

RELATÓRIO DA CONSULTA PÚBLICA

N.º 11/2024

**Projeto de circular relativa a condições padrão de
Seguro de Saúde**

3 de junho de 2025

A — ENQUADRAMENTO

Esta iniciativa enquadra-se na missão estatutária de garantia da manutenção de elevados padrões de conduta por parte das entidades que a ASF supervisiona, com vista ao objetivo principal de proteção do consumidor.

Integra um conjunto de medidas regulatórias aprovadas pela ASF com o objetivo de proteção do consumidor de seguros de saúde e tem como finalidade promover a subscrição 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 comparação de coberturas, de prémios e de outras condições da prestação relevantes.

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.

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 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.

No quadro das competências que lhe estão legalmente atribuídas, a ASF tem ao seu dispor instrumentos, tais como as normas regulamentares, de cumprimento obrigatório pelas entidades sujeitas à sua supervisão, e outros instrumentos, cujo cumprimento pelas entidades supervisionadas não assume um carácter obrigatório, de que são exemplos as circulares, recomendações e orientações genéricas, entre outros.

Não existindo previsão legal que habilite a ASF a emitir regulamentação no que concerne à matéria em apreço, foi considerada adequada a elaboração de Circular, instrumento de *soft law* que visa orientar a conduta das entidades supervisionadas em complemento ao enquadramento regulatório: está em causa a indicação de práticas adequadas ao objetivo pretendido (a acrescida capacidade de os tomadores de seguros de saúde realizarem escolhas informadas e adequadas) e não um instrumento de cumprimento obrigatório.

A Circular enquadra os fundamentos e objetivos da iniciativa regulatória e descreve o enquadramento regulatório aplicável ao contrato de seguro de saúde.

Na parte dispositiva, a Circular identifica ainda as práticas dos seguradores que a ASF considera como adequadas à prossecução do objetivo de promoção da subscrição, pelos tomadores de seguros ou a adesão pelos segurados a 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.

Essas práticas dos seguradores incluem:

a) A disponibilização aos tomadores de seguros ou aos segurados de uma opção de seguro de saúde que preencha o conjunto de condições previstas no anexo à Circular;

b) A prestação ou o assegurar 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 e os preços de referência dos atos médicos praticados, 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 o seguro de saúde oferecido preencha o conjunto de “condições padrão” previstas no anexo, a inclusão da menção “este seguro preenche as condições padrão divulgadas pela Circular da ASF n.º 6/2025, de 3 de junho” quer na documentação pré-contratual (mais concretamente no documento de informação sobre o produto de seguros e nas informações pré-contratuais) quer na contratual (designadamente nas condições particulares);

d) Sem prejuízo do referido na alínea anterior, quando disponibilizem coberturas ou capitais adicionais face aos previstas no anexo, a prestação ou o assegurar que seja prestada aos tomadores de seguros e aos segurados a informação que permita a comparação do prémio com referência às condições padrão e conhecer os acréscimos de prémio decorrente das coberturas ou dos capitais 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;

e) Caso optem por não disponibilizar uma opção de seguro de saúde que preencha totalmente o conjunto de “condições padrão”, a abstenção de referência a essas mesmas condições em quaisquer documentos.

Por seu turno, as “Condições Padrão” encontram-se divididas em quatro partes: “I. Âmbito da cobertura”, “II. Definições”, “III. Outros conteúdos contratuais” e “IV. Exclusões”.

Quanto ao “I. Âmbito da cobertura”, encontra-se dividido em quatro coberturas: “Hospitalização”, “Ambulatório”, “Medicina preventiva” e “Doenças de Cobertura Alargada”, abrangendo cancro e doenças cardiovasculares, com capitais distintos.

O regime comum previsto para todas as coberturas abrange soluções como a não exclusão da permanência no seguro com base na idade da pessoa segura, a inclusão da cobertura de gravidez e parto, além do “congelamento” das preexistências à data de entrada da pessoa segura na cobertura da modalidade de seguro em causa.

Relativamente à parte II. “Definições”, apenas se preveem as indispensáveis ao funcionamento da cobertura decorrente dos conteúdos padrão, cabendo as demais à liberdade de estipulação.

A redação das concretas definições previstas na parte II. não é imperativa, sem prejuízo, naturalmente, de a ambiguidade de eventual redação concretamente distinta dever ser decidida a favor do aderente ao contrato, nos termos gerais.

Na parte III. “Outros conteúdos contratuais”, para além do âmbito territorial do seguro, consta a indicação de um regime aplicável à recusa de cobertura pelo segurador com base em motivo de natureza médica, a duração do contrato e a informação do segurador quanto aos motivos da cessação do contrato quando seja de sua iniciativa.

É na lista de exclusões, constante da parte IV. do Anexo, que sobressai o aludido carácter de nível mínimo de proteção da pessoa segura – como a lista leva em conta um largo espectro das exclusões praticadas no mercado nacional do seguro de saúde, poderão os concretos seguradores que venham a disponibilizar seguros padrão prescindir de algumas das exclusões ali indicadas.

O projeto de circular foi submetido a um processo de consulta pública, que decorreu entre os dias 11 de novembro e 16 de dezembro de 2024, tendo sido recebidas nove respostas, das quais

cinco são publicadas em anexo, em virtude de os respondentes não se terem oposto à publicação dos respetivos contributos, conforme previsto no ponto 3. do Documento de Consulta Pública n.º 11/2024.

A ASF agradece o envolvimento dos interessados no processo de consulta pública.

B — QUESTÃO SUSCITADA E RESPETIVA RESOLUÇÃO

Replicando a metodologia aplicável às consultas públicas da ASF relativas a normas regulamentares, propôs-se a utilização de uma tabela de comentários destinada a facilitar a formulação de comentários sobre as matérias vertidas no projeto sob consulta, nos termos previstos no ponto 3. do Documento de Consulta Pública.

Assim, apresenta-se em anexo a referida tabela com a resolução da ASF em relação aos comentários suscitados no âmbito da consulta pública do projeto de circular de respondentes que não se opuseram à referida publicação,

Pessoa/Entidade: *DECO*

Assinalar caso se oponha à publicação dos contributos: ☐

TABELA DE COMENTÁRIOS

Projeto de Circular relativa a condições padrão de seguro de saúde

Indicações:

Na coluna “Conteúdo (do documento de Consulta Pública, da Circular ou do Anexo)”, indicar o ponto do texto do documento de Consulta Pública, ou do projeto de Circular, ou do respetivo Anexo.

Na coluna “Comentário”, indicar o comentário ao ponto do texto do documento de Consulta Pública, ou do projeto de Circular, ou do respetivo Anexo.

Cada comentário deve reportar-se a um ponto específico.

Em cada comentário que vise uma modificação do texto da Circular ou do Anexo deve ser apresentada uma justificação para o seu acolhimento, podendo ainda ser acrescentadas outras observações.

A coluna “Resolução” corresponde à resolução de cada comentário ou observação e será preenchida pela ASF.

