



Condições Gerais e Especiais Allianz Saúde



Índice

Condições Gerais

- [Cláusula Preliminar](#)
- [Cláusula 1 - Definições](#)
- [Cláusula 2 – Objeto do Contrato](#)
- [Cláusula 3 – Âmbito das Coberturas](#)
- [Cláusula 4 – Exclusões](#)
- [Cláusula 5 – Âmbito Territorial](#)
- [Cláusula 6 – Declaração Inicial de Risco](#)
- [Cláusula 7 – Início e Duração do Contrato](#)
- [Cláusula 8 – Condições de Adesão, Início e Duração das Garantias](#)
- [Cláusula 9 – Alterações do Contrato](#)
- [Cláusula 10 – Pagamento do Prémio](#)
- [Cláusula 11 – Direito de Livre Resolução](#)
- [Cláusula 12 – Resolução do Contrato e Exclusão da Pessoa Segura](#)
- [Cláusula 13 – Estorno do Prémio](#)
- [Cláusula 14 – Termo das Coberturas para cada Pessoa Segura e Caducidade do Contrato](#)
- [Cláusula 15 – Responsabilidade da Allianz Portugal em caso de Não Renovação](#)
- [Cláusula 16 – Obrigações da Allianz Portugal](#)
- [Cláusula 17 – Obrigações do Tomador do Seguro e da Pessoa Segura](#)
- [Cláusula 18 – Procedimentos em Caso de Sinistro](#)
- [Cláusula 19 – Sub-Rogação](#)
- [Cláusula 20 – Comunicação e Notificações entre as Partes](#)
- [Cláusula 21 – Compensação de Crédito](#)
- [Cláusula 22 – Dados Pessoais](#)
- [Cláusula 23 – Reclamações](#)
- [Cláusula 24 – Arbitragem](#)
- [Cláusula 25 – Foro e Lei Aplicável](#)



Índice

Condições Especiais

[Hospitalização, Cirurgia e Parto – Módulo Total](#)

[Hospitalização, Cirurgia e Parto – Extra](#)

[Hospitalização e Cirurgia – Módulo Base e Mais](#)

[Hospitalização e Cirurgia \(sem Parto\) – Acesso Rede](#)

[Parto – Acesso Rede](#)

[Próteses e Ortóteses Não Oculares](#)

[Próteses e Ortóteses Não Oculares – Acesso Rede](#)

[Próteses e Ortóteses Oculares](#)

[Próteses e Ortóteses Oculares – Acesso Rede](#)

[Assistência Ambulatória Completa](#)

[Assistência Ambulatória – Acesso Rede](#)

[Dental](#)

[Assistência em Portugal](#)

[Assistência em Viagem](#)

[Cobertura Médica Internacional por Doenças Graves](#)

[Subsídio Diário de Hospitalização](#)

[Subsídio Diário de Deslocação](#)

[2ª Opinião Médica](#)

[Estomatologia](#)

[Medicamentos](#)

[Oncologia](#)

[Assistência Sénior](#)

Condições Gerais



Cláusula Preliminar

O presente contrato de seguro celebrado entre a Companhia de Seguros Allianz Portugal, S.A, doravante designada por Segurador ou Allianz Portugal e o Tomador do Seguro identificado nas condições particulares, regula-se pelas Condições Gerais Especiais e Particulares desta apólice. Esta apólice foi contratada de harmonia com as declarações constantes da Proposta, Questionários Individual de Saúde, que lhe serviu de base e com a documentação de carácter clínico necessária à aceitação dos riscos por parte do Allianz Portugal, que dele fazem parte integrante.

Cláusula 1 – Definições

Acesso à Rede Allianz

O acesso pela Pessoa Segura a cuidados de saúde, garantidos no âmbito do Contrato, efetuados por Prestadores da Rede Allianz, ficando a cargo da Pessoa Segura a totalidade dos respetivos custos, nos termos do disposto na Apólice.

Acidente

O acontecimento fortuito, súbito e imprevisto devido a causa exterior e violenta, estranha à vontade do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura e que nesta origine lesões corporais passíveis de constatação médica objetiva. São equiparadas a acidente o afogamento, as inalações de gases ou vapores e o envenenamento.

Acidente, Doença ou Gravidez Pré-existentes

Qualquer acidente que tenha ocorrido ou qualquer doença ou gravidez que se tenham manifestado em data anterior à do início do Contrato ou das Adesões, se posteriores.

Agregado Familiar

O cônjuge ou equiparado do titular e/ou os filhos, adotados e enteados menores e os maiores a seu cargo, desde que com ele vivam em comunhão de mesa e habitação.

Para efeitos desta apólice, só são considerados os filhos, adotados ou enteados, desde que não tenham mais de 25 anos de idade, não exerçam profissão remunerada e não tenham contraído matrimónio.

Podem ainda ser considerados parte do agregado familiar, outras pessoas não mencionadas acima, em regime excecional e com a devida aprovação da Allianz Portugal.

Apólice

Documento que titula o contrato de seguro, constituído pelas respetivas Condições Gerais, Especiais e Particulares ou Certificado Individual de Seguro, a Proposta de Seguro, o Questionário Individual de Saúde e a documentação de carácter clínico necessária à aceitação dos riscos por parte da Allianz Portugal, bem como as Atas Adicionais posteriores.

Ata Adicional

É o documento pelo qual se introduzem alterações às condições do seguro, o qual fará parte integrante do contrato.

Atos de Enfermagem

Serviços prestados pelo Profissional de Saúde (Enfermeiro/a), sendo diferenciados entre ato simples ou complexo. O tipo de ato identificar-se-á mediante o carácter técnico do ato, quantidade e custo dos consumíveis utilizados na sua execução e o tempo despendido pelo profissional de saúde.

C.A.N.V.R.A.M.

Tabela designada por Código Allianz de Nomenclatura e Valores Relativos dos Atos Médicos, que inclui todos os atos médicos valorizados em número de "k" (fator indicativo da complexidade de cada ato médico), que corresponde ao antigo e último C.N.V.R.A.M. publicado pela Ordem dos Médicos.

Capital ou Limite Seguro

Valores máximos comparticipados pela Allianz Portugal, relativos a despesas de saúde efetuadas pelas Pessoas Seguras na rede de prestadores ou fora dela. Estes máximos encontram-se fixados em cada cobertura.

Cartão de Saúde Allianz

Cartão, pessoal e intransmissível, que identifica a Pessoa Segura perante a Allianz Portugal e a Rede de Prestadores, de modo a permitir-lhe o acesso aos serviços prestados nas Redes, devendo ser apresentado juntamente com um documento de identificação com fotografia.

Certificado de Seguro

Documento que confirma que o Allianz Portugal aceitou a proposta de seguro e que vigora como comprovativo de seguro até que o Tomador do Seguro receba a apólice e efetue o pagamento do prémio.

Cirurgia

Todo o ato médico inserido no capítulo "Cirurgia" do C.A.N.V.R.A.M. e aí valorizado com mais de 50 K's. Equiparam-se a cirurgias, para efeitos da Apólice, os atos médicos classificados no C.A.N.V.R.A.M como técnicas invasivas, diagnósticas ou terapêuticas, do foro cardiovascular.

Cobertura ou Garantia

Conjunto de situações cuja verificação determina o pagamento decorrente de uma prestação de serviços pelo Allianz Portugal ao abrigo do contrato.

Coeficiente K

Coeficiente de ponderação para a valorização de atos médicos, utilizado no Código de Nomenclatura e Valor Relativo de Atos Médicos, publicado pela Ordem dos Médicos.

Condições Especiais

Disposições que complementam, especificam e esclarecem as Condições Gerais, prevalecendo sobre estas na interpretação dos termos contratuais.

Condições Gerais

Disposições que definem os princípios gerais do contrato e o seu enquadramento.

Condições Particulares

Cláusulas que complementam as Condições Gerais e Especiais de um 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.

Copagamento ou Franquia

A parte das despesas médicas que fica a cargo das Pessoas Seguras, quer seja na rede de prestadores (copagamento), quer seja fora da rede (franquia) e cujo montante ou percentagem se encontra estipulado em cada cobertura (ver quadro de Coberturas nas Condições Particulares).

Cuidados de Urgência

O primeiro tratamento prestado num banco de urgências de um hospital ou clínica, imediatamente após ter-se manifestado a condição clínica que determinou a urgência.

Despesas de Saúde

Despesas efetuadas pela Pessoa Segura, relativas a Serviços Clinicamente Necessários prestados durante a vigência do Contrato.

Doença

A alteração involuntária do estado de saúde, não causada por acidente e passível de constatação médica objetiva.

Doença Manifestada

Toda a doença que tenha sido objeto de um diagnóstico inequívoco ou que, com suficiente grau de evidência, se haja revelado, tenha ou não dado lugar ao respetivo tratamento.

Doença Oncológica

Doença caracterizada pela existência de um tumor maligno resultante da proliferação descontrolada de células malignas, classificada de acordo com o ICD (International Classification of Diseases) e confirmada por diagnóstico histológico, comunicado ao Médico da Allianz Portugal por relatório médico circunstanciado, acompanhado dos respetivos exames auxiliares de diagnóstico.

Doença ou Malformação Congénita

Doença e/ou malformação que se diagnostica ou identifica durante a gravidez e até 30 dias após o nascimento.

Doença Súbita

Doença manifestada após o início do Contrato que exija, no momento em que se manifesta pela primeira vez, cuidados de urgência em hospital ou clínica, em regime de ambulatório ou internamento.

Estorno

Devolução ao Tomador do Seguro, da totalidade ou de uma parte do prémio do seguro já pago.

Exclusão

Cláusula de um contrato de seguro que procede à delimitação negativa do âmbito da cobertura, isto é, define aquilo que o Allianz Portugal não cobre.

Hospital ou Clínica

Estabelecimento de saúde privado, dotado de uma direção técnica e de uma administração própria, oficialmente reconhecido como destinado e habilitado ao tratamento, em regime de ambulatório ou de hospitalização, de doentes, acidentados ou grávidas e recém-nascidos, onde médicos e enfermeiros diplomados asseguram uma assistência permanente - médica, cirúrgica e de enfermagem - durante 24 horas por dia. Excluem-se expressamente termas, sanatórios, casas de repouso, lares de terceira idade, Residências Assistidas, centros de tratamento de toxicodependentes e alcoólicos.

Salvo para efeitos da Cobertura de Oncologia, se subscrita, excluem-se igualmente as Unidades de Cuidados Continuados, Unidades de Cuidados Paliativos, Unidades de Convalescença, e outros estabelecimentos similares.

Hospitalização

Todo o internamento de uma Pessoa Segura, num hospital ou clínica que origine, pelo menos, 1 diária hospitalar, para tratamento médico, cirúrgico ou para diagnóstico, por causa abrangida pela Apólice se a hospitalização for clinicamente indispensável. Não é considerado o recobro, ainda que consequente de ato médico incluído na cobertura. Não se consideram dias de hospitalização aqueles que ocorrerem após alta médica.

Medicamentos

Os produtos registados no INFARMED com essa classificação.

Médico/Médico Dentista

O licenciado por uma Faculdade de Medicina ou Medicina Dentária legalmente autorizado a exercer a profissão e cuja especialidade e inscrição sejam reconhecidas pelo organismo competente do País onde a exercem (sendo especificamente em Portugal, a Ordem dos Médicos ou a Ordem dos Médicos Dentistas).

Parto

Inclui Parto Normal, a Cesariana e a Interrupção Involuntária da Gravidez, realizados em Hospital ou Clínica.

Percentagem de Comparticipação

A percentagem que incidindo sobre o valor apresentado à Allianz Portugal para comparticipação e já deduzido de eventuais copagamentos ou franquias, determina a parte da despesa a cargo da Allianz Portugal.

Período de Carência

Espaço de tempo, fixado para cada cobertura, que decorre entre o início do Contrato ou a data de admissão de uma Pessoa Segura, se posterior, e a data em que podem ser acionadas determinadas coberturas do seguro, para essa Pessoa Segura, estipulado na Apólice.

As despesas de saúde abrangidas por cada uma das coberturas subscritas só se encontram cobertas pela apólice após decorrido o respetivo período de carência definido nas Condições Particulares.

Pessoa segura

Pessoa no interesse da qual o contrato é celebrado e cuja saúde se segura.

Pré-Autorizações

Processo de análise dos tratamentos e serviços solicitados para a Pessoa Segura, em que a Allianz Portugal avalia a respetiva necessidade médica e decide sobre os termos de aprovação dos mesmos.

Pré-comparticipação

Comparticipação prévia assumida por um sub-sistema de saúde.

Prémio

Preço do seguro, ou seja, é o valor total, incluindo taxas e impostos, que o Tomador do Seguro deve pagar ao Allianz Portugal pelo seguro.

Prestações na Rede

Serviços garantidos pelo contrato de seguro, realizados em prestadores da Rede Allianz, nos quais a Comparticipação das despesas saúde é garantida diretamente pela Allianz Portugal e a Pessoa Segura suporta o valor dos Copagamentos estando o respetivo acesso sujeito aos critérios de utilização definidos pela Allianz Portugal, incluindo a Autorização para atos e procedimentos nos termos do disposto na Apólice.

Prestações por Reembolso

Despesas com cuidados de saúde garantidas pelo contrato de seguro e pagas pela Pessoa Segura ou Tomador aos prestadores de cuidados de saúde fora da Rede Allianz, sendo posteriormente reembolsadas pela Allianz Portugal nos termos constantes nesta Apólice.

Proposta de Seguro

Declarações prestadas pelo Proponente recolhidas em formulário ou ecrãs disponibilizados pela Allianz Portugal através das quais o tomador do seguro expressa a vontade de celebrar o contrato de seguro e dá a conhecer ao Allianz Portugal o risco que pretende segurar.

Próteses e Ortóteses

Os dispositivos que substituem, total ou parcialmente a função de um órgão ou membro (Prótese) ou auxiliam a cumprir, no todo ou em parte, a sua função (Ortótese).

Próteses Intracirúrgicas

Aparelho que substitui a função de um órgão ou membro, na totalidade ou em parte, cuja colocação se efetua através de um ato cirúrgico.

Questionário Individual de Saúde

O formulário através do qual cada proponente declara os elementos necessários à avaliação do risco pelo Allianz Portugal, cujo preenchimento e assinatura pela Pessoa Segura equivale a declaração pessoal exata relativa aos seus dados de saúde.

Redes Médicas Allianz

Conjunto de prestadores com os quais existe um acordo para a prestação de serviços às Pessoas Seguras e compreende nomeadamente, médicos, hospitais, clínicas, centros de diagnósticos e outras unidades de saúde, bem como óticas.

A informação sobre os prestadores que integram as Redes (Rede Médica Allianz Saúde, Rede Médica Allianz Saúde Dental e Rede Allianz Saúde 55 Mais está disponível e permanentemente atualizada em <https://www.allianz.pt/servicos>.

Segurador

Entidade legalmente autorizada a exercer a atividade Seguradora a e que é parte no contrato de seguro. Para efeitos do presente contrato o Segurador é a Allianz Portugal.

Serviços Clinicamente Necessários

Bens, serviços ou cuidados de saúde:

- Necessários para o tratamento de uma situação de doença, gravidez ou acidente, manifestadas ou ocorrido na vigência da Adesão de uma Pessoa Segura;
- Adequados à situação diagnosticada;
- De reconhecida validade clínica;
- Prescritos e/ou realizados por médico ou outros profissionais de saúde;
- Prestados da forma mais eficiente em termos de custo e mais adequada ao tipo de serviço a prestar;
- Cujo principal objetivo não seja o conforto ou conveniência da Pessoa Segura, da sua família e do médico ou outros prestadores de cuidados de saúde;
- Cujo local de prestação - domicílio da Pessoa Segura, consultório médico, centro de cuidados ambulatoriais, hospital, em regime de ambulatório ou em regime de internamento - seja o mais adequado à situação diagnosticada.

Serviços de Assistência

Apoio informativo e de serviços prestado, por conta da Allianz Portugal, através de uma empresa de assistência, a favor das Pessoas Seguras, de acordo com o previsto na apólice.

Sinistro

O evento ou série de eventos suscetível de acionar as coberturas do contrato, considerando-se como um único sinistro o evento ou série de eventos resultante de uma mesma causa.

Titular

Pessoa no interesse da qual é feito o contrato de seguro e em relação à qual se estabelecem as relações familiares.

Tomador do Seguro

A pessoa ou entidade que contrata com a Allianz Portugal, sendo responsável pelo pagamento do prémio.

Transplante

Colocação, no organismo de um indivíduo, de órgão, tecido ou células, provenientes quer do próprio indivíduo, quer de outro indivíduo, com finalidade terapêutica ou para correção de alteração morfológica.

Tratamentos Oncológicos

Quimioterapia e Radioterapia em Regime Ambulatório): Quimioterapia: a terapêutica das doenças malignas efetuada com citostáticos, imunomoduladores e anti hormonas.

Radioterapia: os tratamentos de radioterapia aplicados às doenças malignas.

Unidade de Cuidados Continuados

Unidade de Saúde com capacidade para prestar cuidados clínicos de reabilitação, na sequência de internamento hospitalar originado por situação clínica aguda, recorrência ou descompensação de processo crónico, que tem por finalidade a estabilização clínica e funcional, a avaliação e reabilitação integral da pessoa com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável e que não necessita de cuidados hospitalares agudos.

Unidade de Cuidados Paliativos

Unidade de Saúde com capacidade para acompanhamento, tratamento e supervisão clínica a doentes em situação clínica complexa e de sofrimento decorrentes de Doença severa e/ou avançada, incurável e progressiva.

Urgência Médica

Condição clínica grave manifestada subitamente relativamente à qual qualquer pessoa, mesmo que leiga em assuntos médicos, reconheça a necessidade de recurso imediato a cuidados médicos profissionais, sob pena de poderem produzir-se os seguintes efeitos: Sério agravamento do estado de saúde; Comprometimento das funções corporais; Disfunção orgânica grave; Em caso de gravidez, danos na saúde do feto.

