentar, propor, celebrar ou apoiar a gestão e execução dos contratos de seguro. No que respeita à celebração do contrato, não será auferida especificamente qualquer remuneração pelos colaboradores (PDEADS) do Segurador.