Conteúdo (da Circular ou do Anexo)	Comentário	Resolução
PROJETO DE CIRCULAR N.º [...] /2024, DE [...] DE [...] CONDIÇÕES PADRÃO DE SEGURO DE SAÚDE	A nosso ver, é crucial que a ASF expresse e fundamente a necessidade e importância da existência de um produto com estas características. para a proteção dos tomadores de seguros e segurados, aliás, objetivo principal da presente iniciativa, conforme expressamente declarado no Documento de consulta pública n.º 11/2024.	A ASF considera que a circular já incorpora todas as asserções consubstanciadas no comentário. Com efeito, há referências <i>(i)</i> à diversidade da oferta de seguros de saúde <i>(ii)</i> à importância da apreensão e da comparação das condições e <i>(iii)</i> à adequação do produto às necessidades dos consumidores.

I. Introdução	Essa necessidade é justificada, precisamente, pela impossibilidade, de facto, de os mesmos compararem as condições dos seguros de saúde existentes no mercado e adotarem as suas decisões de contratação de uma forma informada e adequada às suas necessidades. Neste sentido, propomos a introdução de um ponto adicional, entre os pontos 2 e 3 com a seguinte redação ou similar: <i>“A ASF reconhece que a oferta de seguros de saúde existente no mercado é de tal forma ampla em termos de diversidade de condições, que dificulta a sua apreensão e impossibilita a sua comparação por parte dos consumidores. Tal prejudica a liberdade de os consumidores poderem escolher um seguro de saúde com base nas condições do contrato e de acordo com as suas necessidades”.</i>	
III. Conjunto de condições comparáveis e informação adequada ao consumidor	Atendendo à importância significativa para efeitos de comparabilidade de ofertas dos preços praticados em cada prestador, sugere-se a seguinte redação alternativa: 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 e preços aplicáveis em cada prestador, 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;	Acolhido o aditamento de menção aos preços de referência dos atos médicos praticados pelos prestadores da rede. Entende-se que a informação individualizada por prestador constituiria uma oneração excessiva.
IV. Monitorização e avaliação N.º 17	- A obrigação de reporte aqui prevista visa, grosso modo, obter informação acerca dos contratos de seguro de saúde	A ASF considerou que o n.º 17 da parte IV da circular poderia gerar dúvidas quanto à referência a “contrato de seguro que preencham as condições previstas no anexo a

	celebrados que preenchem totalmente o conjunto de condições padrão previstas no anexo da Circular. Deste modo e em conformidade, propomos a seguinte redação alternativa para o corpo do n.º 17. <i>“Caso venham a celebrar contratos de seguro que preencham totalmente 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:”</i> - O preço é um elemento fundamental para o consumidor, diríamos, até, um dos elementos determinantes da decisão de contratar um seguro de saúde. Neste contexto, e sem prejuízo de o valor do prémio a aplicar depender, entre outros, de uma avaliação do risco de cada consumidor, entendemos que a informação acerca de um valor médio de prémio, aplicado por cada segurador a este tipo de produto, seria uma informação muito útil a disponibilizar ao consumidor, nos termos do n.º 19 da Circular. Ademais, uma das finalidades da iniciativa em apreciação é precisamente promover a acessibilidade à comparação de prémios, bem como de coberturas e de outras condições da prestação relevantes. Neste contexto, e como também se entende relevante que a informação seja prestada em função da idade do segurado, dado que é um fator que levanta questões, não só em termos de adesão e permanência ao/no contrato, mas também em termos de valor do prémio, propomos acrescentar a seguinte alínea: <i>d) Valor médio dos Prémios cobrados por pessoa segura, durante o período, relativamente às coberturas previstas no n.º 1 do anexo, apresentado em função das seguintes Classes Etárias:</i>	esta Circular”, pelo que, para esclarecer que devem estar preenchidas <i>todas</i> as condições previstas no anexo à circular, acolheu o proposto. *** Entende-se que o valor médio dos prémios por pessoa segura já é deduzível através dos elementos previstos no n.º 17. Atendendo à natureza desta iniciativa, a opção da ASF é a de restringir a complexidade do reporte exigido aos seguradores, não os onerando excessivamente no âmbito de uma medida de adoção voluntária. Na sequência da elaboração do Relatório referido no n.º 20, a ASF pode concluir, caso se releve adequado, pela revisão do âmbito do reporte.
--	---	---

	18-34 anos 35-54 anos 55 ou mais anos (As classes etárias ora propostas, correspondem às mesmas que foram usadas no Inquérito à População do Observatório dos Seguros de Saúde). - A existência de produtos com “características básicas”, bem como a sua padronização, permitem que os consumidores tomem decisões conscientes e informadas no âmbito da contratação, incluindo a mudança de seguradora, com claros ganhos em termos de reforço da transparência e concorrência no mercado. Neste contexto, entendemos que a informação sobre a portabilidade da cobertura é essencial, não só para o regulador, como também para o consumidor, pelo que propomos adicionar duas alíneas, com o seguinte teor: <i>e) Número de contratos de seguro de saúde que adotavam as condições e que foram cessados com proposta de portabilidade, no final do período;</i> <i>f) Número de contratos de seguro de saúde que adotam as condições e que foram celebrados por via do exercício do direito à portabilidade, no final do período;</i>	
Anexo Âmbito da cobertura N.º 1	Considerando que se afirma que a identificação do âmbito específico de cobertura e das condições foi realizada com atenção especial à oferta vigente no mercado nacional do seguro de saúde e que o que se pretende é prever um conjunto de coberturas equilibrado, consideramos o seguinte:	Tendo em conta o melhor interesse dos consumidores de seguros de saúde, a ASF optou por não estabelecer os sublimites inicialmente previstos.

	- O sublimite de 6 consultas programadas é bastante reduzido; - O sublimite de 2 consultas de urgência é bastante reduzido; - O que acontece após utilização das 6 consultas com copagamento de 20€ e 2 urgências a 40€? O segurado pode continuar a usar o seguro até ao limite de capital, a preços convencionados? A utilização é exclusiva numa rede? Há a possibilidade de utilização fora dessa rede? Se sim, que percentagem caberá à pessoa segura? - É de ponderar a consagração de uma cobertura específica para estomatologia, que é cada vez mais relevante, face à oferta deficitária do SNS e que corresponde a uma necessidade de todos os consumidores, independentemente da idade. De salientar que, nos termos do próprio Projeto de Circular, o que se pretende é prever um conjunto de coberturas equilibrado (n.º 6 do I – Introdução) e que as coberturas opcionais estarão previstas para necessidades específicas, nomeadamente em função da idade (conforme, aliás, se afirma no presente Projeto de Circular - n.º 10 do I – Introdução), o que não é certamente o caso de uma cobertura de estomatologia. Neste contexto, propomos que as questões colocadas sejam esclarecidas/ponderadas na presente Circular e que as considerações formuladas sejam integradas em novo texto reformulado em conformidade.	No que concerne à cobertura de estomatologia, a ASF não considerou ajustada a sua inclusão nas condições padrão de um seguro de saúde potencialmente disponível a qualquer perfil de consumidor. Não obstante, como já referido, está salvaguardada a possibilidade de ser ampliado o âmbito da cobertura, conferindo uma proteção na saúde mais ampla e adaptada às diferentes necessidades dos consumidores, bem como ao perfil e mercado alvo. A idade poderá ser um fator relevante a considerar aquando daquela eventual ampliação, mas sem prejuízo de muitos outros, como a prática de mercado demonstra.
Anexo Âmbito da cobertura	Consideramos o âmbito da cobertura bastante limitado, circunscrevendo-se a cancro e um a conjunto de doenças cardiovasculares e procedimentos, deixando de fora outras	Dá-se nota que, conforme referido no n.º 9 da Circular, a identificação do âmbito específico de cobertura e das condições de um contrato de seguro de saúde que foram