Cláusula 2 – Objeto do Contrato

1. O presente Contrato garante à pessoa segura, em resultado de acidente, doença ou gravidez, conforme contratado, e definido nestas Condições Gerais, nas Condições Especiais e nas Condições Particulares, um conjunto de coberturas no domínio dos cuidados de saúde, que pode integrar conjunta ou isoladamente.
 - a) Acesso à rede Allianz;
 - b) Prestações na Rede (Convencionada);
 - c) Prestações por reembolso.
2. Os pagamentos das prestações na Rede e das prestações por Reembolso por parte da Allianz Portugal, relativas a cada Pessoa Segura e cada uma das coberturas do Contrato, concorrem para o mesmo limite anual seguro fixado, para cada cobertura, conforme indicado na tabela “Coberturas” das Condições Particulares da Apólice.
3. Sem prejuízo do fixado no nº 5 da Cláusula 14 destas Condições Gerais, a Allianz Portugal garante estritamente, o pagamento das prestações na Rede ou por Reembolso ocorridas durante a vigência do contrato e/ou adesão, devidas por acidente, doença ou gravidez manifestada durante o mesmo período;
4. O presente contrato garante exclusivamente as coberturas definidas na tabela “Coberturas” das Condições Particulares, em função das opções de subscrição do Tomador de Seguro.
5. O contrato de seguro não garante quaisquer despesas médicas ou de medicamentos reclamadas pelo Serviço Nacional de Saúde.

Cláusula 3 – Âmbito das Coberturas

O contrato de seguro pode garantir, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares da Apólice, as seguintes coberturas:

Hospitalização e Cirurgia e Parto	Dental
Hospitalização e Cirurgia (sem Parto) – Acesso Rede	Assistência em Portugal
Hospitalização e Cirurgia (sem Parto)	Assistência em Viagem
Parto – Acesso Rede	Cobertura Médica Internacional por Doenças Graves
Próteses e Ortóteses Não Oculares	Subsídio Diário de Hospitalização
Próteses e Ortóteses Não Oculares – Acesso Rede	Subsídio Diário de Deslocação
Próteses e Ortóteses Oculares	2ª Opinião Médica
Próteses e Ortóteses Oculares – Acesso Rede	Estomatologia
Assistência Ambulatória Completa	Medicamentos
Assistência Ambulatória – Acesso Rede	Oncologia
	Assistência Sénior

As coberturas efetivamente contratadas, para cada pessoa segura, constam na tabela “Coberturas” das Condições Particulares e dependem do módulo subscrito.

Cláusula 4ª - Exclusões Gerais

1. Para além das exclusões apresentadas nas coberturas, ficam excluídas do âmbito do contrato:
 - a) Despesas médicas efetuadas com uma doença pré-existente, declarada ou não à Allianz Portugal, bem como das doenças e/ou sintomas que clinicamente se comprove serem relacionadas com ela;
 - b) Despesas com o tratamento de lesões resultantes de um acidente pré-existente;
 - c) Despesas com o controlo de uma gravidez pré-existente ou do parto subsequente, bem como com o tratamento de eventuais doenças daquelas resultantes;
 - d) Despesas relacionadas com atos médicos, bens ou serviços garantidos no âmbito de Coberturas não subscritas pelo Tomador do Seguro e, por essa razão, não abrangidas pelo presente Contrato;
 - e) Despesas não consideradas como Serviços Clinicamente Necessários, incluindo, entre outras, todas as despesas de natureza particular (telefone, aluguer de TV, etc.), e aquelas não diretamente relacionadas com os atos médicos abrangidos pelo Contrato, assim como despesas com acompanhantes, exceto em caso de hospitalização de crianças de idade inferior a 12 anos;
 - f) Despesas com cintas, ligaduras, perucas (mesmo quando o seu uso for considerado necessário durante um tratamento de quimioterapia), sapatos ortopédicos, salvo no que diz respeito à correção, meias ou collants de descanso, cintas ortopédicas, fraldas, fundas inguinais para hérnias, colchões ortopédicos, aparelhos de ar condicionado, purificadores de ar, equipamentos de suporte e terapia ventilatória em ambulatório e outros equipamentos ou artigos similares aos referidos;
 - g) Tratamentos, cirúrgicos ou outros, considerados experimentais ou de investigação;
 - h) Despesas resultantes de tratamentos em termas, sanatórios, casas de repouso, lares de terceira idade, centros de tratamento de toxicod dependentes e alcoólicos, unidades de cuidados continuados, paliativos, convalescença, residências assistidas e outros estabelecimentos similares e de consultas ou tratamentos realizados no âmbito de especialidades não reconhecidas pela Ordem dos Médicos, tais como, entre outras, homeopatia, osteopatia, fitoterapia, quiroterapia;
 - i) Despesas resultantes de enfermagem privativa (prestada em Hospital ou Clínica) e quaisquer outras despesas realizadas no domicílio (exceto as que se encontram previstas através da Cobertura de Assistência em Portugal);
 - j) Despesas de tratamento de doenças epidémicas declaradas oficialmente e/ou despesas com doenças de declaração obrigatória, em situação de epidemia;
 - k) Despesas de tratamento ou correção de anomalias, malformações ou doenças congénitas ou de etiopatogenia congénita, independentemente da data de manifestação dos sintomas, exceto relativas a crianças nascidas durante a vigência do Contrato, desde que, o mesmo esteja em vigor há pelo menos 6 meses, e as crianças sejam incluídas antes de completarem 60 dias de idade;
 - l) Despesas com o tratamento de perturbações do foro da saúde mental, nomeadamente psicoses, como é o caso, entre outras, das esquizofrenias e das psicoses afetivas, e doenças de adição como, por exemplo, o alcoolismo e a toxicod dependência, salvo expressa convenção em contrário relativa a consultas de psiquiatria.
 - m) Excluem-se ainda despesas decorrentes de assistência de psicologia, consultas ou tratamentos de psicanálise, psicoterapia, hipnose e terapia do sono;
 - n) Despesas resultantes de doenças ou lesões adquiridas pela Pessoa Segura por ter consumido ou agido sob influência de bebidas alcoólicas, estupefacientes e outras drogas ou produtos tóxicos não prescritos por médico;
 - o) Despesas resultantes de transplante de órgãos e suas consequências; estas despesas apenas serão garantidas no âmbito da Cobertura Médica Internacional, se contratada;
 - p) Despesas resultantes de exames de rotina para rastreio sistemático de doenças (Check-Up). Consideram-se exames de rotina aqueles que, sendo prescritos por médicos, não se destinem à confirmação de uma hipótese diagnosticada ou verificação da evolução de um tratamento;
 - q) Despesas resultantes de ginástica, hidroginástica e outros desportos realizados em piscina ou massagens, ainda que prescritos por médico;

Cláusula 4ª - Exclusões Gerais (continuação)

- r) Despesas relativas a quaisquer atos médicos do foro estético, plástico ou reconstrutivo, e as suas complicações, nomeadamente e entre outros, mamoplastias, abdominoplastias, rinoplastias, extração de nervos, sinais, quistos ou lipomas; salvaguardam-se desta exclusão os atos médicos exigidos por acidente ocorrido na vigência do Contrato ou doença maligna confirmada por exame anatomopatológico e manifestada na vigência do Contrato;
- s) Consultas, tratamentos ou cirurgias para correção de obesidade, quaisquer que sejam as indicações clínicas ou cirúrgicas;
- t) Despesas resultantes de tratamentos de esclerose de varizes;
- u) Despesas com o tratamento da roncopatia e da síndrome da apneia obstrutiva do sono, salvaguardando-se os casos com índice de apneia e hipopneia grave (superior a 30);
- v) Despesas com mesoterapia; despesas com cinesiterapia, salvo em caso de doença respiratória; despesas com terapia da fala, salvo se motivada por situação pós-cirúrgica diretamente relacionada ou acidente vascular cerebral e situações traumáticas de origem maxilo-facial e craneo-encefálica;
- w) Despesas relativas ou decorrentes de situações de infertilidade e de atos médicos praticados no âmbito da reprodução assistida, como sejam, entre outros, consultas, testes, tratamentos de infertilidade, métodos de fecundação artificial, fertilização in vitro ou procedimentos de transferência embrionária bem como as consequências que a aplicação de tais métodos venha a produzir na saúde da Pessoa Segura;
- x) Despesas resultantes do Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (S.I.D.A.), ou das doenças resultantes dele ou do seu tratamento, incluindo a doença conhecida como “Kaposis Sarcoma”, bem como de hepatites virais e suas consequências;
- y) Despesas resultantes de tratamentos cirúrgicos refrativos à miopia, astigmatismo e hipermetropia, salvo se a patologia oftalmológica tiver sido manifestada durante a vigência do Contrato e o número de dioptrias for superior a 4;
- z) Despesas resultantes de tratamentos de hemodiálise;
- aa) Despesas efetuadas para efeitos de contraceção, tais como laqueação de trompas, vasectomia, colocação e extração de DIU, ou outros tratamentos anticoncepcionais, bem como, por outro lado, despesas efetuadas com o objetivo de reverter os efeitos de uma cirurgia de esterilização voluntariamente realizada, assim como eventuais complicações decorrentes;
- bb) Despesas efetuadas com Interrupção Voluntária da Gravidez e/ou com consultas médicas e de aconselhamento relacionadas;
- cc) Despesas efetuadas com mudança de sexo ou relativas a qualquer tratamento por desordens de género;
- dd) Assistência e tratamento hospitalar por razões de carácter e conveniência social;
- ee) Despesas com vacinas de qualquer tipo e medicamentos;
- ff) Despesas com transportes de qualquer tipo (Ambulância ou outros), de e para os locais onde são prestados os cuidados médicos, salvaguardando os garantidos pelo Serviço de Assistência em Portugal e em Viagem;
- gg) Análises e Técnicas laboratoriais de estudo do genoma humano, assim como qualquer outro elemento de carácter preditivo relacionado com o mesmo;
- hh) Despesas com consultas ou exames complementares de diagnóstico necessários à emissão de certificados, carta de condução, vistos, etc. ou entrega de qualquer documento ou relatório médico que não tenha uma clara função assistencial;
- ii) Despesas resultantes de acupuntura, exceto quando a mesma seja praticada para efeitos de anestesia e relacionada com uma intervenção cirúrgica garantida pelo Contrato;
- jj) Despesas relacionadas com Doenças de Desenvolvimento e respetivas consultas;
- kk) Despesas resultantes de acidentes de aeronaves se:
 - i. A Pessoa Segura for piloto, mecânico ou membro da tripulação; e
 - ii. A aeronave não fizer parte duma Companhia Comercial legalmente constituída; e
 - iii. A aeronave não estiver autorizada para o transporte de passageiros.

Cláusula 4ª - Exclusões Gerais (continuação)

- l) Despesas resultantes de acidentes sofridos pela Pessoa Segura enquanto:
- i. Participando em provas desportivas e respetivos treinos que envolvam a utilização de veículos com ou sem motor;
 - ii. Conduzindo qualquer veículo com o objetivo de testar ou verificar a sua segurança, força ou velocidade;
 - iii. Praticando alpinismo e escalada; slide e rappel; espeleologia, Para-quedismo, incluindo a prática de queda livre, parapente e asa delta, desportos aéreos, prática de desportos terrestres motorizados, BTT, desportos praticados sobre a neve e gelo, natação subaquática, mergulho e caça submarina, moto-naútica e esqui aquático, desportos náuticos praticados sobre prancha, descida de torrentes ou correntes originadas por desníveis nos cursos de água, pugilismo, artes marciais e luta, hipismo, caça de animais ferozes ou que reconhecidamente sejam considerados perigosos, tauromaquia e largada de touros e outros desportos de análoga perigosidade;
 - iv. Despesas resultantes de afeções, lesões e complicações decorrentes do uso e colocação de piercings, brincos, tatuagens, etc., cujos procedimentos tenham sido realizados na vigência ou fora dela;
- mm) As despesas resultantes de acidentes ou doenças que ocorram em consequência de:
- i. Cataclismos da natureza, tais como ventos ciclónicos, terramotos, maremotos, outros fenómenos análogos nos seus efeitos e ainda ação de raio;
 - ii. Distúrbios laborais, tumultos e quaisquer outras alterações da ordem pública, rebelião, atos de terrorismo e sabotagem ou insurreição, revolução, guerra civil, invasão e guerra declarada ou não contra país estrangeiro, hostilidades entre nações estrangeiras, quer haja ou não declaração de guerra, e atos bélicos provenientes direta ou indiretamente dessas hostilidades;
 - iii. Transmutação de núcleos do átomo, ou radiações provocadas por aceleração artificial de partículas atómicas;
 - iv. Exercício pela Pessoa Segura de uma qualquer atividade profissional, remunerada ou não, ou da frequência de cursos de formação profissional, ou seja, não se encontram garantidos por este Contrato os acidentes de trabalho ou as doenças profissionais.
 - v. Acidentes ou Doenças ao abrigo de coberturas em Seguros Obrigatórios.
2. Sem prejuízo do disposto nos números e alíneas anteriores, serão também consideradas para efeitos do Contrato, as exclusões específicas de cada cobertura, e que se encontram indicadas nas Condições Especiais.
3. Ficam ainda excluídas as despesas de Cirurgia e Hospitalização e Parto em que o valor dos honorários ultrapasse o valor unitário do "K" estabelecido nas condições particulares, independentemente do seu montante total poder estar dentro dos limites anuais de capital seguro para a respetiva cobertura.
4. Sem prejuízo das exclusões mencionadas, ficam sempre excluídas da garantia do presente Contrato as consequências de atos do Aderente do Seguro e/ou da Pessoa Segura praticados com a expressa intenção de fazer funcionar as garantias contratuais, nomeadamente:
- i. Ato do Aderente do Seguro com prejuízo intencional da integridade física da Pessoa Segura;
 - ii. Suicídio ou tentativa de suicídio da Pessoa Segura, bem como outros atos intencionais praticados sobre si própria;
 - iii. Atos praticados pela Pessoa Segura, intencionalmente ou com negligência grave, designadamente atos temerários, apostas ou desafios;
 - iv. Ato criminoso ou contrário à ordem pública de que o Aderente do Seguro seja autor material ou moral ou de que seja cúmplice;
 - v. Intervenção em rixas, salvo em legítima defesa, própria ou alheia, de bens e pessoas.
 - vi. Ação ou omissão da Pessoa Segura, influenciada pelo uso de estupefacientes (sem prescrição médica) ou bebidas alcoólicas de que resulte grau de alcoolemia igual ou superior àquele que, em caso de condução sob o efeito do álcool, determine a prática de contraordenação ou crime;
 - vii. Ações praticadas por qualquer pessoa pela qual seja civilmente responsável o Aderente do Seguro ou a Pessoa Segura.

Cláusula 4ª - Exclusões Gerais (continuação)

4. Esta apólice não proporciona qualquer cobertura ou benefício, na medida em que esta cobertura, benefício, negócio subjacente, ou atividade viole qualquer lei ou regulamento da ONU, da União Europeia ou qualquer outra lei ou regulamento que, sendo aplicável na ordem jurídica portuguesa, preveja Sanções Económicas ou Comerciais.

Cláusula 5ª - Âmbito Territorial

1. Salvo convenção em contrário, expressa para cada cobertura nas Condições Especiais e/ou Particulares da Apólice, o Contrato é válido:
 - i. Para os cuidados de saúde prestados em Portugal e Espanha e, estritamente no que diz respeito à Cobertura Dental quando subscrita, Itália.
 - ii. As despesas realizadas fora de Portugal só são garantidas em regime de prestação por reembolso, com exceção da cobertura Dental, que só estão garantidas quando realizadas num prestador convencionado da Rede Dental.
 - iii. Em caso de acidente ocorrido ou de doença súbita manifestada durante deslocação a qualquer outro país, de duração não superior a 30 dias, o âmbito territorial é extensível a esse país, devendo ser acionada obrigatoriamente, se contratada, a cobertura de Assistência em Viagem.
 - iv. Se o montante da cobertura de Assistência em Viagem for insuficiente, a Allianz Portugal garante o remanescente exclusivamente em prestações por reembolso, até ao limite do capital disponível na cobertura correspondente.
 - v. As coberturas de subsídio diário são válidas para hospitalizações efetuadas em todo o mundo.
2. A Allianz Portugal reembolsará ainda as despesas realizadas fora de Portugal e Espanha no caso de situações patológicas especiais, justificadas por médico especialista, mediante pré-autorização por escrito da Allianz Portugal.

Cláusula 6ª - Declaração Inicial de Risco

1. O Tomador do Seguro e a Pessoa Segura estão obrigados, antes da celebração do contrato a declarar com exatidão todas as circunstâncias que conheçam e razoavelmente devam ter por significativas para a apreciação do risco pela Allianz Portugal.
2. O disposto no número anterior é igualmente aplicável a circunstâncias cuja menção não seja solicitada em questionário fornecido pela Allianz Portugal.
3. O contrato é anulável, nos termos e com as consequências previstas na Lei, em caso de incumprimento doloso do disposto no nº 1.
4. Em caso de incumprimento com negligência do disposto no nº 1, a Allianz Portugal pode optar pela cessação ou alteração do contrato, nos termos e com as consequências previstas na Lei.

Cláusula 7ª - Início e Duração do Contrato

- Desde que o Prémio ou fração inicial seja pago, o contrato produz os seus efeitos a partir das zero horas do dia imediato ao da aceitação da Proposta pela Allianz Portugal. 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 pela Allianz Portugal.
- Tratando-se de Tomador do Seguro que seja uma pessoa singular, o contrato considera-se, nos termos legais, aceite no 14º dia a contar da data de receção da Proposta pela Allianz Portugal, a menos que, entretanto, o proponente a Tomador do Seguro seja notificado das condições específicas de aceitação ou da recusa, ou da necessidade de recolher elementos adicionais, considerados essenciais para a avaliação do risco. A aceitação será confirmada pela Allianz Portugal através da emissão do Cartão Rede Allianz e respetivas Condições Particulares.
- 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 renovável.**
- Quando o contrato for celebrado por um período de tempo determinado, os seus efeitos cessam às 24 horas do último dia do referido período.**
- Quando o contrato for celebrado por um ano a continuar pelos seguintes será automaticamente renovado por igual período, salvo denúncia de qualquer das partes nos termos legais, com uma antecedência mínima de 30 dias em relação ao termo da anuidade ou em caso de não pagamento do prémio da anuidade seguinte ou da primeira fração deste.**
- As coberturas contratadas, os respetivos Períodos de Carência, Franquias, Copagamentos e os valores máximos indemnizáveis, de acordo com o previsto nas presentes Condições Gerais e nas Condições Especiais, estão identificados nas Condições Particulares da Apólice.**

Cláusula 8ª - Condições de Adesão, Início e Duração das Garantias

- Só podem ser aceites os candidatos a pessoas seguras, que preencham o questionário de saúde e cumpram cumulativamente os seguintes requisitos:**
 - Sejam membros do mesmo agregado familiar;
 - Ser residente em Portugal;
 - Possuir NIF português;
 - Cujo risco, emergente do respetivo estado de saúde, seja aceite pela Allianz Portugal;
 - Estar nos seguintes intervalos de idade:

	Pessoas Seguras	Adesão	Permanência
Base Mais Extra	Titular, Cônjuge ou Equiparado	Até 55 anos	Sem limite
	Titular, Cônjuge ou Equiparado	Dos 56 aos 65 anos	Até aos 75 anos
	Filhos ou Equiparados	Dos 0 aos 24 anos	Até aos 25 anos
Total	Titular, Cônjuge ou Equiparado	Até 55 anos	Sem limite
	Titular, Cônjuge ou Equiparado	Dos 56 aos 60 anos	Até aos 75 anos
	Filhos ou Equiparados	Dos 0 aos 24 anos	Até aos 25 anos
Dental	Titular, Cônjuge ou Equiparado	Sem limite	Sem limite
	Filhos ou Equiparados	Dos 0 aos 24 anos	Até aos 25 anos
55 Mais	Titular, Cônjuge ou Equiparado	A partir dos 55 anos	Sem limite

- Preenchidos os requisitos constantes do número anterior, a adesão do proponente a pessoa segura, está ainda dependente de aceitação pela Allianz Portugal, após avaliação do seu estado de saúde, a qual informará o Tomador do Seguro das situações de recusa ou das condições de aceitação.

