

CIRCULAR N.º [...] / 2024, DE [...] DE [...]

CONDIÇÕES PADRÃO DE SEGURO DE SAÚDE

I. Introdução

1. O desenvolvimento do mercado nacional de seguros de saúde tem-se efetuado nos termos gerais da liberdade de iniciativa económica, naturalmente balizada pela regulação pública, relativa tanto às empresas de seguros e distribuidores de seguros quanto aos contratos específicos da atividade. Reconhecidamente, a oferta de seguros de saúde expandiu-se quer em termos de abrangência, como de diversidade e sofisticação das coberturas.
 2. Estima-se que existam atualmente perto de quatro milhões de pessoas seguras, abrangidas por 1,3 milhões de apólices, a maior parte delas correspondentes a seguros individuais.
 3. Do ponto de vista da produção, o ramo Doença, nos termos da alínea *b*) do artigo 8.º do regime jurídico de acesso e exercício da atividade seguradora e resseguradora, aprovado pela Lei n.º 147/2015, de 9 de setembro, foi em 2023 um dos segmentos de negócio mais importantes da estrutura da carteira, considerando os ramos Vida e Não Vida.
 4. A presente iniciativa da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões (ASF) enquadra-se na missão estatutária de garantia da manutenção de elevados padrões de conduta por parte das entidades que supervisiona, com vista ao objetivo principal de proteção dos tomadores de seguros, segurados, subscritores, participantes, beneficiários e lesados.
 5. Integra um conjunto de medidas regulatórias planeadas pela ASF para reforçar a regulação deste ramo de seguro com a finalidade de promover a subscrição, pelos tomadores de seguros, de contratos de seguros adequados à proteção dos indivíduos e dos agregados familiares e de apoiar a transparência das condições oferecidas pelas empresas de seguros, bem como a acessibilidade à comparação de coberturas, de prémios e de outras condições da prestação relevantes.
-

6. Com efeito, as condições padrão enunciadas conferem um determinado nível de proteção, face ao conjunto de coberturas e capitais elencado, consubstanciando um seguro de saúde com uma forte componente de internamento hospitalar que visa acautelar as situações que mais podem impactar a situação financeira da pessoa segura em caso de doença declarada que implique internamento, prevendo um conjunto de coberturas equilibrado.
7. Importa, de facto, que a relevância socioeconómica crescente do seguro de saúde seja acompanhada de uma acrescida capacidade de os tomadores de seguros de saúde realizarem escolhas adequadas, para o que pode contribuir a maior facilidade de comparação entre os diversos produtos disponíveis no mercado.
8. Para esse fim, a ASF entende que a disponibilização pelos seguradores de uma opção de seguro de saúde que preencha um conjunto de condições comparáveis, designadamente em termos de amplitude dos riscos cobertos, capitais seguros, pré-existências e exclusões, e que seja de apreensão simples, permitirá escolhas mais informadas, potenciará a adequação das opções contratuais tomadas pelo tomador do seguro e reforçará a transparência do mercado.
9. A identificação do âmbito específico de cobertura e das condições de um contrato de seguro de saúde suscetíveis de configurar um padrão que faculte a comparabilidade entre contratos de seguro foi realizada com atenção especial à oferta vigente no mercado nacional do seguro de saúde.
10. A disponibilização de um produto com as condições padrão não impede que essa oferta se esgote nas coberturas previstas no n.º 1 do anexo, podendo naturalmente agregar outras coberturas e capitais opcionais, conferindo uma proteção na saúde mais ampla e adaptando-se às diferentes necessidades dos consumidores, bem como ao perfil e mercado alvo do segmento de saúde, que irão variar naturalmente em função da idade de subscrição do produto.
11. Foram também considerados os contributos recebidos nos termos do Relatório da Consulta Pública n.º [...] /2024.

12. A presente Circular dirige-se às empresas de seguros autorizadas ao exercício em Portugal da atividade do ramo “Doença”.

II. Enquadramento regulatório

13. O seguro de saúde é um contrato facultativo, ao qual é aplicável o regime jurídico do contrato de seguro (RJCS), aprovado pelo Decreto-Lei n.º 72/2008, de 16 de abril, e cujo regime específico se resume ao previsto nos artigos 213.º a 217.º do RJCS, tendo o último daqueles artigos sido objeto de alteração pela Lei n.º 75/2021, de 18 de novembro.
14. Nenhuma destas disposições prevê cláusulas uniformes, portanto, de imposição administrativa, pelo que aos respetivos seguradores assiste inteira liberdade de estipulação contratual, em conformidade com os limites da legalidade.
15. De entre os limites da legalidade, importa destacar que a apólice de seguro deve ser redigida usando palavras e expressões da linguagem corrente sempre que não seja imprescindível o uso de termos legais ou técnicos, nos termos do artigo 36.º do RJCS.