N.º 2 Alínea c)	doenças graves, como doenças que exijam transplantes. Questiona-se igualmente o limite de capital, tendo em atenção, em particular, situações do foro oncológico, cujos procedimentos poderão rapidamente esgotar o limite em causa.	consideradas 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. No entanto, a disponibilização de um produto com as condições padrão não impede que essa oferta se esgote nas coberturas previstas na Circular, podendo serem contratadas outras coberturas e capitais opcionais, conferindo uma proteção na saúde mais ampla e adaptando-se às diferentes necessidades dos consumidores e respetiva capacidade financeira, bem como ao perfil e mercado alvo do segmento de saúde.
Anexo Âmbito da cobertura N.º 2 Alínea d) e subalíneas i), ii) e iii)	Considerando a definição de “<i>Despesas de medicina preventiva</i>” constante na alínea h) do n.º 4 do II. (Definições), esta é bastante mais abrangente do que a cobertura aqui definida que, no que respeita ao seguinte, obedece a certos limites: - Mamografia – só após os 45 anos e de dois em dois anos; - PSA - só após os 50 anos e de dois em dois anos; - Sangue oculto nas fezes – só após os 50 anos e de dois em dois anos. Ora, qualquer um destes exames, poderá justificar-se face ao quadro clínico do segurado e ser prescrito por médico, fora destes parâmetros, isto é, antes destas idades e numa base anual ou até de menor frequência, aliás, em conformidade com a própria definição, como se pode constatar: <i>“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</i>	Vd. resposta <i>supra</i> ao comentário anterior. Não obstante, foi considerado adequado o alargamento de alguns dos parâmetros da cobertura.

	<i>comunidade médica, desde que prescritos ou realizados por médico.”</i> Neste contexto, propõe-se que a cobertura seja alterada, no sentido da eliminação destes limites de idade e de frequência dos exames, desde que exista uma prescrição médica para a realização dos exames em causa. Importa esclarecer se a cobertura <i>Hemograma; Bioquímica básica: glicemia, lipidograma</i> é aplicável a todos os segurados, pois não é claro (não corresponde a nenhuma subalínea, mas segue-se a um ponto e vírgula da subalínea iii), muito embora estejamos convictos que sim, considerando que se afirma que a identificação do âmbito específico de cobertura e das condições foi realizada com atenção especial à oferta vigente no mercado nacional do seguro de saúde, sendo essa a prática habitual.	Compreende-se a dúvida em apreço, tendo a redação sido clarificada.
II. Definições	No Documento de consulta pública n.º 11/2024 (página 4) pode ler-se: <i>“(…) Relativamente à parte II., “Definições”, apenas se preveem as indispensáveis ao funcionamento da cobertura decorrente dos conteúdos padrão, <u>cabendo as demais à liberdade de estipulação.</u></i> <u>A redação das concretas definições previstas na parte II. não é imperativa</u>, sem prejuízo, naturalmente, de a ambiguidade de eventual redação concretamente distinta dever ser decidida a favor do aderente ao contrato, nos termos gerais.” (…) (Realce e sublinhado nossos). É crucial esclarecer se as definições constantes do Projeto de Circular são imperativas ou não. Da primeira parte da	Cumpra esclarecer, primeiramente, que a natureza de <i>soft law</i> da circular pressupõe uma ausência de imperatividade (no sentido de vinculação de cumprimento pelos operadores) das recomendações ou das boas práticas emitidas pela ASF. Partindo desta base, as definições a adotar devem ser tidas como imprescindíveis para a caracterização das condições de determinado produto de seguro de saúde oferecido como padrão. Tal não significa, no entanto, que tenham de ser concretizadas e redigidas no contrato de seguro de forma <i>ipsis verbis</i>, podendo apresentar-se com uma redação diferente, desde que a definição estipulada importe exatamente o mesmo significado. Caso contrário, verificando-se definições diversas, poderão não estar

	primeira frase, por oposição à segunda, resulta claro que sim, (a referência às “demais”, sujeitas à liberdade de estipulação, por oposição às constantes na circular, assim levar a concluir). Contudo, como se pode observar, a segunda frase vem contrariar exatamente o que se acabou de afirmar na primeira. Com efeito, a nosso ver, e sem prejuízo do adiante exposto, é fundamental que as definições previstas sejam imperativas, porque, tal como se afirma, são indispensáveis ao funcionamento da cobertura decorrente dos conteúdos padrão.	preenchidas todas as condições para que possa haver uma referenciação à existência de condições padrão no seguro de saúde em causa. De resto, cumpre elucidar que a circular não circunscreve a liberdade de redação e dos concretos termos literais a empregar nos documentos relativos ao contrato de seguro de saúde quanto a qualquer das condições padrão indicadas.
II. Definições Alínea h)	- Entendemos que a definição de “<i>Doença preexistente</i>” é demasiado ampla e aberta, em desfavor do segurado, admitindo-se nela caber, até, doenças que não foram objeto de qualquer tratamento ou de outro ato médico, não foram diagnosticadas, mas que, por terem evidências e sintomas específicos, se entende que o segurado deveria saber ou ter tido conhecimento que existiam. A nosso ver, para que estejamos perante uma doença preexistente é para nós crucial que o segurado tenha conhecimento da existência de uma doença, no momento da subscrição do seguro, o que, naturalmente, só acontece através de um diagnóstico médico. Questão diferente será a de se prever, no contrato de seguro de saúde, a exclusão de preexistências diagnosticadas ou até a de se excluir as preexistências diagnosticadas até, por exemplo, 3 meses de vigência do contrato, o que se admite, nos contratos de vigência anual (mas já não se admite, porque	A ASF considerou, partindo do significado de “<i>Doença preexistente</i>” no quadro regulatório e da oferta vigente no mercado nacional do seguro de saúde, que a definição da circular se afigura apta à finalidade de promover a acessibilidade à comparação de coberturas, de prémios e de outras condições da prestação do seguro de saúde relevantes.

	não se encontra fundamento, quando esses contratos se renovarem). Nestes termos, propomos a seguinte redação alternativa, para a definição em crise: <i>“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;</i> - Não se encontra definida “portabilidade da cobertura” nem “arbitragem médica”, definições que se entendem indispensáveis ao funcionamento da cobertura decorrente dos conteúdos padrão.	Os regimes referenciados foram eliminados da versão final da Circular, pelo que as definições se tornam também desnecessárias.
III. Pré-existências e portabilidade da cobertura N.º 5 N.º 5 Alíneas a), b) e c) e N.º 6 Alíneas a), b) e c)	Damos aqui por integralmente reproduzidas as considerações supra tecidas no que respeita ao conceito de «Doença preexistente». As presentes disposições apenas abordam algumas questões respeitantes à portabilidade da cobertura, nomeadamente: - “Efeitos da portabilidade” em termos de preexistências; - Existência de um prazo mínimo de permanência como requisito do direito à portabilidade, exceto em caso de cessação do contrato por iniciativa do segurador, nos termos previstos na alínea c);	Vd. resolução anterior. Por acrescer potencial complexidade ao sistema, a ASF optou, nesta fase, por não avançar com as condições referentes à portabilidade, optando por avaliar previamente como funcionará a adesão às condições padrão para depois decidir sobre a previsão dos mecanismos de portabilidade.