Cláusula 8ª - Condições de Adesão, Início e Duração das Garantias (continuação)

3. **As garantias do contrato entram em vigor após o decurso dos Períodos de Carência, indicados para cada cobertura na Apólice, sendo os mesmos contados a partir da data de adesão de cada Pessoa Segura.**
4. Em caso de Acidente que implique recurso a uma urgência hospitalar não são aplicáveis os Períodos de Carência das coberturas afetadas.
5. Os períodos de carência indicados em cada cobertura para cada uma das coberturas não se aplicam a crianças nascidas durante a vigência do Contrato, na condição de que tenham sido incluídas no seguro durante os seus primeiros 60 dias de vida e desde que se trate de uma apólice/adesão com mais de 6 meses de vigência.
6. Durante a vigência do Contrato, o Tomador do Seguro pode pedir a inclusão de novas pessoas, sendo que as mesmas apenas serão admitidas ao Contrato se preencherem as condições de elegibilidade referidas neste artigo.

Cláusula 9ª - Alterações ao Contrato

1. Pela Allianz Portugal:
 - a) Nos Contratos celebrados por um ano e renováveis anualmente, a Allianz Portugal tem direito a ajustar o prémio em cada vencimento, para fazer face à sinistralidade da carteira de contratos da modalidade e à inflação dos custos de saúde.
 - b) Qualquer alteração de coberturas, Capitais, Franquias, Copagamentos e Prémios, para vigorar na anuidade seguinte, deverá ser comunicada pela Allianz Portugal, ao Tomador do Seguro, com uma antecedência mínima de 30 dias em relação à data de vencimento do contrato.
 - c) **O Tomador do Seguro dispõe de um prazo de 15 dias, a contar da receção, para aceitar ou recusar a proposta. Terminado o prazo, considera-se aprovada a alteração proposta caso venha a ser pago o Prémio correspondente à anuidade subsequente ou à primeira fração desta.**
 - d) Não sendo aceite a proposta pelo Tomador do Seguro, o contrato deverá ter-se por denunciado pela Allianz Portugal, para o termo da anuidade em curso.

2. Pelo Tomador do Seguro:

As alterações ao contrato, por iniciativa do Tomador do Seguro, dependem dos seguintes procedimentos:

- a) **A inclusão de Pessoas Seguras é solicitada mediante comunicação à Allianz Portugal, com preenchimento de Proposta e Questionário Individual de Saúde.**
- b) A inclusão de crianças nascidas durante a vigência do Contrato é aceite, mediante o pagamento do prémio respetivo, com efeitos na data de nascimento, sem preenchimento de questionário de saúde, na condição de que seja pedida por escrito até 60 dias após a data de nascimento. E só é aplicável a Contratos com 6 ou mais meses de vigência na Allianz Portugal e com módulo diferente de Dental e 55 Mais.
- c) A exclusão de Pessoas Seguras é solicitada mediante comunicação à Allianz Portugal, com uma antecedência mínima de 30 dias em relação à data de produção de efeitos. A Allianz Portugal procederá ao Estorno do Prémio pago relativo ao período não decorrido.
- d) A alteração do plano contratado é solicitada pelo Tomador do Seguro, mediante comunicação à Allianz Portugal, com uma antecedência mínima de 30 dias em relação à data de vencimento, no âmbito dos planos em comercialização.
- e) A partir da data de início do novo plano, são considerados Períodos de Carência relativos a novas coberturas ou a aumentos de Capital nas coberturas do plano anterior.
- f) O pedido de inclusão da Cobertura Médica Internacional por Doença Grave é sempre sujeito a um novo processo de aceitação clínica pelo que se exige o preenchimento de novos questionários de saúde relativamente a cada uma das Pessoas Seguras.
- g) Haverá, no entanto, lugar a alteração automática do Prémio do contrato, na data de renovação do mesmo, sem necessidade de qualquer comunicação prévia, sempre que se verifique mudança de escalão etário da Pessoa Segura, de acordo com a escala abaixo indicada:

0-5; 6-11; 12-13; 14-15; 16-20; 21-25; 26-30; 31-35; 36-40; 41-45; 46-50; 51-55; 56-60; 61-65; 66-70; 71-75; 76-80; >80

Cláusula 10ª - Pagamento do Prémio

1. A cobertura dos riscos ao abrigo do presente Contrato, depende do prévio pagamento do prémio.
2. O pagamento do Prémio anual de seguro pode, por acordo entre o Allianz Portugal e o Tomador do Seguro, ser repartido em frações mensais, trimestrais ou semestrais.
3. Vencimento do Prémio
 - i. O prémio inicial ou a primeira fração deste, é devido na data de celebração do contrato.
 - ii. As frações seguintes do prémio inicial, o prémio de anuidades subsequentes e as sucessivas frações deste são devidos nas datas estabelecidas no contrato.
 - iii. 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.
4. Modalidades de pagamento
 - i. O prémio de seguro é obrigatoriamente pago, através do sistema de débitos diretos.
 - ii. O pagamento por débito em conta fica subordinado à condição da não revogação posterior da autorização do débito por retratação do autor do pagamento no quadro de legislação especial que a permita.
5. **Consequências da falta de pagamento**
 - i. **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.**
 - ii. **A falta de pagamento do prémio de anuidades subsequentes, ou da primeira fração deste, na data do vencimento, impede a prorrogação do contrato. pelo que este não se renovará.**
 - iii. **A falta de pagamento determina a resolução automática do contrato na data do vencimento de:**
 1. **Uma fração do prémio no decurso de uma anuidade;**
 2. **Um prémio de acerto ou parte de um prémio de montante variável;**
 - iv. **O não pagamento, até à data do vencimento, de um prémio adicional desde que este decorra de um pedido do Tomador do Seguro para alteração da garantia que não implique agravamento do risco, determinará que a alteração fique sem efeito, mantendo-se as condições contratuais em vigor anteriormente àquele pedido, 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. Nos termos da Lei, a Allianz Portugal avisará o Tomador do Seguro, por escrito, até 30 dias antes da data em que os Prémios ou frações seguintes são devidos. Se, porém, tiver sido acordado o pagamento do Prémio em frações com periodicidade inferior à trimestral, a Allianz Portugal opta por não enviar o referido aviso, fazendo, nesse caso, constar de documento contratual as datas de vencimento das frações, os seus montantes e as consequências da falta de pagamento.
7. O Tomador do seguro indica na proposta que subscreve, o Número de Identificação Bancária (NIB) relativo à sua conta bancária que pretenda seja debitada pelo valor do Prémio e onde será igualmente creditada pelo valor das prestações da Allianz Portugal.

Cláusula 11ª - Direito de 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 o contrato sem necessidade de invocar justa causa, mediante comunicação por escrito, em suporte de papel ou outro meio duradouro disponível e acessível à Allianz Portugal.
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.

Cláusula 11ª - Direito de Livre Resolução (continuação)

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 a Allianz Portugal direito:
 - i. Ao valor do Prémio calculado pro rata temporis, ou seja, proporcionalmente ao tempo já decorrido, na medida em que tenha suportado o risco até à resolução do contrato;
 - ii. Ao montante das despesas razoáveis que tenha efetuado com exames médicos, sempre que esse valor seja imputado contratualmente ao Tomador do Seguro.

Cláusula 12ª - Resolução do Contrato e Exclusão da Pessoa Segura

1. O contrato de seguro pode ser resolvido por qualquer das partes, a todo o tempo, havendo justa causa, nos termos gerais.
2. A resolução do contrato por falta de pagamento do Prémio fica sujeita ao disposto nas disposições legais e contratuais aplicáveis.
3. A resolução do contrato produz os seus efeitos às 24 horas do próprio dia em que se verifique.
4. A Pessoa Segura poderá ainda ser excluída quando pratique atos fraudulentos em prejuízo do Allianz Portugal ou do Tomador do Seguro.
5. A exclusão da Pessoa Segura prevista no número 4 não tem eficácia retroativa e deve ser exercida pelo Allianz Portugal, com aviso prévio de 8 dias, por declaração escrita.

Cláusula 13ª - Estorno do Prémio

Quando, por força de alteração ou resolução do contrato, houver lugar, nos termos da Lei, a Estorno, este será calculado nos seguintes termos:

- a) Se a iniciativa for da Allianz Portugal, este devolverá ao Tomador do Seguro uma parte do Prémio, calculado proporcionalmente ao período de tempo não decorrido até à data do vencimento;
- b) Se a iniciativa for do Tomador do Seguro, a Allianz Portugal devolverá ao Tomador do Seguro uma parte do Prémio, calculado proporcionalmente ao período de tempo não decorrido até à data do vencimento, deduzida do custo de emissão da Apólice;
- c) Quando, no decurso de uma mesma anuidade, ocorrer um ou mais Sinistros, para efeito de cálculo do Prémio a devolver, atender-se-á apenas à parte do Capital Seguro que exceda o valor global das despesas a cargo da Allianz Portugal.

Cláusula 14ª - Termo das Coberturas para cada Pessoa Segura e Caducidade do Contrato

1. Tratando-se de seguro celebrado por um período de tempo certo e determinado o contrato caduca automaticamente na data do seu termo.
2. Tratando-se de seguro celebrado por um ano a continuar pelos anos seguintes, e sem prejuízo de outras situações previstas contratualmente, as coberturas concedidas pelo presente Contrato caducam em relação a cada Pessoa Segura quando ocorra Perda das condições de elegibilidade (quando a Pessoa Segura completar a idade limite estabelecida pela Allianz Portugal nas Condições Particulares).
3. As garantias deste Contrato cessam para os filhos, adotados ou enteados que completem os 25 anos, na data de vencimento anual imediatamente a seguir à data em que perfizeram os 25 anos. Neste caso, os filhos, adotados ou enteados, podem, no prazo de 30 dias após a cessação das garantias, subscrever um novo Contrato, com as condições e tarifa em aplicação à data, sem necessidade de preenchimento de novo questionário de saúde e sem que decorram novos períodos de carência para as garantias que vigoravam no anterior Contrato.
4. Sem prejuízo do ponto 3 anterior, as garantias do presente Contrato não cessam em função da idade das restantes Pessoas Seguras.
5. A Allianz Portugal garante, no caso de cessação da cobertura para uma Pessoa Segura, as despesas efetuadas até 60 dias após o termo da anuidade em causa para os casos de hospitalização pré-autorizada, cujo início ocorra dentro da última anuidade.

Cláusula 15ª - Responsabilidade da Allianz Portugal em Caso de Não Renovação do Contrato

1. Em caso de não renovação do contrato ou da cobertura e não estando o risco coberto por um contrato de seguro posterior, a Allianz Portugal fica, pelo período de 2 anos e até que se mostre esgotado o capital seguro disponível na anuidade em que o contrato cessar a sua vigência, com a obrigação de efetuar as prestações contratualmente devidas, em consequência de doenças manifestadas ou acidentes ocorridos durante o período de vigência da Apólice, desde que cobertos pelo seguro.
2. Para efeitos do disposto no número anterior da Allianz Portugal deve ser informado da doença nos trinta dias imediatos ao termo do contrato, salvo justo impedimento.
3. Em caso de não renovação do contrato ou da cobertura, as autorizações emitidas e ainda não utilizadas caducam automaticamente na data do termo do mesmo, sem prejuízo do estabelecido nos números anteriores da presente cláusula.

Cláusula 16ª - Obrigações da Allianz Portugal

Constituem obrigações da Allianz Portugal, para além de outras que resultem da lei ou do Contrato o cumprimento pontual dos seus compromissos perante o Tomador do Seguro e as Pessoas Seguras, nomeadamente:

1. Fornecer o Cartão de Saúde Allianz, bem como disponibilizar informações sobre os serviços das Redes.
2. Analisar com prontidão e diligência os pedidos de Autorização e Reembolso, decidindo sobre os mesmos o mais rapidamente possível a partir do momento em que forem recebidos todos os elementos necessários à sua apreciação.
3. Proceder ao reembolso das despesas garantidas, no prazo máximo de 30 dias a contar da data em que foi firmada a sua responsabilidade e efetuado o apuramento das Comparticipações a pagar, de acordo com o estipulado nas Condições Particulares. Se decorrido este prazo, a Allianz Portugal, na posse de todos os elementos indispensáveis ao pagamento das prestações, não tiver realizado essa obrigação, por causa não justificada ou que lhe seja imputável, incorrerá em mora, vencendo a indemnização juros à taxa legal em vigor.

Cláusula 17ª - Obrigações do Tomador do Seguro e da Pessoa Segura

1. Constitui obrigação do Tomador do Seguro, o pagamento à Allianz Portugal dos Prémios do seguro.
2. Constituem ainda obrigações do Tomador do Seguro e/ou da Pessoa Segura:
 - a) Tomar as medidas ao seu alcance para evitar o agravamento do Sinistro;
 - b) Participar o Sinistro ao Allianz Portugal, por escrito, nos 8 dias imediatos à sua ocorrência;
 - c) Realizar, sempre que solicitados, exames que serão suportados pela Allianz Portugal em Médicos por ela designados, cessando a responsabilidade do mesmo se o não fizer;
 - d) Autorizar, no âmbito de Sinistro que motive um pedido de prestação ou de reembolso por cuidados de saúde ao abrigo do contrato de seguro, os Médicos e outros profissionais ou instituições de saúde a que tenha recorrido, a prestar ao Médico que a Allianz Portugal designar, as informações por este solicitadas relativas ao seu estado de saúde e aos serviços clínicos prestados.
 - e) Informar, sem inexactidões ou omissões, a Allianz Portugal dos factos e circunstâncias que possam influir na sua capacidade de análise e decisão das condições de aceitação do risco que lhe é proposto. Esta obrigação é extensiva a circunstâncias cuja menção não tenha sido solicitada pela Allianz Portugal na Proposta de Seguro ou em outros Questionários eventualmente fornecidos pela Allianz Portugal;
 - f) Informar a Allianz Portugal da existência ou contratação de seguros relativos ao mesmo risco.

Cláusula 17ª - Obrigações do Tomador do Seguro e da Pessoa Segura (continuação)

- g) Informar a Allianz Portugal, com verdade e boa-fé, no prazo de 14 dias, a contar da data em que deles tenha conhecimento, se houve perda das condições de elegibilidade de uma ou várias Pessoas Seguras;
- h) Em caso de extravio do Cartão de Saúde Allianz, comunicar à Allianz Portugal, no prazo máximo de 48 horas, a fim de o mesmo ser anulado e proceder-se à emissão de um novo cartão.

Cláusula 18ª - Procedimentos em Caso de Sinistro

1. Em caso de sinistro garantido pelo presente Contrato, o Tomador do Seguro ou a Pessoa Segura devem, sob pena de responderem por perdas ou danos:
 - a) Para recurso à Rede Médica Allianz Saúde:
 - i. Selecionar um prestador da rede Allianz à sua escolha. Tratando-se de um hospital ou clínica, a Pessoa Segura deverá verificar se o chefe da equipe cirúrgica é aderente da rede, uma vez que, se tal não acontecer, as prestações relativas aos serviços de todos os elementos da equipe assumirão a natureza de prestações por reembolso, devendo a Pessoa Segura proceder ao pagamento direto desses serviços, pedindo posteriormente o seu reembolso à Allianz Portugal;
 - ii. Certificar-se que o médico que presta o serviço clínico pertence à rede Allianz.
 - iii. Apresentar o cartão de saúde Allianz no momento da admissão do serviço clínico a ser prestado;
 - iv. Proceder ao pagamento dos co-pagamentos devidos de acordo com as condições da sua apólice, bem como documento de identificação com fotografia.
 - b) Em caso de recurso a serviços fora da Rede Médica Allianz Saúde:
 - i. Proceder ao pagamento da totalidade das despesas diretamente ao Prestador;
 - ii. Enviar o pedido de reembolso à Allianz, no prazo máximo de 180 dias a contar da data de realização do ato médico, através das seguintes vias:
 - Ecliente
 - Email
 - Através do Mediador
 - Correio

Os contactos podem ser consultados no site institucional da Allianz, www.allianz.pt.

- iii. Independentemente do modo de envio escolhido, deverá enviar juntamente com o pedido:
 - Todos os documentos justificativos das despesas médicas realizadas, onde conste expressamente o nome do Prestador e da Pessoa Segura a que respeitam, a data de prestação dos atos médicos e discriminação detalhada dos serviços médicos prestados ou bens fornecidos e correspondente diagnóstico.
 - Prescrições médicas para exames auxiliares de diagnóstico, tratamentos realizados, óculos/lentes e outros bens adquiridos.
 - Em caso de hospitalização, com ou sem cirurgia, deverá ser também anexa uma declaração emitida pela entidade hospitalar onde a mesma teve lugar, especificando a sua duração, data e hora do internamento e da alta hospitalar, deverá ser também anexado relatório médico que justifique o motivo do internamento e/ou da cirurgia, evolução do doente durante o internamento e, apenas em caso de cirurgia, o relatório da análise anátomo-patológica da peça operatória, quando aplicável.
 - Quando a despesa médica apresentada tenha sido objeto de uma pré-comparticipação por outra entidade, deverão ser também entregues à Allianz Portugal, as cópias de todos os comprovativos das despesas efetuadas, bem como o documento original, passado pela entidade que procedeu à comparticipação, com indicação expressa dos valores da despesa e da comparticipação efetuada.

Cláusula 19ª - Sub-Rogação

1. Efetuado o pagamento da prestação, a Allianz fica sub-rogada, nos direitos da pessoa segura que esta detenha contra um terceiro que tenha provocado o sinistro, até à concorrência do valor da mesma.
2. A Pessoa Segura será responsável por quaisquer perdas e danos, causados por ato ou omissão voluntário praticado por si, que impeça ou prejudique o exercício desses direitos.