III. Conjunto de condições comparáveis e informação adequada ao consumidor

16. Tendo em consideração o acima exposto, nos termos da alínea *b)* do n.º 3 do artigo 16.º dos seus Estatutos, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 1/2015, de 6 de janeiro, a ASF considera como adequado à prossecução dos objetivos referidos no n.º 5 que os seguradores que explorem em Portugal o ramo “Doença”:
 - a)* Disponibilizem aos tomadores de seguros uma opção de seguro de saúde que preencha o conjunto de condições comparáveis previstas no anexo a esta Circular;
 - b)* Prestem ou assegurem que sejam prestados aos tomadores de seguros e aos segurados a informação e os esclarecimentos necessários à compreensão das condições do seguro de

saúde e de outros aspetos essenciais da prestação, como a rede de prestadores de que dispõem, de forma a habilitar a escolha mais adequada às necessidades do tomador do seguro e dos segurados e à comparação das condições oferecidas pelo produto face a outras opções;

c) Quando disponibilizem coberturas adicionais face às previstas no anexo, prestem ou assegurem que seja prestada aos tomadores de seguros a informação que permita a comparação do prémio com referência às condições padrão e conhecer os acréscimos de prémio decorrente das coberturas adicionais, autonomizando a parte do prémio devida pelas coberturas previstas no n.º 1 do anexo e a parte do prémio devida pelas coberturas adicionais;

d) Quando o seguro de saúde oferecido preencha o conjunto de condições padrão previstas no anexo, incluam essa menção quer na documentação pré-contratual (mais concretamente no Documento de Informação sobre o Produto de Seguro) quer na contratual (designadamente nas condições particulares);

e) Caso optem por não disponibilizar aos tomadores de seguros uma opção de seguro de saúde que preencha totalmente o conjunto de condições padrão previstas no anexo, se abstenham de referência a essas condições padrão em quaisquer documentos.

IV. Monitorização e avaliação

17. Caso venham a celebrar contratos de seguro que preencham as condições previstas no anexo a esta Circular, os seguradores reportam à ASF, no prazo de 30 dias após o final de cada semestre, com referência ao semestre anterior, os seguintes elementos:

- a)* Número de contratos de seguro de saúde em vigor que adotem as condições, no final do período;
- b)* Número de pessoas seguras pelos referidos contratos de seguro de saúde em vigor, no final do período;
- c)* Prémios totais cobrados durante o período relativamente às coberturas previstas no n.º 1 do anexo.

18. As comunicações previstas nos números anteriores são efetuadas por meio de formulários próprios disponíveis no Portal ASF residente em www.asf.com.pt.
19. No prazo de 12 meses após a publicação da presente Circular, a ASF publica um relatório sobre a avaliação da respetiva aplicação.

Em

O Conselho de Administração:

Anexo

(a que se refere o n.º 16 da Circular n.º [...] /2024, de [...] de [...])

Condições Padrão de Seguro de Saúde

I. Âmbito da cobertura

1. O contrato de seguro inclui uma cobertura base, de Hospitalização, de Ambulatório e de Medicina Preventiva, e uma cobertura complementar, de Doenças de Cobertura Alargada nos termos do quadro seguinte:

Coberturas	Limite de capital	Prestação a cargo da pessoa segura	Período de carência
Hospitalização	30.000,00 €	10%, com: mín. de 250,00 € máx. de 500,00 €	180 dias, exceto parto 310/365 dias
Ambulatório	1.000,00 €, com sublimites:		60 dias
Consultas			
- Programadas	6 consultas	20,00 €	
- Urgentes	2 consultas	45,00 €	
Exames programados	2 exames	10,00 €	
Análises clínicas	2 pacotes	10,00 €	
Fisioterapia	250,00 €	10,00 €	
Medicina preventiva	1 pacote	0 €	60 dias
Doenças de cobertura alargada	300.000,00 €	10%, com: mín. de 250,00 € máx. de 500,00 €	180 dias

2. A cobertura do contrato de seguro adota as seguintes condições específicas:
- a) A cobertura “Hospitalização” abrange as despesas de transporte e estadia;
 - b) A cobertura “Ambulatório” abrange tratamentos, consultas, exames programados, análises e fisioterapia;
 - c) A cobertura “Doenças de cobertura alargada” abrange as seguintes doenças:

- i)* Cancro (neoplasia maligna);
 - ii)* Doenças cardiovasculares, que inclui: “doença isquémica coronária”, “cardiologia de intervenção - cateterismo e angioplastia (tratamento)”, “*by pass*”, “disritmia cardíaca” e “doença valvular cardíaca”;
- d)* A cobertura “Medicina Preventiva” abrange o seguinte conteúdo e parâmetros:
- i)* Mulher: Mamografia (>45 anos; dois em dois anos); Citologia do colo do útero (anual);
 - ii)* Homem: PSA (>50 anos; dois em dois anos);
 - iii)* Mulher/Homem: Sangue oculto nas fezes (>50 anos; dois em dois anos); Hemograma; Bioquímica básica: glicémia, lipidograma.
- e)* Limites de idade de entrada de acordo com a política da empresa de seguros;
- f)* Não exclusão da permanência no seguro com base na idade da pessoa segura;
- g)* Inclusão da cobertura de gravidez e parto;
- h)* A divisão do ónus do pagamento dos sinistros entre o segurador e a pessoa segura reveste a modalidade de copagamentos, e não de franquia.
3. Sem prejuízo da liberdade de atualização do prémio, na anuidade ou nos termos do regime de alteração do risco, as condições padrão não sofrem alteração desfavorável ao tomador do seguro ou à pessoa segura.

II. Definições

4. O contrato de seguro adota as seguintes definições:
- a)* “Condições padrão de Seguro de Saúde”, condições do contrato adotadas em conformidade com o disposto no Anexo à Circular n.º [...] /2024, de [...] de [...];
 - b)* “Tomador do seguro”, a pessoa ou a entidade que contrata com o segurador, sendo responsável pelo pagamento do prémio;

- c) “Pessoa segura”, a pessoa sobre a qual recaem os riscos cobertos pelo seguro; no caso dos seguros de grupo, são admitidos a integrar a categoria as pessoas ligadas ao tomador do seguro por um vínculo distinto do do seguro, e o seu agregado familiar, ambos identificados nas Condições Particulares; e no caso dos seguros individuais, são admitidos a integrar a categoria as pessoas que constituam o agregado familiar identificado nas Condições Particulares, no caso dos contratos que admitam a cobertura de agregados familiares;
- d) “*Acidente*”, acontecimento fortuito, súbito e anormal, devido a causa exterior e estranha à vontade da pessoa segura, que nesta origine lesões corporais que possam ser clínica e objetivamente comprovadas, e suscetíveis de acionar as coberturas do contrato;
- e) “*Doença*”, alteração involuntária do estado de saúde, degradando-o, não causada por acidente e suscetível de constatação médica;
- f) “*Doença congénita*”, a doença, ou malformação, presente à nascença;
- g) “*Doença preexistente*”, condição patológica que a pessoa segura não poderia ignorar, ou deveria ter tido conhecimento, antes da data da subscrição do seguro, em razão, nomeadamente, de ter sido objeto de tratamento ou outro ato médico, de ter sido diagnosticada, ou de ter evidências e sintomas específicos;
- h) “*Despesas de medicina preventiva*”, despesa realizada pela pessoa segura com exames médicos pré-definidos face ao respetivo quadro clínico e segundo os protocolos e padrões reconhecidos pela comunidade médica, desde que prescritos ou realizados por médico;
- i) “*Ambulatório*”, prestação de cuidados de saúde, incluindo consultas, tratamentos, exames, análises e fisioterapia, por pessoas habilitadas especificamente para o efeito (médicos, enfermeiros, psicólogos e equiparados, nos termos do contrato), em estabelecimento especializado ou em local equiparado, ou no domicílio;
- j) “*Hospitalização*”, permanência em estabelecimento legalmente autorizado à prestação de cuidados de saúde, incluindo cirurgias e outros tratamentos médicos ou de enfermagem;
- k) “*Capital seguro*”, o valor máximo da prestação a pagar pelo segurador, relativamente a cada pessoa segura, por sinistro ou anuidade de seguro, consoante o que estiver fixado no contrato, e podendo o contrato igualmente estabelecer a sua divisão em sub-capitais distintos, e independentes, em função de distintos tipos de cobertura e de doenças ou acidentes.