	A nosso ver, outras questões se colocam a propósito da “portabilidade da cobertura”, que deverão abordadas e reguladas na presente Circular: - A garantia de acesso à cobertura, de forma contínua, por parte da pessoa segura, durante o processo de mudança de segurador; - A não cobrança de quaisquer custos ou encargos, de forma direta ou indireta, associados ao exercício do direito à portabilidade; - Importa esclarecer, por razões de segurança e certeza jurídicas, se o período de permanência previsto na alínea b) do n.º 6 é aplicável apenas à primeira portabilidade ou também às seguintes, assim como a exceção prevista na alínea c) do mesmo número; - Importa definir os documentos comprovativos do requisito de permanência consagrado na alínea b) do n.º 6 ou da sua exclusão nos termos da alínea c) do mesmo número, nomeadamente para efeitos da aplicação do disposto na alínea a) do n.º 5 do III da presente Circular; - Importa assegurar que o segurador de destino garante a manutenção da situação jurídica/condições contratuais que o segurado detinha face à seguradora inicial (exceto no que respeita a condições mais favoráveis que entenda propor e sejam aceites pelo segurado) nomeadamente em termos de períodos de carência já decorridos, autorizações emitidas, capital usado/disponível. Nesse sentido, quando aplicável, (porque o direito é exercido fora das renovações) deverá garantir-se a entrega de comprovativo das mesmas, na data da cessação do contrato, salvo pedido da pessoa segura para que	
--	---	--

	seja entregue antecipadamente, caso em que se propõe que seja entregue no prazo de 8 dias seguidos após solicitação); - Relativamente ao prazo máximo de 15 dias consagrado na alínea a) do n.º 6 do III, não só entendemos ser manifestamente excessivo – um prazo de 8 dias parece-nos suficiente para o efeito, pelo que propomos a sua redução neste sentido - como, por razões de segurança e certeza jurídicas, propomos também que se explicita que o mesmo começa a contar após solicitação por parte da pessoa segura. - Atento o carácter excecional do disposto na alínea c) do n.º 6, bem como os efeitos que lhe são atribuídos, importa que a informação aí prevista seja prestada de forma escrita, em papel ou em suporte material durável. Nestes termos, deverão as questões colocadas ser esclarecidas na presente Circular e as propostas apresentadas ser integradas, devendo as disposições em causa ser alteradas em conformidade.	
IV. Outros conteúdos contratuais N.º 7. No que se refere ao âmbito territorial: Alínea b)	No caso de acidente ou urgência no estrangeiro, em deslocações não superiores a 60 dias, que percentagem caberá à pessoa segura? Qual a comparticipação prevista pela seguradora?	Esclarece-se que são aplicáveis as condições contratuais que seriam aplicáveis caso a pessoa segura estivesse em território nacional, nas condições previstas na disposição em apreço.
N.º 8	Refere-se no ponto 8 que «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. E, ainda, no ponto 9 que, «em caso de urgência médica ou clínica	

	devidamente comprovada, o primeiro prazo previsto no número anterior é o que for medicamente razoável.» Entende-se necessário que seja claro em que consiste a arbitragem médica (e quem realiza e suporta os custos) e que tipo de procedimento está subjacente. Por outro lado, atendendo a que em casos de urgência, o prazo de recusa deverá ser o que for medicamente razoável, entende-se que tal deverá ser expressamente mencionado no pedido.	Por acrescer potencial complexidade ao sistema, a ASF optou, nesta fase, por não avançar com as condições referentes à arbitragem médica. A ASF esclarece que a urgência médica ou clínica deve ser comprovada, pelo que já resultará do pedido.
V. Exclusões admissíveis N.º 10	A identificação de “<i>exclusões admissíveis</i>” é suscetível de contribuir para a sua validação sempre que a abusividade de cláusulas semelhantes seja suscitada no âmbito de quaisquer contratos de seguro, o que não é, certamente, o que se pretende. Neste contexto, propõe-se a alteração da redação para “Exclusões.” Considerando que se afirma que a identificação do âmbito específico de cobertura e das condições foi realizada com atenção especial à oferta vigente no mercado nacional do seguro de saúde, entendemos o seguinte, relativamente às exclusões admissíveis: Alínea b) - Acidentes de viação – Não nos recordamos desta exclusão constar nas apólices de seguro de saúde; Alínea c) Obesidade mórbida – Se diagnosticada após a adesão ao seguro, somos de opinião que deveria estar coberta, tal como já acontece nalgumas apólices; Alínea d) Tratamentos cirúrgicos ou a laser, destinados a corrigir erros de refração de miopia – Está coberto na maioria das apólices, ainda que com mínimos;	A ASF tomou nota do comentário e procedeu à reformulação do título da parte V do anexo à circular, de forma a assegurar uma apreensão simples das condições padrão. Assim sendo, foi acolhido o proposto. A ASF tomou nota do comentário e reitera o esclarecimento de que a disponibilização de um produto com as condições padrão não impede que essa oferta seja ampliada face às coberturas previstas no n.º 1 da parte I do anexo à circular. Para 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, a ASF considerou que as exclusões comentadas se revelaram genericamente adequadas para a verificação de condições padrão num seguro de saúde.

	Alínea m) Acidentes ocorridos e doenças decorrentes de: Subalínea i) Participação em competições desportivas e respetivos treinos ou provas, (...) como participação amadora, como sendo artes marciais (...) – Entendemos ser demasiado restritivo (judo, por exemplo, é considerado um desporto perigoso?); Subalínea ii) Participação em provas e competições com veículos (...) sem motor (skate, BTT, ...) - Entendemos ser demasiado restritivo; Subalínea iv) (...), bem como desportos náuticos praticados sobre pranchas – Entendemos ser demasiado restritivo (esta redação exclui acidentes ocorridos e doenças decorrentes da prática de surf ou padel, por exemplo); Subalínea vi) Cataclismos da natureza – Entendemos ser demasiado restritivo, basta pensar nos recentes fenómenos meteorológicos atípicos; Alínea 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 – Compreende-se a existência e fundamentos desta exclusão. Contudo, a sua formulação merecia atenção por parte do regulador, pois gera muita conflitualidade. Em princípio, quando um médico prescreve um determinado tratamento ao seu paciente, este confia e não lhe compete questionar se o mesmo é, ou não, experimental, ou se existem alternativas mais adequadas ao seu quadro clínico. Este tipo de validação deveria ser feito entre a seguradora e o prestador, sobretudo quando este integra uma rede convencionada, em vez de ser transferida para o segurado;	Foram, no entanto, efetuados alguns ajustamentos pontuais. No que se refere à alínea <i>b)</i>, esclarece-se que a exclusão se circunscreve às situações em que a responsabilidade pelo ressarcimento do dano está coberta por um seguro obrigatório. Relativamente ao comentário específico à alínea <i>p)</i>, a ASF elucida não estar em causa, por um lado, a exclusão de procedimentos, tratamentos, atos e testes cirúrgicos ou outros de carácter experimental – o que resulta excluído, sim, por efeito e nos termos da alínea <i>o)</i> – nem, por outro, a exclusão de serviços clínicos que apresentem uma adequação menor face a outros, mas, ainda, assim, revelem necessidade/justificação, face ao quadro clínico da pessoa segura e estejam de acordo com os protocolos e padrões reconhecidos pela comunidade médica.
--	---	--