Cláusula 20ª - Comunicações e Notificações entre as Partes

1. As comunicações ou notificações que cada uma das partes faça à outra, no âmbito do presente contrato, só se consideram de plena eficácia quando feitas por escrito, ou por qualquer meio de que fique registo duradouro.
2. A Allianz Portugal só está obrigada a enviar as comunicações previstas no presente regime se o destinatário das mesmas estiver devidamente identificado no contrato, considerando-se validamente efetuadas se remetidas para o respetivo endereço constante da apólice.

Cláusula 21ª - Compensação de Créditos

No ato de pagamento de qualquer importância ao abrigo deste contrato, A Allianz Portugal, sempre que a Lei o permita, poderá proceder ao desconto de quaisquer quantias que lhe sejam devidas pelo Tomador do Seguro ou pela Pessoa Segura.

Cláusula 22ª - Dados Pessoais

1. O tratamento de dados pessoais é efetuado pela Allianz Portugal e pelos seus subcontratantes com o consentimento inequívoco do seu titular, sendo o seu tratamento necessário para a execução do contrato de seguro e para efeitos da gestão da prestação de cuidados ou tratamentos médicos ou de gestão de serviços de saúde e realizado por profissionais de saúde obrigados a sigilo ou por pessoas sujeitas igualmente a segredo profissional.
2. A Allianz Portugal é responsável pelo tratamento e garantia das medidas adequadas de segurança dos dados, com a finalidade prevista no número anterior, sendo assegurado às Pessoas Seguras o direito de acesso e de retificação dos mesmos.

Cláusula 23ª - Reclamações

1. Qualquer reclamação pode ser apresentada por correio, por meio eletrónico, ou telefonicamente, para o nosso Centro de Contacto com Clientes (através dos contactos referidos nas Condições Particulares).
2. Também pode recorrer ao Provedor do Cliente Allianz (através dos contactos referidos nas Condições Particulares), após 20 dias sem que tenha recebido resposta à reclamação apresentada, ou caso discorde da mesma (este prazo será prolongado para 30 dias nos casos de especial complexidade).
3. O Provedor do Cliente é um órgão independente, com o objetivo de analisar as reclamações dos Clientes e de dar conselhos/pareceres de forma imparcial.
4. Sem prejuízo do recurso aos Tribunais, o Aderente do Seguro, a Pessoa Segura e os Beneficiários também poderão solicitar a intervenção da ASF - Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões, através do sítio na Internet www.asf.com.pt, quando tenham alguma reclamação a apresentar relativamente ao Contrato.

Cláusula 24ª - Arbitragem

1. As divergências que possam surgir em relação à aplicação deste contrato de seguro podem ser resolvidas por meio de arbitragem, nos termos da Lei em vigor.
2. Em caso de litígio de consumo, definido nos termos do disposto na Lei n.º 144/2015, de 8 de setembro, o Centro de Resolução Alternativo (RAL) de Litígios especializado no setor Allianz Portugal é o CIMPAS - Centro de Informação, Mediação e Provedoria de Seguros. No entanto, a adesão da Allianz Portugal a este RAL será efetuada numa base casuística, e em função das matérias envolvidas em cada litígio.

Cláusula 25ª - Foro e lei aplicável

1. O foro competente para dirimir qualquer litígio emergente deste contrato é o determinado nos termos legais.
2. A lei aplicável ao contrato é a portuguesa.

Nas páginas seguintes estabelecem-se as condições que caracterizam e regulam o funcionamento das diversas Coberturas que podem ser garantidas no Contrato de seguro.

As coberturas efetivamente contratadas, para cada pessoa segura, constam na tabela “Coberturas” das Condições Particulares e resultam das opções de subscrição do Tomador do Seguro.

1. HOSPITALIZAÇÃO E CIRURGIA E PARTO – Módulo Total

A. O que está garantido?

1. Hospitalização e Cirurgia

Ficam garantidas as seguintes despesas:

- As diárias hospitalares, que incluem a utilização de cama ou quarto normal individual, a alimentação e serviços de enfermagem do piso de internamento;
- As diárias hospitalares de acompanhante, em caso de internamento de criança de idade inferior a 12 anos, que incluem a utilização de cama extra, pequeno-almoço e outras duas refeições diárias, desde que fornecidas pela unidade hospitalar;
- As despesas com assistência médica, cuidados de enfermagem (não privativa) e tratamentos, nomeadamente, entre outros, os tratamentos de quimioterapia, desde que estes, ainda que ligados às causas da hospitalização autorizada e realizados durante o respetivo período, não constituam por si só a razão do internamento;
- As despesas com a utilização da Unidade de Cuidados Intensivos;
- Os custos dos elementos auxiliares de diagnóstico ligados às causas da hospitalização autorizada e realizados durante o respetivo período;
- O custo com os medicamentos administrados ao doente durante o período de hospitalização e desde que relacionados com as causas da hospitalização autorizada. Encontra-se excluída a medicação fornecida pelo Hospital ou Clínica para utilização pela Pessoa Segura após alta hospitalar;
- Os custos com medicamentos administrados à Pessoa Segura durante e em virtude da cirurgia efetuada, exclusivamente no dia da sua realização;
- A deslocação de urgência da Pessoa Segura para um Hospital ou Clínica em veículo de emergência, bem como as deslocações da Pessoa Segura hospitalizada a/de outras unidades de cuidados de saúde, nomeadamente Hospitais ou Centros de Diagnóstico, em caso de falta de recursos diagnósticos e terapêuticos na unidade em que está hospitalizada, apenas são garantidas pela Apólice se efetuadas por meios fornecidos pela Allianz Portugal, excluindo-se todos os transportes, designadamente ambulâncias ou outros, providos pelos Hospitais ou outros não fornecidos pela Allianz Portugal;
- Os honorários do cirurgião;
- Os custos da equipa médico-cirúrgica, em função dos princípios gerais, quanto à formação da equipa de ajuda e respetivos honorários, constantes no C.A.N.V.R.A.N e listados a seguir:

Formação da equipa médica de ajudantes:

Cirurgia	51 a 150k	151 a 250k	Mais de 250k
Nº de Ajudantes	1	2	3
Honorários	máximo de 20% dos honorários do cirurgião;	custo máximo do primeiro ajudante de 20% dos honorários do cirurgião; custo máximo do segundo ajudante, 10% dos honorários do cirurgião;	custo máximo do primeiro ajudante de 20% dos honorários do cirurgião; custo máximo dos restantes ajudantes, 10% dos honorários do cirurgião.

1. HOSPITALIZAÇÃO E CIRURGIA E PARTO – Módulo Total

- k) Os custos relativos ao anestesista;
- l) Os custos da sala de operações (bloco) e reanimação e meios materiais de intervenção, de diagnóstico ou de terapêutica aplicados ou administrados durante o ato cirúrgico;
- m) As próteses intracirúrgicas;
- n) Os honorários do cirurgião, da equipa de ajudantes e do anestesista;
- o) As despesas com outros Serviços Clinicamente Necessários, prestados em resultado da cirurgia efetuada e no dia da mesma.

2. Parto

Estão garantidas as seguintes despesas de Parto:

- a) Os honorários do obstetra e, em caso de Cesariana, da equipa médico-cirúrgica;
- b) Os honorários da enfermeira parteira, exceto nas situações de Cesariana programada. Os honorários da enfermeira parteira são equiparados aos de um segundo ajudante de uma equipa médico-cirúrgica.
- c) O custo das instalações necessárias à realização dos atos, nomeadamente da sala de partos, bloco cirúrgico, sala de recobro;
- d) As diárias hospitalares relativas à Pessoa Segura parturiente, que incluem a utilização de quarto ou cama, a alimentação e os serviços de enfermagem do piso de hospitalização;
- e) Os custos com meios materiais de intervenção, de diagnóstico ou de terapêutica aplicados durante o ato cirúrgico e durante todo o período de hospitalização da parturiente;
- f) O custo com medicamentos quando administrados à Pessoa Segura parturiente, durante o período de hospitalização;
- g) As despesas com outros Serviços Clinicamente Necessários, prestados pelo Hospital ou Clínica e realizados à Pessoa Segura parturiente durante o período em que, clinicamente, se justifique a sua hospitalização.
- h) As despesas relativas ao recém-nascido, tais como os honorários do pediatra, as diárias e despesas com outros Serviços Clinicamente Necessários, prestados pelo Hospital ou Clínica, exclusivamente durante o período em que, clinicamente, se justifique a hospitalização da mãe.

B. O Que Não Está Garantido

1. Em caso de cirurgia ou ato médico equiparado programado, não são participáveis diárias anteriores ao dia em que ocorra a cirurgia, nem exames pré-operatórios.
2. Despesas relativas a cirurgias com um número de K não superior a 50.
3. Despesas respeitantes a tratamentos de estomatologia.
4. Despesas respeitantes a cirurgia maxilo-facial salvo se estes forem consequência de doença maligna manifestada durante a vigência da Apólice, não abrangida pela cobertura de Oncologia, ou de acidente que tenha exigido recurso a uma urgência hospitalar e que tenha ocorrido durante a vigência da Apólice.
5. Despesas abrangidas pela Cobertura de Oncologia, ainda que não garantidas pelo contrato por terem sido realizadas fora da Rede.

C. Regime de Prestações

Esta cobertura é garantida no regime de Prestações na Rede e no regime de Prestações por Reembolso, conforme indicado na tabela de Coberturas nas Condições Particulares. Adicionalmente, o cliente beneficiará do Acesso à Rede Médica Allianz Saúde, ficando a seu cargo a totalidade dos custos calculados em função dos preços negociados pela Allianz com os prestadores, durante os Períodos de Carência, se aplicáveis, ou quando excedido o capital da cobertura.

1. HOSPITALIZAÇÃO E CIRURGIA E PARTO – Módulo Total

D. Procedimento Para Acionar A Cobertura / Pré-Autorizações

1. Todos os cuidados de saúde garantidos ao abrigo da cobertura de Hospitalização e Cirurgia devem ser pré-autorizados pela Allianz Portugal.
2. Numa situação de acidente ou doença súbita, em que não seja possível solicitar a pré-autorização, a autorização tem que ser requerida no prazo máximo de 48 horas a contar da data de ocorrência.
3. A Allianz Portugal ficará isenta de toda a responsabilidade no que se refere a despesas efetuadas sem a respetiva Pré-autorização.
4. Para efeitos da aplicação de franquias/copagamentos, se num período máximo de 30 dias após uma alta hospitalar, a Pessoa segura voltar a ser internada, pela mesma causa ou por causa relacionada com a do internamento anterior, não será aplicada nova franquia/copagamento.

E. Períodos De Carência

Esta cobertura só pode ser utilizada após terminarem os períodos de carência seguintes:

<ul style="list-style-type: none"> • Parto, cesariana ou interrupção involuntária de gravidez (se contratada a cobertura de Parto); • Tratamento de patologia arterial ou venosa dos membros inferiores; • Tratamento médico, cirúrgico ou outro no diagnóstico de hérnias discais, parede abdominal ou outras; • tratamento médico, cirúrgico ou litotricia de cálculos dos rins, vias urinárias, vesícula e/ou vias biliares; • Tratamento de patologia proctologica tal como hemorróidas, fístulas, fissuras de patologia do esfíncter anal e perianal; • Tratamento médico ou cirúrgico de patologia gastro-esofago-duodenal; • Tratamento não conservador do foro da patologia ginecológica e endócrina benigna* (nomeadamente hipófise, tiroide, paratiroide, mama, pâncreas, suprarrenal e ovários); • Intervenção cirúrgica a ouvidos, nariz e garganta, por patologia benigna*; • tratamento de patologia articular por artroscopia, artrotomia ou artoplastia; • Tratamento cirúrgico ou por outro método invasivo da patologia benigna da próstata; • Cirurgia catarata. 	365 dias
<p>Em todos os tratamentos de patologia com suspeita de malignidade, sem prova documental prévia à cirurgia, o período de carência de 365 mantém-se, podendo ser reavaliado à posteriori caso se venha a comprovar malignidade.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Restantes situações de hospitalização e cirurgia 	90 dias
<ul style="list-style-type: none"> • Situações de acidente 	Sem carência

2. HOSPITALIZAÇÃO E CIRURGIA E PARTO – Módulo Extra

A. O que está garantido?

1. Hospitalização e Cirurgia

Ficam garantidas as seguintes despesas:

- a) As diárias hospitalares, que incluem a utilização de cama ou quarto normal individual, a alimentação e serviços de enfermagem do piso de internamento;
- b) As diárias hospitalares de acompanhante, em caso de internamento de criança de idade inferior a 12 anos, que incluem a utilização de cama extra, pequeno-almoço e outras duas refeições diárias, desde que fornecidas pela unidade hospitalar;
- c) As despesas com assistência médica, cuidados de enfermagem (não privativa) e tratamentos, nomeadamente, entre outros, os tratamentos de quimioterapia, desde que estes, ainda que ligados às causas da hospitalização autorizada e realizados durante o respetivo período, não constituam por si só a razão do internamento;
- d) As despesas com a utilização da Unidade de Cuidados Intensivos;
- e) Os custos dos elementos auxiliares de diagnóstico ligados às causas da hospitalização autorizada e realizados durante o respetivo período;
- f) O custo com os medicamentos administrados ao doente durante o período de hospitalização e desde que relacionados com as causas da hospitalização autorizada. Encontra-se excluída a medicação fornecida pelo Hospital ou Clínica para utilização pela Pessoa Segura após alta hospitalar;
- g) Os custos com medicamentos administrados à Pessoa Segura durante e em virtude da cirurgia efetuada, exclusivamente no dia da sua realização;
- h) A deslocação de urgência da Pessoa Segura para um Hospital ou Clínica em veículo de emergência, bem como as deslocações da Pessoa Segura hospitalizada a/de outras unidades de cuidados de saúde, nomeadamente Hospitais ou Centros de Diagnóstico, em caso de falta de recursos diagnósticos e terapêuticos na unidade em que está hospitalizada, apenas são garantidas pela Apólice se efetuadas por meios fornecidos pela Allianz Portugal, excluindo-se todos os transportes, designadamente ambulâncias ou outros, providos pelos Hospitais ou outros não fornecidos pela Allianz Portugal;
- i) Os honorários do cirurgião, em função no número máximo de K's estabelecido no C.A.N.V.R.A.N. para a cirurgia em causa e de um valor máximo do K fixado em Euro 6,75;
- j) Os custos da equipa médico-cirúrgica, em função dos princípios gerais, quanto à formação da equipa de ajuda e respetivos honorários, constantes no C.A.N.V.R.A.N. e listados a seguir:

Formação da equipa médica de ajudantes:

Cirurgia	51 a 150k	151 a 250k	Mais de 250k
Nº de Ajudantes	1	2	3
Honorários	máximo de 20% dos honorários do cirurgião;	custo máximo do primeiro ajudante de 20% dos honorários do cirurgião; custo máximo do segundo ajudante, 10% dos honorários do cirurgião;	custo máximo do primeiro ajudante de 20% dos honorários do cirurgião; custo máximo dos restantes ajudantes, 10% dos honorários do cirurgião.

2. HOSPITALIZAÇÃO E CIRURGIA E PARTO – Módulo Extra

- k) Os custos relativos ao anestesista, cujos honorários máximos são valorizados em número de Ks de anestesia, sendo estes função dos Ks da cirurgia, de acordo com a tabela de correspondência de Ks máximos constante no C.A.N.V.R.A.N.;
- l) Os custos da sala de operações (bloco) e reanimação e meios materiais de intervenção, de diagnóstico ou de terapêutica aplicados ou administrados durante o ato cirúrgico;
- m) As próteses intracirúrgicas;
- n) Os honorários do cirurgião, da equipa de ajudantes e do anestesista;
- o) As despesas com outros Serviços Clinicamente Necessários, prestados em resultado da cirurgia efetuada e no dia da mesma.

2. Quimioterapia e Radioterapia

Em caso de atos médicos relacionados com Tratamentos Oncológicos (Quimioterapia e Radioterapia), ficam garantidas as seguintes despesas:

- a) Despesas relativas à aplicação das terapêuticas ao doente;
- b) Despesas com a medicação antineoplásica, adquirida em farmácias ou fornecida pelo Hospital.

3. Parto

Estão garantidas as seguintes despesas de Parto:

- a) Os honorários do obstetra e, em caso de Cesariana, da equipa médico-cirúrgica;
- b) Os honorários da enfermeira parteira, exceto nas situações de Cesariana programada. Os honorários da enfermeira parteira são equiparados aos de um segundo ajudante de uma equipa médico-cirúrgica.
- c) O custo das instalações necessárias à realização dos atos, nomeadamente da sala de partos, bloco cirúrgico, sala de recobro;
- d) As diárias hospitalares relativas à Pessoa Segura parturiente, que incluem a utilização de quarto ou cama, a alimentação e os serviços de enfermagem do piso de hospitalização;
- e) Os custos com meios materiais de intervenção, de diagnóstico ou de terapêutica aplicados durante o ato cirúrgico e durante todo o período de hospitalização da parturiente;
- f) O custo com medicamentos quando administrados à Pessoa Segura parturiente, durante o período de hospitalização;
- g) As despesas com outros Serviços Clinicamente Necessários, prestados pelo Hospital ou Clínica e realizados à Pessoa Segura parturiente durante o período em que, clinicamente, se justifique a sua hospitalização.
- h) As despesas relativas ao recém-nascido, tais como os honorários do pediatra, as diárias e despesas com outros Serviços Clinicamente Necessários, prestados pelo Hospital ou Clínica, exclusivamente durante o período em que, clinicamente, se justifique a hospitalização da mãe.

B. O Que Não Está Garantido

1. Em caso de cirurgia ou ato médico equiparado programado, não são participáveis diárias anteriores ao dia em que ocorra a cirurgia, nem exames pré-operatórios.
2. Despesas relativas a cirurgias com um número de K não superior a 50.
3. Despesas respeitantes a tratamentos de estomatologia.
4. Despesas respeitantes a cirurgia maxilo-facial salvo se estes forem consequência de doença maligna manifestada durante a vigência da Apólice, não abrangida pela cobertura de Oncologia, ou de acidente que tenha exigido recurso a uma urgência hospitalar e que tenha ocorrido durante a vigência da Apólice.

2. HOSPITALIZAÇÃO E CIRURGIA E PARTO – Módulo Extra

C. Regime de Prestações

Esta cobertura é garantida no regime de Prestações na Rede e no regime de Prestações por Reembolso, conforme indicado na tabela de Coberturas nas Condições Particulares. Adicionalmente, o cliente beneficiará do Acesso à Rede Médica Allianz Saúde, ficando a seu cargo a totalidade dos custos calculados em função dos preços negociados pela Allianz com os prestadores, durante os Períodos de Carência, se aplicáveis, ou quando excedido o capital da cobertura.

