

SEGURO SAÚDE

O que garante um seguro de saúde?

O seguro de doença garante os acidentes e doenças tratados em Portugal ou normalmente também no estrangeiro se se verificarem durante uma viagem não superior a 60 dias ou então com tratamento prescrito pelo médico assistente da pessoa segura, consentida previamente pelos serviços clínicos da seguradora conforme coberturas expressamente previstas nas condições do contrato, com os limites nelas fixados (franquias e montantes). Se a pessoa segura receber qualquer participação de algum sistema de segurança social, as garantias reportar-se-ão apenas aos montantes não participados. As garantias podem funcionar através do reembolso de despesas realizadas com cuidados de saúde, de pagamento directo aos prestadores dos serviços de saúde ou da combinação das duas modalidades mencionadas nos pontos anteriores.

Quais as garantias que estão normalmente excluídas de um seguro de saúde?

Doenças profissionais e acidentes de trabalho. Perturbações nervosas e doenças de foro psiquiátrico. Check-up e exames gerais de saúde. Perturbações originadas por intoxicação alcoólica ou de uso abusivo de estupefacientes e narcóticos. Acidentes ou doenças resultantes de participação em competições desportivas com veículos; prática desportiva profissional e respectivos treinos ou ainda por amadores integrada em campeonatos oficiais; prática de caça submarina, boxe, artes marciais, paraquedismo, tauromaquia e outros. Tratamento ou cirurgia destinada a correcção de obesidade, para emagrecimento e afins, fertilização ou qualquer método de fecundação artificial, transplante de órgãos ou medula, e respectivas consequências. Tratamento e/ou cirurgia estética, plástica ou reconstrutiva e suas consequências, salvo se devido a doença ou acidente abrangidos pelo seguro Despesas relativas a estadias em estabelecimentos psiquiátricos, termas, casas de repouso, lares de 3ª idade, centros de desintoxicação de alcoólicos ou tóxico-dependentes. Doenças e deficiências pré-existentes à data de celebração do contrato de seguro. Consultas, tratamentos e cirurgia do foro estomatológico Despesas ligadas a gravidez, parto e interrupção da gravidez.

O que fazer em caso de sinistro?

O tomador de seguro e a pessoa segura têm o dever de informar com verdade as circunstâncias e consequências de um acidente ou de uma doença, cumprir as prescrições do médico assistente, sujeitar-se, se necessário, a exame por

médico indicado pela seguradora, comunicar à seguradora, o internamento hospitalar ou intervenção cirúrgica, apresentar os documentos comprovativos das despesas realizadas com os cuidados de saúde e participar o sinistro no prazo máximo de 8 dias a contar da data da sua ocorrência ou conhecimento.

Como é calculado o montante das indemnizações?

O contrato prevê geralmente o prazo máximo até ao qual deve ser entregue o pedido de liquidação das despesas a contar da data da respectiva realização. Após a formulação do pedido devidamente documentado a Seguradora deve reembolsar a pessoa segura no prazo máximo previsto na apólice. Quando a Seguradora dispuser de todos os elementos e documentos necessários ao apuramento do montante a reembolsar deve concretizar o pagamento, sob pena de acrescerem juros moratórios à taxa legal vigente (7%/ano) sobre o mesmo montante.

Em que circunstâncias se pode resolver um contrato de seguro de saúde?

Nas renovações automáticas de contrato, a falta de pagamento do prémio na data indicada no aviso determina o pagamento de juros de mora, e decorridos 30 dias sobre a mesma data o contrato será automaticamente resolvido, sem possibilidade de voltar a vigorar. Mas a resolução do contrato, por falta de pagamento, não dispensa o tomador de liquidar os montantes em dívida respeitantes ao período de vigência do contrato, para além do pagamento de uma penalização à seguradora. O tomador do seguro pode, a todo o tempo, reduzir o valor seguro caso a apólice preveja essa faculdade ou resolver o contrato, desde que o faça por correio registado ou outro meio de que fique registo e com pelo menos 30 dias antes da data em que pretenda os seus efeitos. A seguradora só poderá resolver o contrato ou excluir dele uma pessoa segura no vencimento anual do seguro, salvo se houver fundamento legal devendo ser comunicado por correio registado ou outro meio de que fique registo, com a antecedência mínima de 30 dias em relação à data aniversária. A resolução do contrato ou a sua não renovação relativamente a uma pessoa segura, por iniciativa da seguradora, obriga esta a durante um ano e até esgotar o valor seguro, a garantir as prestações acordadas pelo contrato, desde que se tratem de doenças ou acidentes cobertos pela apólice, manifestados no respectivo período de vigência e sejam participados à seguradora até 8 dias após o termo do contrato.

Que outros aspectos devem ser tomados em consideração nos contratos de seguro de saúde?

A declaração à Seguradora de factos ou circunstâncias falsas, não exactos ou a sua omissão quando conhecidos, determinam que o contrato seja inválido (nulo). É aconselhável que as comunicações e notificações entre os intervenientes no contrato sejam efectuadas através de correio registado ou outro meio de que fique registo escrito, para a última morada do tomador do seguro ou segurado, constante do contrato e para a sede social da seguradora. Salvo acordo em contrário, o prémio é anual, é devido antecipadamente e por inteiro, sem prejuízo de poder ser fraccionado em parcelas para efeitos de pagamento, e a cobertura do risco pela seguradora só se inicia com o pagamento do prémio ou da sua fracção inicial. As partes podem acordar que a cobertura se inicie até 30 dias antes da data prevista para o pagamento do prémio ou da sua fracção inicial - mas a validade da cobertura dependerá sempre do pagamento do prémio ou de tal fracção. A entrada ou saída de pessoas seguras no contrato influi no valor do prémio a pagar. A sua inclusão ou exclusão entre o dia 1 e o dia 15 de cada mês considera-se, normalmente realizada no dia 1 desse mesmo mês, se ocorrem entre o dia 16 e o fim do mês considera-se, para efeitos de prémio, que se realizaram no dia 1 do mês seguinte. Nas renovações automáticas de contrato, a seguradora obriga-se a enviar ao tomador um aviso, por escrito, até 30 dias antes da data em que o prémio é devido, indicando essa data e o valor devido. Em caso de doença, as garantias do contrato só podem funcionar após um período de tempo indicado nas condições particulares ou especiais a que se chama período de carência, que é normalmente de 90 dias; para partos, o período de carência é habitualmente de 300 dias. Sempre que qualquer facto ou circunstância possam determinar um agravamento do risco coberto, no entender do tomador e/ou da pessoa segura, estes estão obrigados a comunicá-los à seguradora no prazo de 8 dias. Após a comunicação do agravamento do risco, é normalmente estipulado que a Seguradora dispõe de um determinado prazo para propor, por meio de que fique registo escrito, a modificação das condições do contrato. Recebida a notificação da seguradora com as novas condições do contrato, o tomador do seguro poderá aceitar tais condições ou resolver o contrato, com o conseqüente reembolso do prémio correspondente ao período de tempo em que não usufruiu do seguro. O tomador do seguro e a pessoa segura estão obrigados a informar a seguradora da existência de outros seguros com garantias idênticas às previstas no contrato a celebrar ou celebrado.