	Alínea q) - Consequências de atraso injustificado ou negligência imputável ao prestador de cuidados de saúde (...) no recurso à assistência médica – Não nos parece aceitável, sobretudo tratando-se de uma rede médica convencional; Alínea s) - Despesas de transporte e alojamento da pessoa segura – Esta exclusão contraria o disposto na alínea a) do n.º 2 do I., que dispõe: <i>«A cobertura “Hospitalização” abrange as despesas de transporte e estadia.»</i> Nos termos do exposto, solicitamos que as considerações supra tecidas sejam tidas em consideração, sendo as disposições em causa alteradas em conformidade.	Em relação à alínea q), a ASF acolheu a proposta apresentada, pelos motivos invocados. Em relação à alínea s), reconhecendo-se a antinomia, a ASF procedeu à supressão de tal exclusão. Assim sendo, foi acolhido proposto.
--	---	---

Pessoa/Entidade: *MPS-Mútua Portuguesa de Saúde Mútua de Seguros. (Código ASF 1210)*

Assinalar caso se oponha à publicação dos contributos: ☐

TABELA DE COMENTÁRIOS

Projeto de Circular relativa a condições padrão de seguro de saúde

Indicações:

Na coluna “Conteúdo (do documento de Consulta Pública, da Circular ou do Anexo)”, indicar o ponto do texto do documento de Consulta Pública, ou do projeto de Circular, ou do respetivo Anexo.

Na coluna “Comentário”, indicar o comentário ao ponto do texto do documento de Consulta Pública, ou do projeto de Circular, ou do respetivo Anexo.

Cada comentário deve reportar-se a um ponto específico.

Em cada comentário que vise uma modificação do texto da Circular ou do Anexo deve ser apresentada uma justificação para o seu acolhimento, podendo ainda ser acrescentadas outras observações.

A coluna “Resolução” corresponde à resolução de cada comentário ou observação e será preenchida pela ASF.

Conteúdo (da Circular ou do Anexo)	Comentário	Resolução
Circular	Achamos que se deveria ter aproveitado a oportunidade para regulamentar os chamados Planos de saúde que muitas vezes são confundidos com seguros de saúde e geram um enorme volume de reclamações e acabam por contribuir para uma imagem distorcida dos seguros de saúde. Criar um Capítulo na Circular dedicado a explicar e clarificar os planos de saúde e a sua diferença para os seguros,	Cumpramos esclarecer que a ASF, procurando contribuir para uma melhor diferenciação dos produtos que constituem “seguros de saúde” daqueles que são meros “planos de saúde”, tem vindo a produzir diversos materiais e a divulgá-los em vários canais, iniciativas que estão inseridas na sua estratégia de comunicação com o consumidor de seguros.

	obrigando as empresas que os comercializam a responder à ASF.	Acresce ainda que, em 2 de janeiro de 2025, a ASF lançou a Consulta Pública n.º 1/2025, relativa ao projeto de Recomendações sobre a diferenciação entre seguros de saúde e planos de saúde, no âmbito do conjunto de medidas regulatórias planeadas para reforçar a regulação do ramo Doença. As Recomendações n.º 1/2025, foram, entretanto, aprovadas em 8 de abril. Desta forma, a diferenciação entre seguros de saúde e planos de saúde é matéria objeto de recomendações da ASF, tendo-se optado por consubstanciar o tratamento desta matéria em instrumento de <i>soft law</i> próprio face ao <i>sub judice</i>, dada a autonomia que apresenta face àquela outra matéria. Assim sendo, não foi acolhido o proposto.
Circular	Introdução III 16-e): Este ponto não deveria existir, ou seja, as companhias que comercializam os seguros do ramo Doença deveriam ser obrigadas a ter, pelo menos, uma opção de produto que preencha os requisitos do Anexo à Circular Eliminar este ponto	Na atividade seguradora prevalecem os princípios de liberdade de negocial e de liberdade contratual, respeitados os limites legais, não podendo a ASF impor às empresas de seguros a contratação de um seguro ou de um seguro com determinadas condições. Existem alguns poderes específicos da ASF em domínios limitados no âmbito de seguros obrigatórios. Não existe previsão legal que habilite a ASF a impor condições padrão de seguro de saúde, pelo que, desde logo, nesta perspetiva, a ASF não poderia obrigar à existência de uma opção de seguro de saúde com tais termos contratuais. Acresce que, em linha com a sua 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, a ASF entende como adequadas as recomendações emitidas pela presente circular para a finalidade de promoção da capacidade de os tomadores de seguros de saúde realizarem escolhas informadas e adequadas.
Circular	I. Âmbito da cobertura – 1.: Com a evolução dos custos médicos, julgamos que o Capital mínimo da Cobertura de Hospitalização deveria ser de pelo menos 50.000€. Aumentar o limite da Cobertura de Hospitalização para 50.000€	A ASF entende que os limites de capital previstos nas condições padrão de seguro de saúde recomendadas, quanto ao concreto âmbito de cobertura comentado, se revelam equilibrados face aos custos que estão associados às coberturas e que não existindo impedimento a que a oferta não se esgote naqueles limites, permite aos operadores a flexibilização necessária para uma proteção da saúde mais ampla e adaptada às diferentes necessidades dos consumidores, bem como ao perfil e mercado alvo, incluindo numa perspetiva futura. Assim sendo, não foi acolhido o proposto.
Circular	I. Âmbito da cobertura – 1.: Consultas- Programadas Clarificar que se trata de 20€ ou 45€ por Consulta Clarificar	A prestação a cargo da pessoa seguro é de 20,00 € no caso de consultas programadas e de 45,00 € no caso de consultas urgentes.
Circular	I. Âmbito da cobertura – 2.d): A Cobertura de medicina preventiva deve incluir uma consulta prévia de medicina Geral e familiar para análise dos resultados dos exames e para despiste de eventuais casos de hipertensão/obesidade, etc.	A ASF entende, tendo em conta uma revisão da oferta vigente no mercado nacional, dever reforçar o equilíbrio das condições padrão no sentido de incluir uma consulta inicial de avaliação clínica e consulta de avaliação dos resultados dos exames de análise de resultados na

	Incluir	cobertura de “Medicina preventiva”. Assim sendo, foi acolhido o proposto
--	---------	--

Pessoa/Entidade: (MGEN Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale / MGEN Portugal – Companhia de Seguros, SA)

Assinalar caso se oponha à publicação dos contributos: ☐

TABELA DE COMENTÁRIOS

Projeto de Circular relativa a condições padrão de seguro de saúde

Indicações:

Na coluna “Conteúdo (do documento de Consulta Pública, da Circular ou do Anexo)”, indicar o ponto do texto do documento de Consulta Pública, ou do projeto de Circular, ou do respetivo Anexo.