III. Pré-existências e portabilidade da cobertura

5. Em matéria de preexistências, o contrato de seguro:
 - a) Apenas exclui as doenças preexistentes na data da aceitação inicial do risco, pelo que em caso de portabilidade da cobertura o segurador de destino não exclui doença não constante do certificado de preexistências que lhe seja entregue pelo tomador do seguro ou pela pessoa segura, nos termos do previsto na alínea a) do número seguinte;
 - b) Abrange as doenças congénitas que não constem da lista de preexistências excluídas, pelo que em caso de portabilidade da cobertura é aplicável o previsto na alínea anterior;
 - c) Prevê que a lista de pré-existências fixada na data da aceitação inicial do risco, na sequência da apresentação de questionários clínicos pelo segurador, não é objeto de aditamentos no caso de aceitação da portabilidade da cobertura pelo segurador de destino.
6. Para efeitos de portabilidade da cobertura, o contrato de seguro prevê que:
 - a) O segurador inicial, no prazo máximo de 15 dias, entrega ao tomador do seguro um certificado de doenças pré-existentes na data da aceitação inicial do risco;
 - b) O acesso, pela pessoa segura, ao direito à portabilidade da cobertura depende da permanência de forma ininterrupta pelo menos durante dois anos em contrato de seguro que adote as condições padrão antes da data da proposta de portabilidade, salvo exclusão da pessoa segura de um contrato por razão a que seja alheia;
 - c) Em caso de cessação do contrato por sua iniciativa, o segurador informa o tomador do seguro dos motivos da cessação e da condição prevista na alínea anterior, com, pelo menos, 30 dias de antecedência em relação à data da cessação.

IV. Outros conteúdos contratuais

7. No que se refere ao âmbito territorial:
 - a) O contrato de seguro apenas é válido em território nacional;

- b)* Salvo convenção em contrário mais favorável ao tomador do seguro ou à pessoa segura, o contrato de seguro cobre as despesas com cuidados de saúde havidas em território europeu se a deslocação da pessoa segura ao estrangeiro for por período não superior a 60 dias, e desde que resulte de acidente ou urgência, cuja necessidade seja comprovada por relatório médico
- 8. A recusa de cobertura pelo segurador com base em motivo de natureza médica deve ser efetuada num prazo máximo de oito dias contínuos a contar do pedido, sob pena de autorização tácita, e determina a atribuição à pessoa segura do direito à realização de uma arbitragem médica, a qual deve estar decidida num prazo máximo de 30 dias contínuos a contar do pedido.
- 9. Em caso de urgência médica ou clínica devidamente comprovada, o primeiro prazo previsto no número anterior é o que for medicamente razoável.

V. Exclusões admissíveis

- 10. Salvo convenção expressa em contrário constante das Condições Particulares, o contrato de seguro exclui da cobertura as prestações decorrentes de:
 - a)* Doenças, lesões ou deformações preexistentes à data de início ou de adesão ao seguro, bem como a gravidez pré-existente, que tenha dado origem a qualquer ato médico antes da data de celebração do contrato;
 - b)* Acidentes de viação, acidentes de trabalho ou doenças profissionais, bem como outros acidentes e doenças cobertos por outros seguros obrigatórios;
 - c)* Consultas, tratamentos e/ou cirurgias para correção de regularização do peso ou de obesidade, incluindo situações de obesidade mórbida, ou cirurgias de cariz estético, exceto se incluídas no tratamento de doença maligna ou consequente de acidente ocorrido na vigência da apólice;
 - d)* Na cobertura de Hospitalização, quaisquer tratamentos cirúrgicos ou a laser, destinados a corrigir erros de refração de miopia, astigmatismo, hipermetropia e presbiopia;