D. Procedimento Para Acionar A Cobertura / Pré-Autorizações

1. Todos os cuidados de saúde garantidos ao abrigo da cobertura de Hospitalização e Cirurgia devem ser pré-autorizados pela Allianz Portugal.
2. Numa situação de acidente ou doença súbita, em que não seja possível solicitar a pré-autorização, a autorização tem que ser requerida no prazo máximo de 48 horas a contar da data de ocorrência.
3. A Allianz Portugal ficará isenta de toda a responsabilidade no que se refere a despesas efetuadas sem a respetiva Pré-autorização.
4. Para efeitos da aplicação de franquias/copagamentos, se num período máximo de 30 dias após uma alta hospitalar, a Pessoa segura voltar a ser internada, pela mesma causa ou por causa relacionada com a do internamento anterior, não será aplicada nova franquia/copagamento.

E. Períodos De Carência

Esta cobertura só pode ser utilizada após terminarem os períodos de carência seguintes:

- Parto, cesariana ou interrupção involuntária de gravidez (se contratada a cobertura de Parto);
- Tratamento de patologia arterial ou venosa dos membros inferiores;
- Tratamento médico, cirúrgico ou outro no diagnóstico de hérnias discais, parede abdominal ou outras;
- tratamento médico, cirúrgico ou litotricia de cálculos dos rins, vias urinárias, vesícula e/ou vias biliares;
- Tratamento de patologia proctológica tal como hemorróidas, fístulas, fissuras de patologia do esfíncter anal e perianal;
- Tratamento médico ou cirúrgico de patologia gastro-esofago-duodenal;
- Tratamento não conservador do foro da patologia ginecológica e endócrina benigna* (nomeadamente hipófise, tireoide, paratireoide, mama, pâncreas, suprarrenal e ovários);
- Intervenção cirúrgica a ouvidos, nariz e garganta, por patologia benigna*;
- tratamento de patologia articular por artroscopia, artrotomia ou artoplastia;
- Tratamento cirúrgico ou por outro método invasivo da patologia benigna da próstata;
- Cirurgia catarata.

Em todos os tratamentos de patologia com suspeita de malignidade, sem prova documental prévia à cirurgia, o período de carência de 365 mantém-se, podendo ser reavaliado à posteriori caso se venha a comprovar malignidade.

- | | |
|--|--------------|
| • Restantes situações de hospitalização e cirurgia | 365 dias |
| • Situações de acidente | 90 dias |
| | Sem carência |

3. HOSPITALIZAÇÃO E CIRURGIA (SEM PARTO) – Módulo Base e Mais

A. O que está garantido?

1. Hospitalização e Cirurgia

Ficam garantidas as seguintes despesas:

- a) As diárias hospitalares, que incluem a utilização de cama ou quarto normal individual, a alimentação e serviços de enfermagem do piso de internamento;
- b) As diárias hospitalares de acompanhante, em caso de internamento de criança de idade inferior a 12 anos, que incluem a utilização de cama extra, pequeno-almoço e outras duas refeições diárias, desde que fornecidas pela unidade hospitalar;
- c) As despesas com assistência médica, cuidados de enfermagem (não privativa) e tratamentos, nomeadamente, entre outros, os tratamentos de quimioterapia, desde que estes, ainda que ligados às causas da hospitalização autorizada e realizados durante o respetivo período, não constituam por si só a razão do internamento;
- d) As despesas com a utilização da Unidade de Cuidados Intensivos;
- e) Os custos dos elementos auxiliares de diagnóstico ligados às causas da hospitalização autorizada e realizados durante o respetivo período;
- f) O custo com os medicamentos administrados ao doente durante o período de hospitalização e desde que relacionados com as causas da hospitalização autorizada. Encontra-se excluída a medicação fornecida pelo Hospital ou Clínica para utilização pela Pessoa Segura após alta hospitalar;
- g) Os custos com medicamentos administrados à Pessoa Segura durante e em virtude da cirurgia efetuada, exclusivamente no dia da sua realização;
- h) A deslocação de urgência da Pessoa Segura para um Hospital ou Clínica em veículo de emergência, bem como as deslocações da Pessoa Segura hospitalizada a/de outras unidades de cuidados de saúde, nomeadamente Hospitais ou Centros de Diagnóstico, em caso de falta de recursos diagnósticos e terapêuticos na unidade em que está hospitalizada, apenas são garantidas pela Apólice se efetuadas por meios fornecidos pela Allianz Portugal, excluindo-se todos os transportes, designadamente ambulâncias ou outros, providos pelos Hospitais ou outros não fornecidos pela Allianz Portugal;
- i) Os honorários do cirurgião, em função no número máximo de K's estabelecido no C.A.N.V.R.A.N. para a cirurgia em causa e de um valor máximo do K fixado em Euro 6,75;
- j) Os custos da equipa médico-cirúrgica, em função dos princípios gerais, quanto à formação da equipa de ajuda e respetivos honorários, constantes no C.A.N.V.R.A.N e listados a seguir:

Formação da equipa médica de ajudantes:

Cirurgia	51 a 150k	151 a 250k	Mais de 250k
Nº de Ajudantes	1	2	3
Honorários	máximo de 20% dos honorários do cirurgião;	custo máximo do primeiro ajudante de 20% dos honorários do cirurgião; custo máximo do segundo ajudante, 10% dos honorários do cirurgião;	custo máximo do primeiro ajudante de 20% dos honorários do cirurgião; custo máximo dos restantes ajudantes, 10% dos honorários do cirurgião.

3. HOSPITALIZAÇÃO E CIRURGIA (SEM PARTO) – Módulo Base e Mais

- k) Os custos relativos ao anestesista, cujos honorários máximos são valorizados em número de Ks de anestesia, sendo estes função dos Ks da cirurgia, de acordo com a tabela de correspondência de Ks máximos constante no C.A.N.V.R.A.N.;
- l) Os custos da sala de operações (bloco) e reanimação e meios materiais de intervenção, de diagnóstico ou de terapêutica aplicados ou administrados durante o ato cirúrgico;
- m) As próteses intracirúrgicas;
- n) Os honorários do cirurgião, da equipa de ajudantes e do anestesista;
- o) As despesas com outros Serviços Clinicamente Necessários, prestados em resultado da cirurgia efetuada e no dia da mesma.

2. Quimioterapia e Radioterapia

Em caso de atos médicos relacionados com Tratamentos Oncológicos (Quimioterapia e Radioterapia), ficam garantidas as seguintes despesas:

- a) Despesas relativas à aplicação das terapêuticas ao doente;
- b) Despesas com a medicação antineoplásica, adquirida em farmácias ou fornecida pelo Hospital.

B. O Que Não Está Garantido

- 1. Em caso de cirurgia ou ato médico equiparado programado, não são comparticipáveis diárias anteriores ao dia em que ocorra a cirurgia, nem exames pré-operatórios.
- 2. Despesas relativas a cirurgias com um número de K não superior a 50.
- 3. Despesas respeitantes a tratamentos de estomatologia.
- 4. Despesas respeitantes a cirurgia maxilo-facial salvo se estes forem consequência de doença maligna manifestada durante a vigência da Apólice, não abrangida pela cobertura de Oncologia, ou de acidente que tenha exigido recurso a uma urgência hospitalar e que tenha ocorrido durante a vigência da Apólice.

C. Regime de Prestações

Esta cobertura é garantida no regime de Prestações na Rede e no regime de Prestações por Reembolso, conforme indicado na tabela de Coberturas nas Condições Particulares. Adicionalmente, o cliente beneficiará do Acesso à Rede Médica Allianz Saúde, ficando a seu cargo a totalidade dos custos calculados em função dos preços negociados pela Allianz com os prestadores, durante os Períodos de Carência, se aplicáveis, ou quando excedido o capital da cobertura.

D. Procedimento Para Acionar A Cobertura / Pré-Autorizações

- 1. Todos os cuidados de saúde garantidos ao abrigo da cobertura de Hospitalização e Cirurgia devem ser pré-autorizados pela Allianz Portugal.
- 2. Numa situação de acidente ou doença súbita, em que não seja possível solicitar a pré-autorização, a autorização tem que ser requerida no prazo máximo de 48 horas a contar da data de ocorrência.
- 3. A Allianz Portugal ficará isenta de toda a responsabilidade no que se refere a despesas efetuadas sem a respetiva Pré-autorização.
- 4. Para efeitos da aplicação de franquias/copagamentos, se num período máximo de 30 dias após uma alta hospitalar, a Pessoa segura voltar a ser internada, pela mesma causa ou por causa relacionada com a do internamento anterior, não será aplicada nova franquia/copagamento.



3. HOSPITALIZAÇÃO E CIRURGIA (SEM PARTO) – Módulo Base e Mais

E. Períodos De Carência

Esta cobertura só pode ser utilizada após terminarem os períodos de carência seguintes:

<ul style="list-style-type: none"> • Parto, cesariana ou interrupção involuntária de gravidez (se contratada a cobertura de Parto); • Tratamento de patologia arterial ou venosa dos membros inferiores; • Tratamento médico, cirúrgico ou outro no diagnóstico de hérnias discais , parede abdominal ou outras; • tratamento médico, cirúrgico ou litotricia de cálculos dos rins, vias urinárias , vesícula e/ou vias biliares; • Tratamento de patologia proctologica tal como hemorróidas, fístulas, fissuras de patologia do esfíncter anal e perianal; • Tratamento médico ou cirúrgico de patologia gastro-esofago-duodenal; • Tratamento não conservador do foro da patologia ginecológica e endócrina benigna* (nomeadamente hipófise, tireoide, paratireoide, mama, pâncreas, suprarrenal e ovários); • Intervenção cirúrgica a ouvidos, nariz e garganta, por patologia benigna*; • tratamento de patologia articular por artroscopia, artrotomia ou artoplastia; • Tratamento cirúrgico ou por outro método invasivo da patologia benigna da próstata; • Cirurgia catarata. 	365 dias
<p>Em todos os tratamentos de patologia com suspeita de malignidade, sem prova documental prévia à cirurgia, o período de carência de 365 mantém-se, podendo ser reavaliado à posteriori caso se venha a comprovar malignidade.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Restantes situações de hospitalização e cirurgia 	90 dias
<ul style="list-style-type: none"> • Situações de acidente 	Sem carência

4. HOSPITALIZAÇÃO E CIRURGIA (SEM PARTO) – Acesso à Rede

A. O que está garantido?

1. Hospitalização e Cirurgia

Fica garantido o acesso à rede de prestadores a preços convencionados, pagos na totalidade pela Pessoa Segura, para as seguintes despesas:

- a) As diárias hospitalares, que incluem a utilização de cama ou quarto normal individual, a alimentação e serviços de enfermagem do piso de internamento;
- b) As despesas com assistência médica, cuidados de enfermagem (não privativa) e tratamentos, nomeadamente, entre outros, os tratamentos de quimioterapia, desde que estes, ainda que ligados às causas da hospitalização autorizada e realizados durante o respetivo período, não constituam por si só a razão do internamento;
- c) As despesas com a utilização da Unidade de Cuidados Intensivos;
- d) Os custos dos elementos auxiliares de diagnóstico ligados às causas da hospitalização autorizada e realizados durante o respetivo período;
- e) O custo com os medicamentos administrados ao doente durante o período de hospitalização e desde que relacionados com as causas da hospitalização autorizada. Encontra-se excluída a medicação fornecida pelo Hospital ou Clínica para utilização pela Pessoa Segura após alta hospitalar;
- f) Os honorários do cirurgião, da equipa de ajudantes e do anestesista;
- g) Os custos da sala de operações e reanimação e meios materiais de intervenção, de diagnóstico ou de terapêutica aplicados durante o ato cirúrgico;
- h) Os custos com medicamentos administrados à Pessoa Segura durante e em virtude da Cirurgia efetuada, exclusivamente no dia da sua realização;
- i) As despesas com outros Serviços Clinicamente Necessários, prestados em resultado da cirurgia efetuada e no dia da mesma. Se é pela rede penso que não requer autorização.

2. Quimioterapia e Radioterapia

Em caso de atos médicos relacionados com Tratamentos Oncológicos (Quimioterapia e Radioterapia), fica garantido o acesso a valores convencionados:

- a) Nas despesas relativas à aplicação das terapêuticas ao doente;
- b) Para despesas com a medicação antineoplásica, adquirida em farmácias ou fornecida pelo Hospital.

B. Regime de Prestações

Esta cobertura é garantida exclusivamente no regime de Acesso à Rede Médica Allianz Saúde, beneficiando de preços convencionados entre a Allianz Portugal e os Prestadores.

C. Procedimento Para Acionar A Cobertura / Pré-Autorizações

1. Todos os cuidados de saúde garantidos ao abrigo da cobertura de Hospitalização e Cirurgia devem ser pré-autorizados pela Allianz Portugal.
2. Numa situação de acidente ou doença súbita, em que não seja possível solicitar a pré-autorização, a autorização tem que ser requerida no prazo máximo de 48 horas a contar da data de ocorrência.
3. A Allianz Portugal ficará isenta de toda a responsabilidade no que se refere a despesas efetuadas sem a respetiva Pré-autorização.
4. Para efeitos da aplicação de franquias/copagamentos, se num período máximo de 30 dias após uma alta hospitalar, a Pessoa segura voltar a ser internada, pela mesma causa ou por causa relacionada com a do internamento anterior, não será aplicada nova franquia/copagamento.



5. PARTO – Acesso à Rede

A. O que está garantido?

1. Parto

Estão garantidas as seguintes despesas de Parto, a valor convencionado, totalmente a cargo da Pessoa Segura:

- a) Os honorários do obstetra e, em caso de Cesariana, da equipa médico-cirúrgica;
- b) Os honorários da enfermeira parteira, exceto nas situações de Cesariana programada. Os honorários da enfermeira parteira são equiparados aos de um segundo ajudante de uma equipa médico-cirúrgica.
- c) O custo das instalações necessárias à realização dos atos, nomeadamente da sala de partos, bloco cirúrgico, sala de recobro;
- d) As diárias hospitalares relativas à Pessoa Segura parturiente, que incluem a utilização de quarto ou cama, a alimentação e os serviços de enfermagem do piso de hospitalização;
- e) Os custos com meios materiais de intervenção, de diagnóstico ou de terapêutica aplicados durante o ato cirúrgico e durante todo o período de hospitalização da parturiente;
- f) O custo com medicamentos quando administrados à Pessoa Segura parturiente, durante o período de hospitalização;
- g) As despesas com outros Serviços Clinicamente Necessários, prestados pelo Hospital ou Clínica e realizados à Pessoa Segura parturiente durante o período em que, clinicamente, se justifique a sua hospitalização.
- h) As despesas relativas ao recém-nascido, tais como os honorários do pediatra, as diárias e despesas com outros Serviços Clinicamente Necessários, prestados pelo Hospital ou Clínica, exclusivamente durante o período em que, clinicamente, se justifique a hospitalização da mãe.

B. Regime de Prestações

Esta cobertura é garantida exclusivamente no regime de Acesso à Rede Médica Allianz Saúde, beneficiando de preços convencionados entre a Allianz Portugal e os Prestadores.

6. PRÓTESES E ORTÓTESES NÃO OCULARES

A. O que está garantido?

1. Próteses e Ortóteses Não Oculares

Fica garantido o pagamento das despesas de aluguer ou aquisição de Próteses e Ortóteses Não Oculares, tais como:

- a) Próteses auditivas e ortopédicas;
- b) Ortóteses auditivas;
- c) Cadeiras de rodas, canadianas, camas articuladas (desde que alugadas) e outros equipamentos auxiliares.

B. O Que Não Está Garantido?

- a) **As despesas respeitantes a próteses estomatológicas.**
- b) **No caso de subscrição do Módulo Total também não ficam garantidas por esta cobertura quaisquer despesas abrangidas pela cobertura de Oncologia.**

C. Regime de Prestações

Esta cobertura é garantida no regime de Prestações na Rede e no regime de Prestações por Reembolso, conforme indicado na tabela de Coberturas nas Condições Particulares. Adicionalmente, o cliente beneficiará do Acesso à Rede Médica Allianz Saúde, ficando a seu cargo a totalidade dos custos calculados em função dos preços negociados pela Allianz com os prestadores, durante os Períodos de Carência, se aplicáveis, ou quando excedido o capital da cobertura.

D. Períodos De Carência

Se durante o período de carência pretender ou necessitar de utilizar esta cobertura pode fazê-lo recorrendo à Rede Médica Allianz Saúde, beneficiando de preços convencionados entre a Allianz Portugal e os Prestadores.

Esta cobertura só pode ser utilizada após terminar o período de carência de:	180 dias
--	----------

7. PRÓTESES E ORTÓTESES NÃO OCULARES – Acesso Rede

A. O que está garantido?

1. Próteses e Ortóteses Não Oculares

Fica garantido o acesso à rede de prestadores a preços convencionados, sendo o custo suportado na totalidade pela Pessoa Segura, aquando do aluguer ou aquisição de Próteses e Ortóteses Não Oculares, tais como:

- a) Próteses auditivas e ortopédicas;
- b) Ortóteses auditivas;
- c) Cadeiras de rodas, canadianas, camas articuladas (desde que alugadas) e outros equipamentos auxiliares.

B. O Que Não Está Garantido?

O acesso à rede no que respeita a próteses estomatológicas.

C. Regime de Prestações

Esta cobertura é garantida exclusivamente no regime de Acesso à Rede Médica Allianz Saúde, beneficiando de preços convencionados entre a Allianz Portugal e os Prestadores.

8. PRÓTESES E ORTÓTESES OCULARES

A. O que está garantido?

1. Próteses e Ortóteses Oculares

Fica garantido o pagamento das despesas de aquisição de Próteses e Ortóteses Oculares, tais como:

- a) Aros;
- b) Lentes de óculos;
- c) Lentes de contacto.

B. O Que Não Está Garantido?

- a) **As despesas respeitantes a óculos de sol com ou sem graduação.**
- b) **No caso de subscrição do Módulo Total também não ficam garantidas por esta cobertura quaisquer despesas abrangidas pela cobertura de Oncologia.**

C. Regime de Prestações

Esta cobertura é garantida no regime de Prestações na Rede e no regime de Prestações por Reembolso, conforme indicado na tabela de Coberturas nas Condições Particulares. Adicionalmente, o cliente beneficiará do Acesso à Rede Médica Allianz Saúde, ficando a seu cargo a totalidade dos custos calculados em função dos preços negociados pela Allianz com os prestadores, durante os Períodos de Carência, se aplicáveis, ou quando excedido o capital da cobertura.