Na coluna “Comentário”, indicar o comentário ao ponto do texto do documento de Consulta Pública, ou do projeto de Circular, ou do respetivo Anexo.

Cada comentário deve reportar-se a um ponto específico.

Em cada comentário que vise uma modificação do texto da Circular ou do Anexo deve ser apresentada uma justificação para o seu acolhimento, podendo ainda ser acrescentadas outras observações.

A coluna “Resolução” corresponde à resolução de cada comentário ou observação e será preenchida pela ASF.

Conteúdo (da Circular ou do Anexo)	Comentário	Resolução
Exclusão de Doenças Pré-Existentes	A ideia de base subjacente ao seguro padrão, é de louvar. Contudo, estranha-se que a Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões (ASF), aceite como prática	A ASF tomou nota do comentário e sublinha que as condições padrão foram realizadas em atenção especial a oferta vigente no mercado nacional do seguro de saúde, a qual maioritariamente convencionou a exclusão das doenças preexistentes, circunstância que não está legalmente vedada. A referida atenção radicou no

	normal a exclusão das doenças pré-existentes, o que é contrário à filosofia e princípios da MGEN. Adicionalmente, os restantes financiadores da saúde, nomeadamente o Estado, as famílias e os subsistemas de saúde não excluem nem deixam de proteger qualquer pessoa quando esta padece de doença pré-existente.	propósito de facilitar a comparação entre os produtos disponíveis no mercado e não impede a oferta de coberturas adicionais pelos operadores. De resto, este <i>plus</i> não prejudica o preenchimento das condições padrão, pelo que a opção de seguro de saúde em causa poderá manter a referência àquela circunstância.
Questionário Médico Obrigatório	A MGEN Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale, atuando em Portugal em regime de Livre Prestação de Serviços, representada pela MGEN Distribuição de Seguros, SA, está legalmente impedida da aplicação de questionários médicos para avaliação do risco subjacente aos contratos de seguro de saúde que distribui, os quais são entendidos como forma de discriminação que, pelo facto de ser uma mútua de seguros, não pode praticar. A MGEN Portugal – Companhia de Seguros, SA irá dar continuidade, se bem que não já por imperativo legal, à prática adotada pela MGEN Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale por, plenamente se identificar com os valores da mesma.	A ASF tomou nota do comentário e elucida que a não <i>aplicação de questionários médicos</i> poderá significar, para efeitos da presente circular, a oferta de uma proteção mais ampla do que a existente nas condições padrão do seguro de saúde. Como referido anteriormente, nada o impede, podendo manter-se a referência ao preenchimento das condições padrão.

Pessoa/Entidade: Fidelidade – Companhia de Seguros, S.A.

Assinalar caso se oponha à publicação dos contributos: ☐

TABELA DE COMENTÁRIOS

Projeto de Circular relativa a condições padrão de seguro de saúde

Indicações:

Na coluna “Conteúdo (do documento de Consulta Pública, da Circular ou do Anexo)”, indicar o ponto do texto do documento de Consulta Pública, ou do projeto de Circular, ou do respetivo Anexo.

Na coluna “Comentário”, indicar o comentário ao ponto do texto do documento de Consulta Pública, ou do projeto de Circular, ou do respetivo Anexo.

Cada comentário deve reportar-se a um ponto específico.

Em cada comentário que vise uma modificação do texto da Circular ou do Anexo deve ser apresentada uma justificação para o seu acolhimento, podendo ainda ser acrescentadas outras observações.

A coluna “Resolução” corresponde à resolução de cada comentário ou observação e será preenchida pela ASF.

Conteúdo (da Circular ou do Anexo)	Comentário	Resolução
Capítulo I - N.º 8	No conjunto de condições comparáveis expressamente mencionados (riscos cobertos, capitais seguros, pré-existências e exclusões) sugerimos acrescentar “conceitos”, uma vez que estes impactam na cobertura.	A ASF confirma que as “ <i>definições</i> ” também são relevantes para a verificação do preenchimento das condições padrão de seguro de saúde. No entanto, neste número a ASF está apenas a elencar as condições que devem ser iguais e cujo âmbito é determinado no anexo à Circular. Nesta medida, não foi acolhido o proposto.
Capítulo I - N.º 10	É mencionada a possibilidade de agregar coberturas e capitais opcionais. Tal opção irá dificultar a comparabilidade, pelo que se propõe um pacote de coberturas fechado, deixando a cada segurador a possibilidade de lançar produtos de 2.º risco.	A ASF tomou nota do comentário e realça a importância de que, a par de um conjunto de condições comparáveis, estas sejam de apreensão simples, de forma que permitam escolhas mais informadas e adequadas, e reforcem a transparência do mercado. Com efeito, um <i>pacote de coberturas fechadas</i> exigiria um detalhe nas

	Quanto ao mercado-alvo, sugere-se uma simplificação em consonância com o referido no parágrafo anterior, no sentido de um seguro de coberturas fechadas e sem opções. Assim, sugere-se que adaptem a redação do n.º 10.	suas delimitações e no seu regime que convolaria a natureza da circular de condições padrão de seguro de saúde para seguro de saúde padrão, necessariamente de apreensão mais complexa e potencialmente de menor capacidade em ser oferecido pelo mercado, dada a atual abrangência, diversidade e sofisticação de produto e coberturas que o segmento apresenta. Faz-se notar que os concretos termos utilizados na estipulação das condições padrão de seguro de saúde não são alvo das presentes recomendações, mantendo-se a liberdade de redação do clausulado contratual para o segurador. Por outro lado, havendo a possibilidade de agregar coberturas adicionais às das condições padrão e baseadas num prémio autonomizado, permanecerá exata e clara a tarifação procedida para aquelas, o que permitirá, em certa medida, que também para as coberturas adicionais haja uma maior possibilidade de comparação entre produtos e uma escolha informada, o que beneficia para o consumidor. Finalmente, considerou-se que o carácter <i>fechado</i> do referido pacote também poderia importar a sua fácil desatualização face à evolução do mercado, desde logo, em termos de coberturas e limites de capital, tendo em conta os desenvolvimentos que o setor da saúde regista, o que já seria prejudicial para o consumidor. Assim sendo, não foi acolhido o proposto.
Capítulo III – n.º 16, alínea c)	Na lógica proposta de não existirem coberturas adicionais, não se justifica a informação exigida relativamente à separação do prémio. De notar que a mera inclusão de coberturas permite facultar esta informação, mas a alteração de outras garantias, por exemplo, o número de atos, obrigaria a desenvolvimentos informáticos que condicionariam a disponibilização para breve deste produto.	Vd. resolução anterior.
Capítulo III – n.º 16, alínea d)	Na referência à documentação pré-contratual sugere-se que também conste “Informações Pré-Contratuais”.	Foi acolhido o proposto.
Capítulo IV – n.º 17, alínea c)	Propomos um seguro de coberturas e capitais únicos, sem opções, pelo que, caso seja aceite esta proposta, é suficiente a informação sobre os	Vd. resolução anterior quanto ao comentário referente ao n.º 10 da Circular.