- e) Despesas com tratamento ou correção de doenças ou malformações congénitas, exceto para recém-nascidos garantidos na apólice desde o seu nascimento, e desde que esta esteja em vigor pelo menos há 12 meses;
- f) Tratamento cirúrgico da roncopatia e despesas com tratamento do sono;
- g) Qualquer tratamento, intervenção ou cirurgia do foro estético, plástico ou reconstrutivo, bem como as suas consequências, efetuado com intenção de melhorar a aparência pessoal ou remover tecido corporal são, não sendo considerado motivo válido razões psicológicas, e excetuando-se as situações que decorram de acidente ou doença maligna ocorridos durante a vigência da apólice;
- h) Disfunções sexuais;
- i) Interrupção voluntária da gravidez, incluindo situações clínicas desta decorrentes, bem como despesas efetuadas com tratamentos cirúrgicos com finalidades contraceptivas;
- j) Consultas, tratamentos, testes de infertilidade e atos médicos praticados no âmbito da reprodução medicamente assistida, bem como os métodos de inseminação artificial;
- k) Alcoolismo e tratamentos relativos à toxicodependência, bem como todas as doenças ou lesões adquiridas pela pessoa segura por ter agido sob a influência de álcool, estupefacientes, narcóticos, outras drogas ou produtos tóxicos ou da utilização abusiva de medicamentos, quando não prescritos por receita médica;
- l) Transplante de órgãos ou tecidos e respetivas consequências;
- m) Acidentes ocorridos e doenças decorrentes de:
 - i) Participação em competições desportivas e respetivos treinos ou provas, quer como prática profissional, quer como participação amadora, como sendo artes marciais, luta, boxe, saltos ou saltos invertidos com mecanismo de suspensão corporal (*bungee jumping*), salto de penhascos, rochedos, montanhas, precipícios, prédios, torres, antenas, barragens, pontes ou outras plataformas físicas, com ou sem paraquedas (*base jumping*);

- ii)* Participação em provas e competições com veículos providos de motor (duas rodas, três rodas ou moto quatro) ou sem motor (*skate*, BTT, *rafting*, asa-delta, parapente, ultraleve, paraquedismo, incluindo a queda livre e o voo utilizando fatos planadores).
- iii)* Tauromaquia e largadas de touros, caça de animais perigosos, hipismo;
- iv)* Motonáutica, esqui aquático e outros desportos aquáticos em que o praticante é impulsionado por meio motorizado, paraquedas ou papagaio (*kitesurf*), bem como desportos náuticos praticados sobre pranchas e ainda descida de torrentes ou correntes originadas por desníveis nos cursos de água, prática desportiva de mergulho ou caça submarina;
- v)* Prática de esqui e outros desportos na neve ou gelo, como alpinismo, alta montanha, escalada, corrida em penhascos, serra ou montanha, *slide* ou *rappel* e também espeleologia;
- vi)* Cataclismos da natureza, atos de guerra, declarada ou não, ações de terrorismo, sabotagem perturbações da ordem pública e utilização de armas químicas ou bacteriológicas ou agentes químicos ou ainda na contaminação do meio ambiente;
- vii)* Intervenções em atos criminosos ou rixas, salvo em caso de legítima defesa;
- viii)* Exposição a efeitos de radioatividade;
- n)* Tratamentos termais e estadias em termas, sanatórios, lares de terceira idade, residências assistidas, casas de repouso, convalescença, unidades de cuidados continuados ou paliativos, centros de tratamento de toxicod dependência e/ou alcoolismo e outros estabelecimentos similares, e ainda consultas e tratamentos realizados no âmbito de especialidades não reconhecidas pela Ordem dos Médicos, tais como consultas e tratamentos de hidroterapia, homeopatia, fitoterapia, quiroterapia, entre outros;
- o)* Procedimentos, tratamentos, atos e testes cirúrgicos ou outros, considerados de carácter experimental, assim como todos os procedimentos e diagnósticos e terapêuticas que necessitem de comprovação médica;
- p)* Serviços que não sejam clinicamente necessários/justificados, face ao quadro clínico da pessoa segura e de acordo com os protocolos e padrões reconhecidos pela comunidade médica; a assistência hospitalar por razões de carácter estritamente social; as despesas de

natureza particular (telefone, aluguer de tv/internet, etc.), bem como aquelas não diretamente relacionadas com os atos médicos abrangidos pelo contrato;

- q)* Consequências de atraso injustificado ou negligência imputável ao prestador de cuidados de saúde ou à pessoa segura no recurso à assistência médica, ou da recusa ou inobservância de tratamentos que lhe tenham sido prescritos;
- r)* Despesas com acompanhantes da pessoa segura, incluindo estadia, exceto em caso de internamento hospitalar de menores de 14 anos ou de cidadãos portadores de deficiência;
- s)* Despesas de transporte e alojamento da pessoa segura;
- t)* Despesas com atos relacionados ou prescritos por médicos e outros profissionais de saúde que sejam cônjuges, pais, filhos ou irmãos da pessoa segura, bem como pela pessoa segura a si própria enquanto médico ou profissional de saúde;
- u)* Acidentes ou doenças em consequência de prática de atos dolosos, ilícitos ou com culpa grave da pessoa segura, incluindo a tentativa de suicídio ou o agravamento do seu estado de saúde, automutilação, participação em apostas ou desafios, intervenção em duelos e rixas.