D. Períodos De Carência

Se durante o período de carência pretender ou necessitar de utilizar esta cobertura pode fazê-lo recorrendo o à Rede Médica Allianz Saúde, beneficiando de preços convencionados entre a Allianz Portugal e os Prestadores.

Esta cobertura só pode ser utilizada após terminar o período de carência de:

180 dias

9. PRÓTESES E ORTÓTESES OCULARES – Acesso Rede

A. O que está garantido?

1. Próteses e Ortóteses Oculares

Fica garantido o acesso à rede de prestadores a preços convencionados, sendo o custo suportado na totalidade pela Pessoa Segura, aquando da aquisição de Próteses e Ortóteses Oculares, tais como:

- a) Aros;
- b) Lentes de óculos;
- c) Lentes de contacto.

B. O Que Não Está Garantido?

O acesso à rede no que respeita a óculos de sol com ou sem graduação.

C. Regime de Prestações

Esta cobertura é garantida exclusivamente no regime de Acesso à Rede Médica Allianz Saúde, beneficiando de preços convencionados entre a Allianz Portugal e os Prestadores.

10. ASSISTÊNCIA AMBULATORIA COMPLETA

A. O que está garantido?

1. Assistência Ambulatória

Ficam garantidas as despesas com:

- a) Honorários Médicos:
 - i. Consultas de clínica geral;
 - ii. Consultas de especialidade, incluindo psiquiatria, neste caso, com um limite máximo de 5 consultas por Pessoa Segura e por ano;
 - iii. Outros atos médicos considerados clinicamente necessários.
- b) Elementos Auxiliares de Diagnóstico prescritos pelo médico:
 - i. Análises clínicas;
 - ii. Diagnóstico por Imagem, tais como, exames radiológicos, TAC's e ressonâncias magnéticas, Ecografias, Mamografias, Eco Dopplers e outros;
 - iii. Diagnóstico com utilização de outras técnicas, como sejam, eletrocardiogramas, eletroencefalogramas, eletromiogramas e audiogramas; testes alergológicos e provas respiratórias; anatomia patológica (biopsias e citologias), entre outros.
- c) Tratamentos prescritos por médico:
 - i. Fisioterapia;
 - ii. Cinesioterapia, em caso de doença respiratória;
 - iii. Terapia da fala, desde que motivada por situação pós-cirúrgica diretamente relacionada ou acidente vascular cerebral e situações traumáticas de origem maxilo-facial e craneo-encefálica;
 - iv. Tratamentos de enfermagem, incluindo aplicação de injeções.
- d) Pequenas cirurgias com um número de K igual ou inferior a 50.

B. O Que Não Está Garantido?

- a) **Despesas do foro estomatológico;**
- b) **Despesas relacionadas com a aquisição e/ou colocação de próteses ou ortóteses;**
- c) **Despesas resultantes de atos clínicos realizados no domicílio;**
- d) **Despesas de ortóptica;**
- e) **No caso de Subscrição do Módulo Total também não ficam garantidas por esta cobertura quaisquer despesas abrangidas pela cobertura de oncologia.**

C. Regime de Prestações

Esta cobertura é garantida no regime de Prestações na Rede e no regime de Prestações por Reembolso, conforme indicado na tabela de Coberturas nas Condições Particulares.

Adicionalmente, o cliente beneficiará do Acesso à Rede Médica Allianz Saúde, ficando a seu cargo a totalidade dos custos calculados em função dos preços negociados pela Allianz com os prestadores, durante os Períodos de Carência, se aplicáveis, ou quando excedido o capital da cobertura.

10. ASSISTÊNCIA AMBULATORIA COMPLETA

D. Procedimento Para Acionar A Cobertura – Pré-Autorizações

Os tratamentos e elementos auxiliares de diagnóstico abaixo indicados requerem, para que a Allianz possa proceder à comparticipação, o envio pelo Prestador do pedido de pré-autorização:

a) Tratamentos:

- i. Fisioterapia;
- ii. Terapia da Fala;
- iii. Laserterapia;
- iv. Tratamento da dor crónica;
- v. Endoscopia com fins terapêuticos;
- vi. Embolização arterial.

b) Elementos Auxiliares de Diagnóstico:

- i. Genética médica;
- ii. Arteriografia/Angiografia;
- iii. Polissonografia;
- iv. Amniocentese;
- v. Medicina Nuclear;
- vi. Exames com recurso a sedoanalgesia/anestesia geral;
- vii. Outros exames diferenciados (ex: colonoscopia virtual por TAC, Videoenteroscopia; PHmetria;
- viii. Provas alérgicas de provocação;
- ix. Provas realizadas com isótopos radioativos.

E. Períodos De Carência

Esta cobertura só pode ser utilizada após terminar o período de carência de:	90 dias
--	---------

11. ASSISTÊNCIA AMBULATORIA COMPLETA – Acesso Rede

A. O que está garantido?

1. Assistência Ambulatória

Fica garantido o acesso à rede Allianz a preços convencionados das despesas resultantes da assistência médica efetuada em regime ambulatório totalmente pagas pela Pessoa Segura, sendo estas:

- a) Honorários Médicos:
 - i. Consultas de clínica geral;
 - ii. Consultas de especialidade, incluindo psiquiatria, neste caso, com um limite máximo de 5 consultas por Pessoa Segura e por ano;
 - iii. Outros atos médicos considerados clinicamente necessários.
- b) Elementos Auxiliares de Diagnóstico prescritos pelo médico:
 - i. Análises clínicas;
 - ii. Diagnóstico por Imagem, tais como, exames radiológicos, TAC's e ressonâncias magnéticas, Ecografias, Mamografias, Eco Dopplers e outros;
 - iii. Diagnóstico com utilização de outras técnicas, como sejam, eletrocardiogramas, eletroencefalogramas, eletromiogramas e audiogramas; testes alergológicos e provas respiratórias; anatomia patológica (biopsias e citologias), entre outros.
- c) Tratamentos prescritos por médico:
 - i. Fisioterapia;
 - ii. Cinesiterapia, em caso de doença respiratória;
 - iii. Terapia da fala, desde que motivada por situação pós-cirúrgica diretamente relacionada ou acidente vascular cerebral e situações traumáticas de origem maxilo-facial e craneo-encefálica;
 - iv. Tratamentos de enfermagem, incluindo aplicação de injeções.
- d) Pequenas cirurgias com um número de K igual ou inferior a 50.

B. Regime de Prestações

Esta cobertura é garantida exclusivamente no regime de Acesso à Rede de Saúde Allianz, beneficiando de preços convencionados entre a Allianz Portugal e os Prestadores.

12. DENTAL

A. O que está garantido?

1. Dental

O acesso a uma rede de prestadores de serviços na área da medicina dentária e atos médicos, mediante o pagamento dos valores estabelecidos na tabela de copagamentos em vigor, que pode ser consultada em <https://www.allianz.pt>.

Os atos médicos prestados por esta rede de prestadores de medicina dentária e respetivos copagamentos encontram-se definidos de acordo com a Tabela de Nomenclatura da Ordem dos Médicos Dentistas.

B. O Que Não Está Garantido?

Despesas relativas a materiais preciosos.

C. Regime de Prestações

Esta cobertura é garantida exclusivamente no regime de Acesso à Rede Médica Allianz Saúde Dental, beneficiando de preços convencionados entre a Allianz Portugal e os Prestadores.

D. Âmbito Territorial

A Rede Médica Allianz Saúde Dental está disponível em Portugal, Espanha e em Itália. Para utilizar a Rede Médica Allianz Saúde Dental em Espanha ou Itália, deverá contactar a Linha da Rede Dental – 808 200 977 (mais informações nas Condições Particulares do seu contrato).

13. ASSISTÊNCIA EM PORTUGAL

A. O que está garantido?

1. A prestação de serviços, através do Serviço de Assistência e mediante a solicitação da Pessoa Segura

Garantias	Limites de Capital
<p>Envio de médico ao domicílio</p> <p>Em caso de urgência, assegurará a deslocação de um médico ao domicílio da Pessoa Segura ou a outro local em Portugal, para consulta e para eventual aconselhamento quanto à orientação a seguir. O custo da deslocação será por conta da Allianz Portugal, ficando a cargo da Pessoa Segura um copagamento.</p>	<p>Sem limite de capital;</p> <p>Copagamento: ver Quadro de coberturas nas Condições Particulares</p>
<p>Transporte de doentes ou acidentados</p> <p>a) Organizará e suportará os custos, em situações de urgência, da deslocação em ambulância ou, se a urgência e a gravidade da situação o exigirem, no entendimento dos médicos indicados pela Allianz Portugal, em avião sanitário adequado para o transporte de feridos e doentes em Portugal, da Pessoa Segura acidentada ou subitamente doente, para o Hospital ou Clínica mais próximo.</p> <p>b) A Allianz Portugal, através da equipa médica do Serviço de Assistência, prestará ainda orientação quanto aos cuidados urgentes adequados à situação e o melhor tratamento a seguir, em colaboração com o médico assistente da Pessoa Segura.</p> <p>c) A Allianz Portugal, através da equipa médica do Serviço de Assistência, prestará também, sempre que tal for considerado indispensável, as deslocações da Pessoa Segura hospitalizada a/de outras unidades de cuidados de saúde, nomeadamente Hospitais ou Centros de Diagnóstico, em caso de falta de recursos diagnósticos e terapêuticos na unidade em que está hospitalizada.</p>	<p>Sem encargos e sem limite de capital</p>
<p>Informações Médicas</p> <p>a) Prestará as informações na área da saúde que lhe forem solicitadas, dando respostas objetivas às perguntas colocadas e baseando-se em elementos oficiais. Caso não seja possível fornecer uma resposta imediata, a Allianz Portugal diligenciará no sentido de efetuar a procura das informações solicitadas e voltará a contactar com a Pessoa Segura para transmitir as respetivas informações. A Allianz Portugal não será responsável pelas interpretações da Pessoa Segura, nem pelas eventuais consequências das mesmas.</p> <p>b) A Allianz Portugal disponibilizará, quando necessário, o contacto direto da Pessoa Segura com o serviço médico, não podendo as eventuais informações médicas prestadas ser entendidas como uma consulta médica mas tão somente como uma orientação geral prestada por um dos médicos.</p>	<p>Sem encargos e sem limite de capital</p>
<p>Informações sobre farmácias de serviço, médicos e estabelecimentos médicos</p> <p>A Allianz Portugal, através do Serviço de Assistência, prestará informações sobre as farmácias que se encontram de serviço bem como sobre hospitais, clínicas, centros de saúde ou de primeiros socorros, públicos ou privados e médicos especialistas, particularmente equipados ou indicados para o tratamento de doenças ou lesões específicas.</p>	<p>Sem encargos e sem limite de capital</p>



13. ASSISTÊNCIA EM PORTUGAL

B. O Que Não Está Garantido?

- a) Despesas de eventuais tratamentos aconselhados ou prescritos na consulta ao domicílio;
- b) Quaisquer outras despesas médicas.

C. Procedimentos Para Acionar A Cobertura

1. Contactar imediatamente o Serviço de Assistência, caracterizando a ocorrência e fornecendo todas as informações necessárias para a prestação da assistência solicitada;
2. Seguir as instruções do Serviço de Assistência e tomar as medidas necessárias e possíveis para impedir o agravamento das consequências do motivo que o levou a pedir a Assistência;
3. Responder aos pedidos de informação solicitados pelo Serviço de Assistência e remeter-lhe prontamente todos os avisos, convocações ou citações que receber;
4. Recolher e facultar ao Serviço de Assistência os elementos relevantes para a efetivação das responsabilidades de terceiros, quando for o caso;
5. As Pessoas Seguras que tiverem utilizado o Serviço de Assistência para os efeitos das garantias de Transporte e/ou Repatriamento Sanitário ficam obrigadas a promover as diligências necessárias à recuperação de bilhetes de transporte já pagos e não utilizados e a entregar à Allianz Portugal as importâncias recuperadas.

Nota: Caso a garantia que precisa de utilizar não tenha sido solicitada ao Serviço de Assistência ou a mesma tenha sido executada sem o seu acordo, a prestação não será paga, salvo em caso de força maior ou impossibilidade material demonstrada.

14. ASSISTÊNCIA EM VIAGEM	
A. O que está garantido?	
1. A prestação de serviços, através do Serviço de Assistência e mediante a solicitação da Pessoa Segura	
Garantias	Limites de Capital
<p>Transporte ou Repatriamento Sanitário Se a Pessoa Segura sofrer um acidente ou adoecer subitamente no estrangeiro, a Allianz Portugal, através do Serviço de Assistência tomará a seu cargo:</p> <p>a) As despesas de transporte em ambulância até à unidade hospitalar mais próxima;</p> <p>b) A orientação por parte da sua equipa médica, que determinará os cuidados urgentes adequados à situação e o melhor tratamento a seguir, em colaboração com o médico assistente da Pessoa Segura, tal como o meio mais apropriado para o eventual transporte para outra unidade hospitalar ou para o seu domicílio;</p> <p>c) A organização e o custo deste transporte pelo meio mais adequado. A Allianz Portugal encarregar-se-á ainda da oportuna viagem de regresso, se a Pessoa Segura ficar internada e unidade hospitalar. Se a urgência e a gravidade da situação o exigirem, no entendimento dos médicos indicados pela Allianz Portugal, será utilizado avião sanitário adequado para o transporte de feridos e doentes em Portugal, na Europa e nos países da costa mediterrânea. Nos restantes casos, tal transporte efetuar-se-á por avião comercial ou qualquer outro meio mais adequado às circunstâncias.</p>	Sem encargos e sem limite de capital
<p>Despesas médicas, cirúrgicas, farmacêuticas e de hospitalização no estrangeiro Se em consequência de acidente ou doença súbita ocorridos no estrangeiro, a Pessoa Segura necessitar de assistência médica, cirúrgica, farmacêutica ou hospitalar, a Allianz Portugal, através do Serviço de Assistência, suportará ou reembolsará as respetivas despesas.</p>	€ 5.000,00
<p>Acompanhamento da Pessoa Segura hospitalizada Se se verificar a hospitalização de uma Pessoa Segura e se o seu estado não aconselhar o repatriamento ou regresso imediato, a Allianz Portugal suporta as despesas de estadia num hotel, não inicialmente previstas, de um familiar ou pessoa por ela designada que se encontre já no local, para ficar junto de si.</p>	€ 40,00/dia Máx. € 400,00
<p>Bilhete de transporte de ida e volta para um familiar e respetiva estadia Se a hospitalização da Pessoa Segura for superior a 5 dias e não for possível acionar a garantia prevista no número anterior, a Allianz Portugal suporta as despesas a realizar por um familiar com a passagem de ida e volta de comboio em 1ª classe ou de avião em classe turística, com partida de Portugal, para ficar junto dela, assumindo também a Allianz Portugal as despesas com a estadia.</p>	Sem encargos e sem limite de capital
<p>Encargo com crianças no estrangeiro Em caso de repatriamento ou transporte da Pessoa Segura por motivo de doença ou acidente, de acordo com a garantia prevista no número 1. anterior, se a Pessoa Segura tiver a seu cargo menor(es) com idade inferior a 15 anos e este(s) não dispuserem de um familiar ou pessoa de confiança para os acompanhar em viagem, a Allianz Portugal suportará as despesas a realizar por uma pessoa que viaje com elas até ao local do seu domicílio ou até onde se encontre hospitalizada a Pessoa Segura</p>	Sem encargos e sem limite de capital
<p>Informações sobre médicos e estabelecimentos médicos A Allianz Portugal prestará informações acerca de hospitais, clínicas, centros de saúde ou de primeiros socorros, públicos ou privados, no estrangeiro</p>	Sem encargos e sem limite de capital

14. ASSISTÊNCIA EM VIAGEM

B. O Que Não Está Garantido?

- a) Despesas médicas, cirúrgicas e de hospitalização realizadas em Portugal;
- b) Despesas do foro estomatológico;
- c) Despesas de obstetria;
- d) Despesas com aquisição e/ou colocação de próteses, ortóteses, lentes de contacto e similares;
- e) Despesas resultantes de partos e complicações devidas ao estado de gravidez, salvo se imprevisíveis durante as primeiras 26 semanas.

C. Procedimentos Para Acionar A Cobertura

1. Contactar imediatamente o Serviço de Assistência, caracterizando a ocorrência e fornecendo todas as informações necessárias para a prestação da assistência solicitada;
2. Seguir as instruções do Serviço de Assistência e tomar as medidas necessárias e possíveis para impedir o agravamento das consequências do motivo que o levou a pedir a Assistência;
3. Responder aos pedidos de informação solicitados pelo Serviço de Assistência e remeter-lhe prontamente todos os avisos, convocações ou citações que receber;
4. Enviar sempre que esteja em causa a garantia de despesas médicas, cirúrgicas, farmacêuticas e de hospitalização no estrangeiro, os originais de todos os recibos relativos a honorários médicos e cirúrgicos, despesas farmacêuticas prescritas por médico e despesas de internamento hospitalar efetuadas no estrangeiro;
5. Recolher e facultar ao Serviço de Assistência os elementos relevantes para a efetivação das responsabilidades de terceiros, quando for o caso;
6. As Pessoas Seguras que tiverem utilizado o Serviço de Assistência para os efeitos das garantias de Transporte e/ou Repatriamento Sanitário ficam obrigadas a promover as diligências necessárias à recuperação de bilhetes de transporte já pagos e não utilizados e a entregar à Allianz Portugal as importâncias recuperadas.

Nota: Caso a garantia que precisa de utilizar não tenha sido solicitada ao Serviço de Assistência ou a mesma tenha sido executada sem o seu acordo, a prestação não será paga, salvo em caso de força maior ou impossibilidade material demonstrada.

D. Âmbito Territorial

Esta cobertura apenas é válida para despesas efetuadas no estrangeiro.

