

COMO CONTRATAR SEGURO DE SAÚDE

1. O que é seguro de saúde?

O seguro de saúde, tem como finalidade garantir ao segurado uma cobertura para tratamentos médicos, assim como aos custos de serviços e materiais relacionados à restituição da saúde da pessoa segura.

Este seguro garante a assunção, pela seguradora de despesas incorridas com assistência médica e medicamentosa (consultas, exames, cirurgias e tratamentos na rede de prestadores) da pessoa segura.

2. Como preencher uma proposta de seguro?

A proposta de seguro é um documento, sob modelo de formulário, preenchido e assinado pelo Tomador do Seguro e/ou por cada beneficiário (Declaração Individual de Adesão), do qual constam algumas informações essenciais para a aceitação do contrato de seguro. Este documento é parte integrante da Apólice quando emitida, vincula para todas as partes (Tomador do Seguro, Beneficiário e a Seguradora).

Na proposta de seguro o proponente deve declarar o que pretende subscrever, descrevendo alguns elementos necessários à avaliação do risco pela Seguradora. Pode ser preenchido por escrito diretamente nos balcões ou agências da seguradora e ou remetido por via de plataformas virtuais.

Caso o Tomador do Seguro possua outras

informações relevantes ao seguro de saúde que queira contratar, ainda que o formulário da proposta de seguro não indique, este deve dar a conhecer à Seguradora, devendo essas informações integrar a proposta de seguro e ser parte integrante do contrato.

Note que a proposta de seguro, deve ser sempre preenchida e assinada pelo Tomador do Seguro.

Já o questionário individual de saúde por cada Pessoa Segura, pois muitas vezes estas figuras não coincidem na mesma pessoa, como a seguir veremos.

Tratando-se de Seguro de Grupo, o Boletim de Adesão de cada Titular, bem como toda a documentação de carácter clínico necessária à aceitação do risco por parte da Seguradora, constituem a base deste contrato e dele fazem parte integrante, determinando, em particular, o risco coberto.

3. Quais são coberturas mais comuns do seguro de saúde?

São coberturas mais comuns do seguro de saúde as seguintes:

- Consultas gerais e de especialidade;
- Exames;
- Medicação;
- Serviços dentários;



- Optometria;
- Evacuação;
- Internamentos;
- Cirurgias;
- Fisioterapias; e
- Maternidade.

4. Quais são as principais exclusões?

Destacam-se como principais exclusões do seguro de saúde:

- Actos realizados por médicos e outros profissionais de saúde que sejam cônjuge, pais, filhos ou irmãos da Pessoa Segura;
- Acidentes e doenças com cobertura em seguros obrigatórios;
- Acidentes de trabalho, acidentes em serviço e doenças profissionais;
- Acidentes emergentes de Participação em competições desportivas e respectivos treinos, quer como profissional quer como amador;
- Consultas ou exames médicos que sejam necessários para a emissão de atestados, declarações, certificados ou informação de qualquer tipo de documento que não tenha fins assistenciais ou terapêuticos;
- Alcoolismo e doenças resultantes do consumo de bebidas alcoólicas;
- Doenças, lesões ou deformações pré-existentes à data da celebração do contrato do seguro;
- Disfunções sexuais, excepto em consequência de doença garantida pela Apólice;
- Métodos anticoncepcionais e de planeamento familiar bem como despesas efectuadas para reverter os efeitos de uma cirurgia de esterilização voluntariamente realizada; e

- Interrupção voluntária da gravidez.

5. Qual é a diferença entre tomador do seguro, segurado e beneficiários?

O Tomador do Seguro, o Segurado e o Beneficiário são figuras diferentes, importando destacar:

- O **Tomador do seguro** é a pessoa, singular ou colectiva, que contrata o seguro junto da Seguradora e é responsável pelo pagamento do prémio.
- O **Segurado** é a pessoa no interesse de quem o seguro é contratado e cuja vida, saúde ou integridade física se assegura.
- **Beneficiário** é a pessoa a favor de quem reverte a prestação da seguradora.

A seguradora garante às Pessoas Seguras, o acesso à rede de prestadores de cuidados de saúde da Seguradora, nos termos e limites convencionados, com determinação dos critérios de financiamento expressamente indicados ou o reembolso parcial de despesas de saúde suportadas junto de entidades não convencionadas.

O Tomador do Seguro, Segurado e Beneficiários, têm e/ou usufruem de limites e coberturas do seguro de saúde individuais.

6. Como é calculado o prémio e quais são as consequências da falta de pagamento?

O prémio é calculado de acordo com a idade e o tipo de membro, que pode ser, membro principal (Segurado) e seus dependentes adultos e menores (beneficiários) e outros critérios que variam de seguradora para seguradora.

O pagamento do Prémio é condição para gozo das coberturas do seguro tanto pelo Tomador do Seguro, assim como pelo Segurado e Beneficiário.

O prêmio é anual, porém, por acordo entre a Seguradora e o Tomador do Seguro, pode ser repartido em frações mensais, trimestrais ou semestrais.

A falta de pagamento do prêmio de uma anuidade subsequente ou da 1ª fração devida, impede a prorrogação e ou renovação do contrato. A falta de pagamento de qualquer outra fração do prêmio na data em que é devida, determina a resolução automática e imediata do contrato.

A falta de pagamento, na data indicada no aviso, de um prêmio adicional resultante de uma modificação do contrato fundada num agravamento superveniente do risco, determina a resolução automática do contrato nessa data.

7. Como contratar um seguro saúde ?

Antes de contratar, é importante pesquisar e analisar as melhores soluções e onde irá obtê-las. Para contratar o seguro de saúde, é fundamental:

a) Definir as suas necessidades:

- Quantificar os segurados e beneficiários;
- Rever o histórico de doenças destes e os riscos ao qual ficam expostos; e
- Identificar o tipo de coberturas são necessárias.

b) Avaliar as coberturas básicas e as exclusões:

A maioria dos seguros oferece pacotes predefinidos de capitais e coberturas. As coberturas de internamento hospitalar, ambatório ou consultas de especialidade são, normalmente, as mais importantes e que estão incluídas na maioria das ofertas.

Mas, para além destas, existem outras que podem ser importantes, atendendo ao histórico familiar ou mesmo pessoal de cada

colaborador. Pode revelar-se necessário incluir coberturas complementares;

Igualmente importante, é verificar as exclusões nas diferentes ofertas. Muitos seguros excluem doenças existentes à data da subscrição, despesas com acidentes, riscos cobertos em outro tipo de seguros (acidentes de trabalho), tratamentos de psiquiatria ou infertilidade, etc.

- c) Analisar o período de carência: Algumas coberturas do seguro de saúde estão condicionadas a um período de carência. Significa que o beneficiário pode usufruir das coberturas apenas após um determinado período, que pode variar entre 30, 180 e até 365 dias. Algumas coberturas podem exigir períodos de carência superiores a um ano. Portanto, analise se os períodos de carência lhe confortam.

Contrate o seu seguro e Viva Sem Medo.



Reinaldo Sisto
Assistente de Produção Saúde