	prêmios cobrados na globalidade, sem ser necessário especificar o das coberturas previstas no n.º 1 do anexo.	
Condições Padrão de Seguro de Saúde	Pretendendo-se padronizar as condições do seguro de saúde, seria desejável que as cláusulas contratuais fossem iguais em todos os seguradores, para evitar divergências aquando a portabilidade dos contratos. Neste pressuposto, sugere-se que se incluam, para além das previstas, as seguintes cláusulas: - Objeto do Contrato - Âmbito Territorial - Declaração Inicial do Risco - Início e Duração do Contrato - Início e Duração das Garantias - Alterações ao Contrato - Pagamento do Prémio - Alteração do Prémio - Direito de Livre Resolução - Resolução do Contrato e Exclusão da Pessoa Segura - Estorno do Prémio - Caducidade do Contrato - Responsabilidade do Segurador em Caso de Não Renovação do Contrato - Obrigações do Segurador - Obrigações do Tomador do Seguro e da Pessoa Segura - Capitais Seguros e Copagamentos - Coexistência de Contratos - Sub-Rogação - Eficácia em Relação a Terceiros - Compensação de Créditos - Comunicações e Notificações - Lei Aplicável - Reclamações	A ASF considerou que as condições previstas na circular são as necessárias e suficientes para 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 relevante. Faz-se notar que os concretos termos utilizados na estipulação das condições padrão de seguro de saúde não são alvo das presentes recomendações, mantendo-se a liberdade de redação do clausulado contratual para o segurador. Assim sendo, não foi acolhido o proposto.

	- Arbitragem e Foro Competente	
Condições Padrão de Seguro de Saúde 1. Âmbito da cobertura	As referências nas coberturas a “base” e “complementar” poderá gerar no consumidor dúvidas sobre a natureza das mesmas, pelo que se propõe retirar esses termos.	Acolhido, tendo sido alterado o n.º 1 do I do Anexo.
Condições Padrão de Seguro de Saúde 1. Âmbito da cobertura - Quadro	Na 2.ª coluna constam, não apenas limites de capitais, mas também sub-limites e n.º de atos. Caso não seja aceite a proposta infra de eliminar o limite de utilizações, propõe-se “Limites e sublimites de capital e de n.º de utilizações, por anuidade e Pessoa Segura”; se for aceite “Limites e sublimites de capital, por anuidade e Pessoa Segura”; Na 3.ª coluna, para melhor clareza, propomos substituir “Prestação” por “Copagamentos”; Sugerimos também acrescentar-se uma coluna prevendo a modalidade de prestação por reembolso, com um copagamento de 60%, em todas as coberturas, devendo ficar claro se o limite de utilizações também se aplica nesta modalidade na hipótese da sua eliminação não ser aceite; O período de carência para “Parto” deverá ser único, para permitir a efetiva comparabilidade: propomos 310 dias; Propomos que se retirem as limitações de n.º de atos (consultas, exames e análises); Linha “Exames programados”- propomos que se retire “programados”, acrescente “/exame” a seguir a “10,00 €” e que se prevejam copagamentos específicos para TAC (30,00 €) e Ressonância Magnética (70,00 €); Linha “Análises Clínicas” - propomos que se acrescente “/pacote” a seguir a “10,00 €”;	Em ordem a uniformizar os termos presentes nas condições padrão – que já se referem a <i>copagamentos</i> na alínea b) do n.º 2 da parte I do anexo à circular – e optando pelo mais usual, foi alterada a tabela e acolhido o proposto. No que concerne ao acrescento de uma coluna para reembolsos, a ASF tomou nota do comentário e esclarece que as condições recomendadas são as necessárias e suficientes para a sua finalidade, não estando os seguradores impedidos de agregar outras vantagens (designadamente a possibilidade de a pessoa segura recorrer a serviços fora da rede médica convencionada e poder ser reembolsada, desde que garanta estas condições e valores a cargo da mesma), 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. Assim sendo, não foi acolhido o proposto, relativamente ao acrescento de uma coluna para os reembolsos. Foi, no entanto, clarificado que as condições padrão divulgadas pela presente Circular se aplicam apenas em regime de rede. *** Quanto ao período de carência, em ordem a reforçar a apreensão simples e a promover a comparabilidade das condições padrão,

	Linha “Fisioterapia” - propomos que se acrescente “/sinistro” a seguir a “10,00 €”; Linha “Doenças de cobertura alargada” – propomos que se retire “mín. de 250,00€”, ficando apenas “10%, com o máx. de 500,00 €”.	alterou-se o recomendado para apenas 310 dias, tendo-se, assim, acolhido o proposto. *** Tendo em conta o melhor interesse dos consumidores de seguros de saúde optou por não estabelecer os sublimites inicialmente previstos. Assim sendo, foi acolhido o proposto. *** Quanto à cobertura de “<i>Exames programados</i>”, em ordem a um reforço da apreensão simples e da promoção da comparabilidade das condições padrão, a ASF acolheu o proposto, suprimindo esta última referência. *** Quanto à especificação de os copagamentos serem por cada unidade relativa ao sublimite de capital previsto, vd. resolução anterior. *** Sobre copagamentos específicos para TAC e ressonância magnética, vd. resolução anterior.
Condições Padrão de Seguro de Saúde	Para se obter a padronização, consideramos que a cobertura deve ter as garantias mais pormenorizadas; para além de uma delimitação positiva, será necessário incluir a delimitação negativa da mesma, bem como a sua modalidade de utilização, a qual pode condicionar a efetiva utilização das garantias.	A ASF considerou que a finalidade da circular seria mais bem alcançada se os conteúdos do âmbito de cobertura de hospitalização, ambulatório e medicina preventiva fossem aprofundados, sem prejuízo da sua apreensão simples.