15. COBERTURA MÉDICA INTERNACIONAL POR DOENÇAS GRAVES

A. O que está garantido?

1. Cobertura Médica Internacional por Doenças Graves

Na condição de que seja utilizado previamente o serviço Segunda Opinião Médica e que este considere os tratamentos como os mais adequados, fica garantido o pagamento das prestações na Rede, das despesas suportadas pela Pessoa Segura com serviços prestados fora de Portugal para o tratamento de Doenças Graves, nomeadamente:

1. Hospitalização:
 - a) Diárias da Pessoa Segura, que incluem as despesas de utilização de um quarto normal individual, sala, pavilhão ou Unidade de Cuidados Intensivos, a sua alimentação e as despesas de serviço geral de enfermaria;
 - b) Outros serviços hospitalares, incluindo as consultas externas;
 - c) Despesas com uma cama adicional de acompanhante, sempre que o Hospital disponibilize esse serviço.
2. Tratamentos ou cirurgias efetuadas em centros médicos ambulatoriais;
3. Honorários médicos relativos a consultas ambulatoriais ou prestadas durante o internamento, tratamentos, cuidados médicos ou cirurgias;
4. Serviços, tratamentos ou prescrições médicas e cirúrgicas, como é o caso de:
 - a) Anestesia e respetiva aplicação, sempre que efetuado por médico anestesista;
 - b) Exames de laboratório e patologia, radiografias com fins de diagnóstico, radioterapia, quimioterapia, eletrocardiogramas, ecocardiografias, mielogramas, eletroencefalogramas, angiografias, tomografias computadorizadas e outros exames de diagnóstico e/ou tratamentos considerados clinicamente necessários à situação em causa;
 - c) Transfusão de sangue, aplicação de plasma e soros;
 - d) Consumo de oxigénio e aplicações intravenosas e injeções;
5. Serviços prestados durante o processo de obtenção de órgãos ou tecidos de cadáveres dadores, com vista à realização de um transplante na Pessoa Segura, incluindo os custos da colheita, conservação e transporte do órgão ou tecido;
6. Serviços prestados durante o processo de obtenção de órgãos ou tecidos de dadores vivos, com vista à realização de um transplante na Pessoa Segura, incluindo:
 - a) O processo de procura de dadores potenciais;
 - b) Os serviços hospitalares prestados ao dador, incluindo as despesas de utilização de um quarto normal individual, sala, pavilhão ou Unidade de Cuidados Intensivos, a sua alimentação e as despesas de serviços geral de enfermaria, bem como exames laboratoriais e outros serviços clinicamente necessários à obtenção do órgão ou tecido a transplantar para a Pessoa Segura;
 - c) A cirurgia e outros atos médicos a que deve sujeitar-se o dador no processo de colheita do órgão ou tecido a transplantar para a Pessoa Segura;
7. Serviços, equipamento e materiais necessários a cultura de medula com vista a um transplante de tecido a realizar à Pessoa Segura, desde que prestados após o diagnóstico de Doença Grave que fez funcionar as coberturas do Contrato.
8. Produtos farmacêuticos ou medicamentos, aplicados por prescrição médica durante o internamento ou, após a alta, durante um período máximo de 30 dias, desde que os produtos em causa tenham sido prescritos no âmbito de processos pós-operatórios.
9. Próteses intracirúrgicas sempre que, durante a hospitalização, haja lugar a intervenção cirúrgica;
10. Viagem de ida e volta da Pessoa Segura e do seu acompanhante bem como a estadia deste último, até ao limite máximo anual de € 5.000,00;
11. Se a deslocação da Pessoa Segura doente exigir a utilização de ambulância, terrestre ou aérea, ficam garantidos os respetivos custos, desde que a mesma seja prescrita por médico e pré-autorizada pela Allianz Portugal.

15. COBERTURA MÉDICA INTERNACIONAL POR DOENÇAS GRAVES

B. O Que Não Está Garantido

- a) Despesas efetuadas em Portugal;
- b) Despesas efetuadas fora do quadro de prestadores médicos internacionais recomendados pela Allianz Portugal;
- c) Despesas efetuadas sem aprovação e pré-autorização da Allianz Portugal ainda que sejam clinicamente necessárias e consideradas indemnizáveis ao abrigo desta Cobertura;
- d) Despesas com qualquer doença grave e/ou tratamento não previstos nesta cobertura;
- e) Despesas com qualquer doença grave ou situação clínica diagnosticada antes de decorrido o período de carência da cobertura;
- f) Despesas efetuadas antes da obtenção da Segunda Opinião Médica;
- g) Despesas com doenças coronárias tratadas com recurso a técnicas não cirúrgicas;
- h) Despesas com qualquer tipo de angioplastia;
- i) Despesas com o tratamento de doenças causadas pelo transplante de órgãos, salvo se tal doença for considerada Doença Grave, para efeitos desta cobertura;
- j) Despesas com serviços de custódia, cuidados de saúde domiciliários ou serviços prestados num centro ou instituição de convalescença, asilo ou lar de idosos, mesmo quando esses serviços sejam prescritos por médico em resultado de uma doença ou situação clínica coberta;
- k) Despesas com qualquer tipo de próteses, exceto as intracirúrgicas, aparelho ortopédicos, cintas, ligaduras, muletas, membros ou órgãos artificiais, perucas (mesmo quando o seu uso for considerado necessário durante um tratamento de quimioterapia), sapatos ortopédicos, fundas inguinais para hérnias e outros equipamentos ou artigos similares, com exceção das próteses mamárias necessárias em resultado de mastectomia por cancro garantido ao abrigo desta cobertura;
- l) Despesas com todo o tipo de medicamentos ou produtos farmacêuticos que não tenham sido prescritos por médico, facultados por farmacêutico licenciado ou para cuja obtenção não se requeira receita ou prescrição;
- m) Despesas com transplante de órgãos transgênicos, geneticamente modificados, órgãos de animais, mecânicos ou provisórias;
- n) Despesas em situação de síndrome cerebral ou despesas de assistência e custódia derivados de senilidade ou deterioração cerebral;
- o) Despesas com medicinas alternativas, mesmo que prescritas de forma específica por um médico;
- p) Despesas com a compra ou aluguer de cadeiras de rodas, camas articuladas, colchões especiais, aparelhos de ar condicionado, purificadores do ar e quaisquer outros artigos ou aparelho similares;
- q) Que não tenham natureza médica abrangida por esta cobertura, tais como, entre outras, despesas com intérpretes, telefone ou despesas com a organização das viagens;
- r) Em que incorra(m) o(s) acompanhante(s) da Pessoa Segura doente, não garantidas no âmbito da presente Cobertura;
- s) Com as situações mencionadas no ponto C. como Exclusões.

15. COBERTURA MÉDICA INTERNACIONAL POR DOENÇAS GRAVES

C. Doenças Graves No Âmbito Desta Cobertura

Doença Grave	Exclusões
<p><u>Cancro</u> Tratamento do cancro que envolve o tratamento de uma lesão maligna única ou múltipla, caracterizada pelo crescimento descontrolado e dispersão de células malignas e / ou invasão de outros tecidos.</p> <p>Inclui também: - Leucemia linfocitaria crónica - Cancro papilar de bexiga</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tratamento de lesões que mostram apenas as primeiras alterações malignas, bem como tumores não invasivos e / ou "in situ"(1); 2. Cancro da pele, à exceção de melanomas malignos; 3. Lesões malignas na presença de qualquer vírus da imunodeficiência humana. <p>(1) Considera-se "in situ" uma neoplasia maligna que está limitada ao epitélio onde teve origem e que não invadiu tecidos adjacentes. É um tumor maligno pré-invasivo que, tendo sido diagnosticado numa fase inicial tem prognóstico favorável se totalmente removido.</p>
<p><u>Neurocirurgia</u> Qualquer intervenção invasiva ou não invasiva do cérebro ou outras estruturas neurológicas intracranianas, bem como tumores benignos da coluna vertebral.</p>	<p>Situações em que os procedimentos sejam o resultado de um acidente, tanto cedo quanto tarde</p>
<p><u>Doenças coronárias que exijam Cirurgia coronária arterial- "by-pass"</u> Cirurgia para corrigir o estreitamento ou bloqueio das artérias coronárias.</p> <p>Inclui:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Enxerto "by pass" para corrigir estenoses de uma ou mais artérias coronárias, b) Cirurgia da aorta ascendente. <p>Será necessário fornecer evidências angiográficas da doença subjacente</p>	<p>Tratamentos para lesões traumáticas e alterações congénitas da aorta e artérias do coração.</p>
<p><u>Acidente Vascular Cerebral</u> Falha, súbita e violenta, das funções fundamentais do cérebro, com consequências neurológicas que persistam por período superior a 24 horas, assumindo posteriormente carácter permanente (ex.: enfarte do tecido cerebral, hemorragia e embolização de origem extracraniana).</p> <p>O diagnóstico tem que ser inequívoco e confirmado por uma hospitalização numa Unidade de Cuidados Intensivos.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Acidentes isquémicos transitórios; 2. Hematomas subdurais; 3. Enfarte ou hemorragia, devidos a infeção ou tumor; 4. Custos com assistência domiciliárias para recuperação.

15. COBERTURA MÉDICA INTERNACIONAL POR DOENÇAS GRAVES

C. Doenças Graves No Âmbito Desta Cobertura

Doença Grave	Exclusões
<p>Transplante</p> <p>a) DE ÓRGÃOS DE DADOR VIVO. O transplante cirúrgico em que o segurado recebe um rim, um segmento de fígado, um lobo pulmonar ou uma porção do pâncreas devido a um dano irreversível da função correspondente desenvolvida pelo órgão afetado.</p> <p>Este órgão é substituído por outro do mesmo tipo cuja origem é de um ser humano vivo identificado como um doador compatível.</p> <p>b) DE MEDULA ÓSSEA Isso envolve o transplante no qual o segurado recebe medula óssea ou células-tronco do sangue do cordão umbilical devido ao dano irreversível da função correspondente desenvolvida por ele. No caso da medula óssea, deve ser compatível com outro do mesmo tipo cuja origem seja:</p> <ul style="list-style-type: none"> - do próprio segurado, ou seja, o transplante autólogo de medula óssea. - de outro ser humano identificado como um doador compatível, isto é, o transplante alogénico de medula óssea. <p>O transplante dos órgãos acima indicados só será aceite pela Allianz Portugal quando:</p> <ul style="list-style-type: none"> - For a última e/ou única alternativa terapêutica para a recuperação da saúde da Pessoa Segura ou prolongamento da sua vida; e/ou - A patologia que afete o órgão a transplantar seja de carácter irreversível e total. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Quando o transplante é para tratar a cirrose hepática causada pela toxicod dependência (incluindo o álcool); 2. Autotransplante, com exceção de um transplante de medula óssea. 3. O objeto do transplante é a doação para terceiros; 4. Quando envolve transplantes de doadores de cadáveres; 5. Transplante com células-tronco, com exceção do transplante de medula óssea; 6. O transplante para tratar uma doença congênita.

D. Limite de Capital

- 1.000.000,00 ano/ Pessoa Segura
- Caso o contrato de seguro venha a vigorar por um período superior a um ano, o limite de capital aplicável para a totalidade da vigência do contrato por Pessoa Segura será de € 2.000.000,00 Após atingido este valor, a cobertura cessará.

E. Âmbito Territorial

A Cobertura Médica Internacional é válida para despesas efetuadas em qualquer parte do Mundo (exceto Portugal) onde exista a rede Internacional de Prestadores.

15. COBERTURA MÉDICA INTERNACIONAL POR DOENÇAS GRAVES

F. Procedimentos Para Acionar A Cobertura

Todas as despesas ao abrigo desta cobertura devem ser pré-autorizadas pela Allianz Portugal.

Após obter uma Segunda Opinião Médica que confirma um diagnóstico de Doença Grave e lhe seja recomendado um tratamento específico fora de Portugal, deve:

1. Notificar a Allianz Portugal da decisão e solicitar a necessária Pré-autorização;
2. Cumprir com o estabelecido na pré-autorização (Termo de Responsabilidade), nomeadamente, selecionando os médicos ou hospitais da rede internacional de prestadores, recomendados pela Allianz Portugal, por serem considerados os que mais se adequam à situação clínica da Pessoa Segura. Em caso de incumprimento do estabelecido indicado na pré-autorização, a Pessoa Segura perderá o direito à indemnização;
3. Apresentar a pré-autorização ao prestador selecionado;
4. Seguir estritamente as prescrições do médico encarregado do tratamento e dar à Allianz Portugal todo o tipo de informações sobre as circunstâncias ou consequências da doença;
5. Autorizar os médicos e hospitais a que tenha recorrido a facultar aos serviços clínicos da Allianz Portugal os relatórios clínicos e quaisquer outros elementos que esta tenha por convenientes para documentar o processo.

Nota: O incumprimento de qualquer uma das obrigações constante dos pontos anteriores, será considerado como uma renúncia expressa ao direito à indemnização.

A Allianz Portugal ficará isenta de toda a responsabilidade no que se refere a despesas efetuadas sem a respetiva pré-autorização.

G. Períodos de Carência

Esta cobertura só pode ser utilizada após terminar o período de carência de:

180 dias

16. SUBSÍDIO DIÁRIO DE HOSPITALIZAÇÃO

A. O que está garantido?

1. Subsídio Diário de Hospitalização

Pagamento de um subsídio diário por cada dia de hospitalização, atribuído após decorrido o número de dias constante como Co-pagamento/Franquia no Quadro de Coberturas das Condições Particulares.

B. O Que Não Está Garantido

- a) Pagamento de subsídio em caso de hospitalização relacionada com gravidez, parto, cesariana ou interrupção involuntária de gravidez (se contratado o módulo Extra ou Total, esta exclusão não se aplica).
- b) Pagamento de subsídio em caso de Hospitalização relativa a doença ou acidente não coberta pela apólice.

C. Regime de Prestações

Esta cobertura é garantida no regime de Prestações por Reembolso, conforme indicado na tabela de Coberturas nas Condições Particulares.

D. Períodos de Carência

Esta cobertura só pode ser utilizada após terminarem os períodos de carência seguintes:

- Parto, cesariana ou interrupção involuntária de gravidez (se contratada a cobertura de Parto);
- Tratamento de patologia arterial ou venosa dos membros inferiores;
- Tratamento médico, cirúrgico ou outro no diagnóstico de hérnias discais, parede abdominal ou outras;
- tratamento médico, cirúrgico ou litotricia de cálculos dos rins, vias urinárias, vesícula e/ou vias biliares;
- Tratamento de patologia proctologica tal como hemorróidas, fístulas, fissuras de patologia do esfíncter anal e perianal;
- Tratamento médico ou cirúrgico de patologia gastro-esofago-duodenal;
- Tratamento não conservador do foro da patologia ginecológica e endócrina benigna* (nomeadamente hipófise, tireoide, paratiroide, mama, pâncreas, suprarrenal e ovários);
- Intervenção cirúrgica a ouvidos, nariz e garganta, por patologia benigna*;
- tratamento de patologia articular por artroscopia, artrotomia ou artoplastia;
- Tratamento cirúrgico ou por outro método invasivo da patologia benigna da próstata;
- Cirurgia catarata.

Em todos os tratamentos de patologia com suspeita de malignidade, sem prova documental prévia à cirurgia, o período de carência de 365 mantém-se, podendo ser reavaliado à posteriori caso se venha a comprovar malignidade.

- Restantes situações de hospitalização e cirurgia
- Situações de acidente

365 dias

90 dias

Sem carência

17. SUBSÍDIO DIÁRIO DE DESLOCAÇÃO

A. O que está garantido?

1. Subsídio Diário de Deslocação

Pagamento de um subsídio diário por cada dia de hospitalização, sempre que, por insuficiência de recursos na zona onde habita, tenha que ser internado em Hospital ou Clínica situado a uma distância superior a 150km.

B. O Que Não Está Garantido

a) Pagamento de subsídio em caso de hospitalização relacionada com gravidez, parto, cesariana ou interrupção involuntária de gravidez (se contratado o módulo Extra ou Total, esta exclusão não se aplica).

b) Pagamento de subsídio em caso de Hospitalização relativa a doença ou acidente não coberta pela apólice.

C. Regime de Prestações

Esta cobertura é garantida no regime de Prestações por Reembolso, conforme indicado na tabela de Coberturas nas Condições Particulares.

D. Procedimentos Para Acionar A Cobertura

1. A distância entre a localidade de residência da Pessoa Segura e aquela onde se situa o Hospital ou Clínica onde ocorrerá a hospitalização, será medida pelo número de quilómetros a percorrer numa viagem de ida utilizando o percurso recomendado pelo Guia Michelin;
2. O subsídio diário por deslocação só é atribuído após decorrido o número de dias constante como Co-pagamento/Franquia no Quadro de Coberturas das Condições Particulares
3. A cobertura de subsídio diário por deslocação funciona em complemento da cobertura de subsídio diário de Hospitalização, podendo funcionar em simultâneo com esta;

D. Períodos de Carência

Esta cobertura só pode ser utilizada após terminarem os períodos de carência seguintes:

- Parto, cesariana ou interrupção involuntária de gravidez (se contratada a cobertura de Parto);
- Tratamento de patologia arterial ou venosa dos membros inferiores;
- Tratamento médico, cirúrgico ou outro no diagnóstico de hérnias discais, parede abdominal ou outras;
- tratamento médico, cirúrgico ou litotricia de cálculos dos rins, vias urinárias, vesícula e/ou vias biliares;
- Tratamento de patologia proctologica tal como hemorróidas, fístulas, fissuras de patologia do esfíncter anal e perianal;
- Tratamento médico ou cirúrgico de patologia gastro-esofago-duodenal;
- Tratamento não conservador do foro da patologia ginecológica e endócrina benigna* (nomeadamente hipófise, tireoide, paratiroide, mama, pâncreas, suprarrenal e ovários);
- Intervenção cirúrgica a ouvidos, nariz e garganta, por patologia benigna*;
- tratamento de patologia articular por artroscopia, artrotomia ou artoplastia;
- Tratamento cirúrgico ou por outro método invasivo da patologia benigna da próstata;
- Cirurgia catarata.

Em todos os tratamentos de patologia com suspeita de malignidade, sem prova documental prévia à cirurgia, o período de carência de 365 mantem-se, podendo ser reavaliado à posteriori caso se venha a comprovar malignidade.

- Restantes situações de hospitalização e cirurgia
- Situações de acidente

365 dias

90 dias
Sem carência

18. 2ª OPINIÃO MÉDICA

A. O que está garantido?

1. 2ª Opinião Médica

1. O desenvolvimento das ações necessárias à recolha de uma Segunda Opinião Médica, sobre um diagnóstico existente de uma Doença Grave ou um tratamento em curso, por parte dos melhores especialistas a nível mundial e mediante a solicitação da Pessoa Segura, tais como:
 - a) Coordenação na recolha de informação;
 - b) Elaboração da tradução necessária de relatórios;
 - c) Envio para o médico especialista mais apropriado, tendo em conta a patologia da Pessoa Segura;
 - d) Transmissão da Segunda Opinião Médica no prazo máximo de 30 dias úteis contados a partir da data em que esteja recolhida toda a informação necessária.
2. Caso a Pessoa Segura decida realizar o tratamento no estrangeiro, estão ainda garantidos os seguintes serviços:
 - a) Seleção dos médicos especialistas e Hospitais estrangeiros mais adequados ao tratamento da patologia em causa;
 - b) Fornecimento de referências à Pessoa Segura sobre os médicos especialistas e Hospitais estrangeiros selecionados;
 - c) Obtenção de orçamentos e custos estimados com honorários e hospitalização relativos aos tratamentos ou intervenções a efetuar no estrangeiro;
 - d) Marcação de consultas médicas com os especialistas selecionados pela Pessoa Segura ou pela Allianz Portugal;
 - e) Marcação de reservas de transportes e alojamentos no estrangeiro para a pessoa e para os seus familiares;
 - f) Formalização dos trâmites prévios necessários à admissão da Pessoa Segura no Hospital;
 - g) Apresentação e orientação da Pessoa Segura no Hospital onde será internada e coordenação do atendimento a prestar;
 - h) Revisão, controlo e análise das faturas correspondentes aos tratamentos/consultas efetuados;
 - i) Realização de auditorias completas a todas as faturas e despesas médicas efetuadas;
 - j) Negociação de descontos a favor da Pessoa Segura junto dos médicos especialistas e hospitais.

B. O Que Não Está Garantido

- a) **Quaisquer serviços solicitados ao Serviço de Segunda Opinião Médica, quando a Pessoa Segura não sofra de doença grave nos termos definidos nesta cobertura;**
- b) **Quaisquer serviços relacionados com a obtenção de um primeiro diagnóstico;**
- c) **Serviços não solicitados através da Allianz Portugal;**
- d) **Quaisquer despesas médicas com honorários, medicamentos e/ou internamentos no estrangeiro;**
- e) **Despesas de transporte e alojamento em Portugal ou no estrangeiro;**
- f) **Quaisquer perdas ou danos originados, direta ou indiretamente pela opinião dos médicos e/ou profissionais consultados.**

C. Definição de Doença Grave No Âmbito Desta Cobertura

No âmbito da presente cobertura, é considerada como doença grave, qualquer das seguintes doenças que se desenvolva, ou não, em paralelo com outro tipo de doença:

- a) Doenças cancerígenas;
- b) Doenças cardiovasculares;
- c) Transplantes de órgãos;
- d) Doenças neurológicas, incluindo acidentes vasculares cerebrais;
- e) Insuficiência renal crónica;
- f) Doença de Parkinson;
- g) Doença de Alzheimer;
- h) Esclerose múltipla;
- i) Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (S.I.D.A.);
- j) Qualquer outra doença grave, considerada como tal pelo Serviço de Segunda Opinião Médica, tendo em conta o caso concreto da Pessoa Segura que recorre aos serviços.



19. ESTOMATOLOGIA	
A. O que está garantido?	
1. Estomatologia	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Consultas e tratamentos de estomatologia; 2. Próteses estomatológica 3. Tratamentos e aparelhos de ortodontia; 4. Exames radiológicos no âmbito da estomatologia. 	
B. O Que Não Está Garantido	
<ol style="list-style-type: none"> a) Custos relativos a materiais preciosos; b) Despesas com Estomatologia abrangidas pela cobertura de Oncologia. 	
C. Regime de Prestações	
<p>Esta cobertura é garantida no regime de Prestações na Rede e no regime de Prestações por Reembolso, conforme indicado na tabela de Coberturas nas Condições Particulares.</p> <p>Adicionalmente, o cliente beneficiará do Acesso à Rede Médica Allianz Saúde, ficando a seu cargo a totalidade dos custos calculados em função dos preços negociados pela Allianz com os prestadores, durante os Períodos de Carência, se aplicáveis, ou quando excedido o capital da cobertura.</p>	
D. Procedimentos Para Acionar A Cobertura	
Deve apresentar os comprovativos das despesas do detalhe dos tratamentos efetuados (como por exemplo, o preenchimento da "Ficha de Tratamento Dentário" fornecida pela Allianz Portugal).	
E. Períodos de Carência	
Esta cobertura só pode ser utilizada após terminar o período de carência de:	90 dias

20. MEDICAMENTOS	
A. O que está garantido?	
1. Medicamentos	
As despesas efetuadas com medicamentos prescritos por um médico.	
B. O Que Não Está Garantido	
<ol style="list-style-type: none"> a) Despesas com medicamentos para correção da obesidade; b) Despesas com vacinas com exceção das do foro alergológico; c) Despesas com medicamentos contraceptivos; d) Despesas com medicamentos para combater a queda de cabelo; e) Despesas com champôs, sabonetes, pastas medicinais e similares; f) Despesas com produtos de estética, cosmética e higiene; g) Despesas com produtos dietéticos, homeopáticos ou manipulados; h) Despesas com alimentação infantil; i) Despesas com artigos sanitários e antissépticos; j) Despesas com material de penso; k) Despesas com medicamentos abrangidas pela Cobertura de Oncologia. 	
C. Regime de Prestações	
<p>Esta cobertura é garantida no regime de Prestações por Reembolso, conforme indicado na tabela de Coberturas nas Condições Particulares.</p>	
E. Períodos de Carência	
Esta cobertura só pode ser utilizada após terminar o período de carência de:	90 dias

21. ONCOLOGIA

A. O que está garantido?

1. Oncologia

1. Despesas, efetuadas com atos de diagnóstico e terapêutica de Doença Oncológica, prescritos por Médico oncologista, a saber:
 - a) Acomodação e utilização das infraestruturas necessárias para a realização dos atos médicos (hospital de dia, diárias, bloco operatório, recobro, unidade de cuidados intensivos e equipamentos);
 - b) Honorários médicos e de enfermagem;
 - c) Materiais e todos os produtos associados aos cuidados prestados;
 - d) Equipamentos de suporte e terapia ventilatória em ambulatório
 - e) Exames auxiliares de diagnóstico;
 - f) Material de osteossíntese e próteses intracirúrgicas;
 - g) Cirurgias de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial que resultem de doença coberta por esta Condição Especial;
 - h) Consultas e tratamentos do foro estomatológico, cuja necessidade resulte de tratamento ou doença garantida por esta Condição Especial;
 - i) Tratamentos de Quimioterapia Citostática, Hormonoterapia, Imunoterapia, Transplante de Células Estaminais e de Medula e Radioterapia;
 - j) Cirurgia reconstrutiva de deformidades decorrentes do tratamento cirúrgico da neoplasia maligna
 - k) Testes para avaliação genómica;
 - l) Consultas e tratamentos domiciliários;
 - m) Tratamentos do foro da Medicina Física e de Reabilitação, incluindo terapia da fala;
 - n) Próteses ou ortóteses não oculares, incluindo:
 - i. Soutiens para Prótese Mamária;
 - ii. Prótese Mamária Bilateral Externa
 - iii. Prótese Mamária Unilateral Externa
 - iv. Cabeleiras
 - v. Produtos de Apoio para Ostomia
 - o) Consultas de nutrição;
 - p) Consultas de psiquiatria e/ou psicologia;
 - q) Consultas de naturopatia, osteopatia e acupuntura;
 - r) Consultas e tratamentos de patologias decorrentes da terapia oncológica;
 - s) Medicamentos que como tal se encontrem classificados pela autoridade competente do Ministério da Saúde, desde que dispensados com receita médica;
 - t) Internamento em unidade de cuidados continuados e paliativos;
 - u) Consultas e exames de monitorização, durante a vigência da Apólice e de acordo com o respetivo protocolo de vigilância.
 - v) A duplicação do valor fixado no Quadro de Coberturas das Condições Particulares para a garantia de Subsídio diário por deslocação, indemnizável nos termos fixados na Condição Especial daquela cobertura.;
 - w) Despesas com diárias de acompanhantes:
 - i. em caso de hospitalização de crianças até aos 12 anos;
 - ii. em caso de hospitalização de maiores de 12, num máximo de 3 diárias por sinistro e anuidade contratual.
2. As coberturas previstas nas alíneas d) j), k), l), m), n), o) p) q), s) t) derrogam, ainda que parcialmente e apenas quanto ao expressamente garantido, as exclusões das alíneas f), h), i), l), u), ff) e hh) do Artigo 4.ª das Condições Gerais.

21. ONCOLOGIA

B. O Que Não Está Garantido

O pagamento das despesas efetuadas com atos de diagnóstico e terapêutica de doença oncológica ainda que prescritos por Médico oncologista, abaixo indicadas:

- a) Despesas de natureza particular;
- b) Tratamentos estomatológicos efetuados com utilização de metais preciosos;
- c) Ortóteses oftalmológicas (óculos e lentes de contacto);
- d) Champôs, sabonetes, pastas medicinais e similares;
- e) Produtos de estética, cosmética e higiene;
- f) Produtos dietéticos, homeopáticos ou manipulados;
- g) Anticoncecionais e dispositivos intrauterinos;
- h) Vacinas.

C. Regime de Prestações

Ficam garantidas as despesas acima mencionadas estritamente no regime de Prestações na Rede, exceto em relação a Medicamentos, Próteses e Ortóteses Não Oculares, custos associados com especialidades não convencionais, tais como, osteopatia, naturopatia, acupuntura, que se encontram garantidos exclusivamente no regime de Prestações por reembolso.

Adicionalmente, o cliente beneficiará do Acesso à Rede Médica Allianz Saúde, ficando a seu cargo a totalidade dos custos calculados em função dos preços negociados pela Allianz com os prestadores, durante os Períodos de Carência, se aplicáveis, ou quando excedido o capital da cobertura.

D. Procedimentos Para Acionar A Cobertura/Pré-Autorizações

Todos os cuidados de saúde garantidos ao abrigo da cobertura de Oncologia requerem pré-autorização pela Allianz Portugal.

Numa situação de urgência, em que não seja possível solicitar a pré-autorização, a autorização tem que ser requerida no prazo máximo de 48 horas a contar da data de ocorrência.

A Allianz Portugal ficará isenta de toda a responsabilidade no que se refere a despesas efetuadas sem a respetiva Pré-autorização.

E. Períodos de Carência

Esta cobertura só pode ser utilizada após terminar o período de carência de:	180 dias
--	----------

22. ASSISTÊNCIA SÉNIOR

A. O que está garantido?

1. A prestação de serviços, através do Serviço de Assistência e mediante a solicitação da Pessoa Segura

Garantias	Limites de Capital
<p><u>Linha Saúde 24 Horas</u></p> <p>a) Marcação de Consultas, Exames e Tratamentos, nas Clínicas e Hospitais da rede Allianz;</p> <p>b) Informações sobre a rede médica convencionada Allianz (mediante informação disponível no website da Companhia de Seguros Allianz)</p> <p>c) Informações sobre hospitais, clínicas, centros de saúde, públicos ou privados;</p> <p>d) Informações sobre farmácias de serviço;</p> <p>e) Informações gerais de saúde (vacinação, higiene de vida, alimentação, acidentes domésticos, etc.);</p> <p>f) Informação sobre Viagens: prevenção, vacinação obrigatória ou aconselhada, alimentação, preparação do estojo de primeiros socorros para a viagem, orientação hospitalar local.</p> <p>As eventuais informações prestadas não poderão ser entendidas como uma consulta médica, diagnóstico ou indicação de tratamento, mas somente como uma orientação geral.</p>	<p>Ilimitado</p>
<p><u>Aconselhamento Médico Telefónico</u></p> <p>Em situação de urgência, a Allianz Portugal, através do Serviço de Assistência, disponibilizará profissionais de saúde, nomeadamente médicos, que através de contacto telefónico orientam a Pessoa Segura para a tomada de decisão mais adequada à sua situação clínica.</p> <p>As informações médicas prestadas por telefone são unicamente orientação/aconselhamento e nunca diagnóstico ou indicação de tratamento.</p>	<p>Ilimitado</p>
<p><u>Envio de médico ao domicílio</u></p> <p>Em situação de urgência, a Allianz Portugal, através do Serviço de Assistência, assegurará a deslocação de um médico ao domicílio da Pessoa Segura para consulta e eventual aconselhamento quanto à orientação a seguir.</p> <p>A Pessoa Segura terá de pagar o copagamento sendo o restante valor e o custo da deslocação do médico da responsabilidade da Serviço de Assistência.</p>	<p>Ilimitado Copagamento: 20€/envio</p>
<p><u>Envio de medicamentos ao domicílio</u></p> <p>A Allianz Portugal, através do Serviço de Assistência, garante a entrega de medicamentos ao domicílio sempre que a Pessoa Segura possua prescrição médica e esteja impossibilitado de o fazer pelos seus próprios meios. Este serviço encontra-se limitado a um raio de 50 kms, entre o domicílio da Pessoa Segura e à farmácia de serviço mais próxima.</p>	<p>Ilimitado (raio de 50km) Medicamentos: Custo a cargo da Pessoa Segura</p>

22. ASSISTÊNCIA SÉNIOR

A. O que está garantido?

1. A prestação de serviços, através do Serviço de Assistência e mediante a solicitação da Pessoa Segura

Garantias	Limites de Capital
<p><u>Cuidados de Enfermagem ao Domicílio</u> Após alta médica na sequência de internamento hospitalar ou acamamento da Pessoa Segura no domicílio, desde que comprovado por prescrição médica, e durante o período de recuperação, a Allianz Portugal, através do Serviço de Assistência, garante à Pessoa Segura o envio de um enfermeiro ao domicílio, suportando os custos da deslocação, os respetivos honorários e consumíveis médicos (com exceção dos fármacos a administrar), até ao limite indicado, cabendo à Pessoa Segura o pagamento do respetivo copagamento, consoante se trate de um ato simples ou de um ato complexo. Independentemente do tipo de ato, é da responsabilidade da Pessoa Segura a aquisição e disponibilização dos fármacos a administrar pelo enfermeiro. Para o efeito a Pessoa Segura poderá solicitar a entrega do respetivo fármaco, no domicílio, acionando a garantia de Envio de Medicamentos ao Domicílio.</p>	<p>Período de recuperação até ao Máx. de 90 dias / Ano / sinistro</p> <p>Copagamentos: Ato Simples: 10 € /Ato Ato Complexo: 30 € /Ato</p>
<p><u>Transporte de Urgência</u> Em caso de situação de urgência, a Allianz Portugal, através do Serviço de Assistência, providenciará o transporte da Pessoa Segura em ambulância ou outro meio mais adequado até à unidade hospitalar mais próxima da unidade hospitalar em que se encontre internada para outra unidade hospitalar que lhe seja prescrita e para regresso à sua Residência Habitual, após alta médica, por prescrição médica. Caso o serviço de transporte de regresso ao domicílio, por prescrição médica, tenha de ser efetuado em ambulância, deverá ser solicitado com uma antecedência mínima de 24 horas.</p>	<p>Ilimitado</p>
<p><u>Transporte em ambulância para consultas, tratamentos ou exames médicos</u> Se por impossibilidade de deslocação da Pessoa Segura, comprovado por prescrição médica e validada pela equipa médica do Serviço de Assistência, a Allianz Portugal, através do Serviço de Assistência, organizará e procederá ao envio de transporte em ambulância, para deslocação a consultas, tratamentos ou exames médicos.</p>	<p>300€ / ano Má x. 50€ por transporte</p>

22. ASSISTÊNCIA SÉNIOR

A. O que está garantido?	
1. A prestação de serviços, através do Serviço de Assistência e mediante a solicitação da Pessoa Segura	
Garantias	Limites de Capital
<p><u>Apoio Domiciliário</u></p> <p>Após alta médica na sequência de internamento hospitalar ou acamamento da Pessoa Segura no domicílio, desde que comprovado por prescrição médica, que impeça a Pessoa Segura de se deslocar pelos próprios meios, a Allianz Portugal, através do Serviço de Assistência, enviará, ao domicílio da Pessoa Segura, uma pessoa para prestar serviços de Governanta, suportando os custos dos serviços.</p> <p>Estão incluídos os seguintes serviços:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Assistência na higiene diária (sem necessidade de cuidados de enfermagem); b) Pequenas tarefas domésticas; c) Lavagem e passagem a ferro de roupa (pontual); d) Despejar o lixo; e) Mudar a roupa de cama; f) Fazer camas; g) Ajuda na Limpeza de pó; h) Levar e trazer roupa da lavandaria; i) Levantar receitas médicas; j) Assistência aos animais domésticos; k) Compras na mercearia; l) Preparação de refeições; m) Ajuda na alimentação; n) Acompanhamento a compromissos; o) Acompanhamento a almoços ou jantares. 	<p>15 dias /Ano Má x. 4 horas /dia</p> <p>Ultrapassado este Limite, o Serviço de Assistência poderá efetuar a organização dos serviços indicados, sendo o custo dos mesmos suportado pela Pessoa Segura.</p>
<p><u>Serviços Home Care</u></p> <p>A Allianz Portugal, através do Serviço de Assistência organizará, após solicitação da Pessoa Segura, os serviços abaixo indicados, a preços convencionados, sendo os respetivos custos dos serviços a cargo da Pessoa Segura:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Serviços de Apoio Domiciliário; b) Serviços de Home Catering; c) Serviços de Empregada Doméstica; d) Serviço de Acompanhamento (Noites); e) Serviços de Reparação Lar f) Outros Serviços domésticos poderão ser disponibilizados sob consulta. 	<p>Ilimitado</p> <p>Os preços convencionados e as informações sobre os vários prestadores de serviço devem ser consultados através da Linha Saúde 24 horas.</p>
<p><u>Acompanhamento Médico Telefónico da Pessoa Segura</u></p> <p>A Allianz Portugal, através do Serviço de Assistência, garantirá à Pessoa Segura um acompanhamento sobre o seu estado de saúde, através de um contacto telefónico.</p> <p>Através deste contacto, a Allianz Portugal, através do Serviço de Assistência, questionará a Pessoa Segura sobre o seu estado de saúde, aconselhando a eventual marcação de consultas, exames ou tratamentos.</p> <p>A Pessoa Segura poderá ainda usufruir, no decorrer do contacto telefónico, das Garantias de Assistência que complementam a oferta de benefícios do Allianz 55 Mais.</p> <p>As eventuais informações prestadas pela Allianz Portugal, através do Serviço de Assistência, não poderão ser entendidas como uma consulta médica, diagnóstico ou indicação de tratamento, mas somente como uma orientação geral.</p>	<p>1 Contacto/ Ano</p>



22. ASSISTÊNCIA SÉNIOR

B. O Que Não Está Garantido?

- a) Despesas de eventuais tratamentos aconselhados ou prescritos na consulta ao domicílio;
- b) Quaisquer outras despesas médicas.

C. Procedimentos Para Acionar A Cobertura

Para poder usufruir das garantias da presente cobertura, a Pessoa Segura deve contactar o Serviço de Assistência.

Nota: Caso a garantia que precisa de utilizar não tenha sido solicitada ao Serviço de Assistência ou a mesma tenha sido executada sem o seu acordo, a prestação não será paga.