Sugere-se que se defina o que se entende por “Hospitalização”, recorrendo-se aos conceitos clínicos sobre a matéria e aos requisitos legais para licenciamento da atividade. Nesta definição é importante que também se inclua a delimitação relativa a despesas com cirurgias que têm, necessariamente, de ser realizadas em bloco operatório, mas podem não implicar internamento, no sentido estrito do termo, clarificando se estão garantidas nesta cobertura ou em ambulatório. No clausulado proposto, conjugando a cobertura com as definições de Ambiente Hospitalar, Cirurgia em Ambiente Hospitalar Sem Internamento, Coeficiente K, Pequena Cirurgia, Unidade de Saúde e Unidade Hospitalar, delimita-se com clareza a abrangência da cobertura. Deve mencionar-se expressamente na cobertura de Hospitalização se os Tratamentos de Quimioterapia e Radioterapia, ainda que realizados em Ambulatório, estão garantidos. Refere-se que inclui despesas de transporte sem condicionar à sua efetiva necessidade para o tratamento; também neste caso se deve condicionar a cobertura à prescrição médica nesse sentido. Na Medicina preventiva foi alterada a periodicidade da citologia, de acordo com as atuais orientações clínicas. Nestes termos, sugere-se o seguinte texto para as coberturas, sendo necessariamente complementado com as definições que se propõem no respetivo ponto: 1.1. HOSPITALIZAÇÃO 1.1.1. O QUE ESTÁ SEGURO A cobertura “Hospitalização” abrange as despesas relativas a atos de diagnóstico ou terapêutica, incluindo cirurgias, parto e interrupção involuntária da gravidez ou voluntária por indicação médica, cuja	Por outro lado, foi atualizado o conteúdo da cobertura de medicina preventiva, para dar cumprimento às orientações clínicas indicadas como atuais. No entanto, este Anexo não tem as características de um clausulado, não tendo sido redigido nesse pressuposto, pretendendo apenas estipular o conteúdo mínimo a verter nos clausulados que vierem a ser comercializados pelas empresas de seguros que decidam operacionalizar as presentes condições. Neste sentido, procedeu-se à alteração dos n.ºs 1 e 2 da parte I do anexo à Circular, tendo sido parcialmente acolhido o proposto.
---	---

	realização requeira os meios e serviços específicos de Ambiente Hospitalar, nomeadamente: 1.1.1.1. Acomodação e utilização das infraestruturas necessárias à realização dos atos médicos (diárias, bloco operatório, recobro, unidade de cuidados intensivos e equipamentos), ainda que realizados em regime de admissão e alta no mesmo dia (Cirurgia em Ambiente Hospitalar Sem Internamento); 1.1.1.2. Honorários médicos e de enfermagem, relacionados com a assistência prestada; 1.1.1.3. Medicamentos, materiais e todos os produtos associados aos cuidados prestados; 1.1.1.4. Meios complementares de diagnóstico e terapêutica, associados aos atos médicos realizados; 1.1.1.5. Material de osteossíntese e próteses intracirúrgicas; 1.1.1.6. Cirurgia Maxilofacial, com exceção da Cirurgia em Ambiente Hospitalar Sem Internamento; 1.1.1.7. Tratamentos de Quimioterapia e Radioterapia, ainda que realizados em Ambulatório. 1.1.1.8. Transporte de urgência quando o estado de saúde da Pessoa Segura o justifique, ficando garantido: a) Transporte de urgência até à Unidade Hospitalar mais próxima; b) Vigilância por parte de equipa médica do Segurador, em colaboração com o Médico Assistente da Pessoa Segura, para determinação das medidas convenientes ao melhor tratamento a seguir e do meio mais adequado a utilizar para o transporte; c) Em caso de necessidade determinada por indicação médica, transporte desde a Unidade Hospitalar em que se encontre internada para outra Unidade Hospitalar; d) Transporte de regresso ao seu domicílio habitual, após alta médica.	
--	--	--

As despesas necessárias para com o recém-nascido, após alta da mãe, só ficam garantidas se o Tomador do Seguro solicitar ao Segurador a sua inclusão até 30 dias após o nascimento.

1.1.2. O QUE NÃO ESTÁ SEGURO (para além do indicado na Cláusula EXCLUSÕES)

A cobertura não garante despesas:

1.1.2.1. Com Pequena Cirurgia, ainda que realizadas em Unidade Hospitalar e qualquer que seja o período de permanência;

1.1.2.2. Com estadia de acompanhantes da Pessoa Segura, exceto em caso de internamento hospitalar de menores até aos catorze anos de idade ou de cidadãos portadores de deficiência congénita ou adquirida;

1.1.2.3. Com os atos clínicos referidos na alínea f) do n.º 1 que possam ser executados sob anestesia loco-regional/local, ainda que sejam executados sob anestesia geral, nomeadamente dentisteria, endodontia, cirurgia oral, periodontologia, implantologia, prostodontia e ortodontia;

1.1.2.4. Com a interrupção voluntária da gravidez por opção da mulher, sem outra causa de exclusão da ilicitude, prevista na alínea e) do n.º 1 do artigo 142.º do Código Penal ou disposição legal que a substitua;

1.1.2.5. De natureza particular (por exemplo, alimentação não incluída na diária de internamento e despesas com telecomunicações).

1.1.3. MODALIDADE DE UTILIZAÇÃO

As modalidades de utilização (Rede ou Reembolso) estão definidas na Apólice. A utilização em Rede necessita sempre de autorização prévia. Se o Médico não pertencer à Rede, todas as despesas garantidas serão consideradas na modalidade de Prestação por Reembolso, ainda que ocorram em Unidade de Saúde da Rede.

O reembolso de despesas relativas a honorários médicos é limitado ao valor de Coeficiente K indicado na Apólice.

	1.2. AMBULATÓRIO 1.2.1. O QUE ESTÁ SEGURO A cobertura “Ambulatório” abrange despesas efetuadas com atos de diagnóstico ou terapêutica, que não requeiram os meios e serviços específicos de Ambiente Hospitalar, mesmo que nele sejam realizados, nomeadamente: 1.2.1.1. Honorários de consultas médicas; 1.2.1.2. Honorários médicos e de enfermagem relativos a outros atos médicos, incluindo a Pequena Cirurgia; 1.2.1.3. Materiais e produtos associados aos atos médicos; 1.2.1.4. Meios complementares de diagnóstico e terapêutica e meios terapêuticos; 1.2.1.5. Tratamentos de Medicina Física e de Reabilitação, incluindo terapia da fala e fisioterapia digital, desde que prescritos por Médico. 1.2.2. O QUE NÃO ESTÁ SEGURO (para além do indicado na Cláusula EXCLUSÕES) A cobertura não garante despesas com: 1.2.2.1. Cirurgia, incluindo a Cirurgia em Ambiente Hospitalar Sem Internamento; 1.2.2.2. Consultas, tratamentos, cirurgia e Próteses e Ortóteses do foro estomatológico ou de Medicina Dentária; 1.2.2.3. Exercícios de Ortóptica, exceto se prescritos por Médico oftalmologista; 1.2.2.4. Próteses e Ortóteses; 1.2.2.5. Medicamentos. 1.2.3. MODALIDADE DE UTILIZAÇÃO As modalidades de utilização (Prestação na Rede ou Prestação por Reembolso) estão definidas na Apólice. A utilização em Rede pode necessitar de autorização prévia, a qual deverá ser solicitada pelo prestador.	
--	--	--

1.3 DOENÇAS DE COBERTURA ALARGADA

A cobertura “Doenças de cobertura alargada” inclui as garantias de Hospitalização e Ambulatório indicadas nas alíneas anteriores, exclusivamente para as seguintes situações:

1.3.1. Tratamento de Doença Oncológica, 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 do Segurador por relatório médico circunstanciado, acompanhado dos respetivos meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

1.3.2. Os seguintes procedimentos cardiovasculares:

1.3.2.1. cateterismo cardíaco, angioplastia e prótese coronária (stent);

1.3.2.2. Ablação cardíaca;

1.3.2.3. TAVI (Implante percutâneo da válvula aórtica);

1.3.2.4. Implantação de Pacemaker ou CDI;

1.3.2.5. Encerramentos e Implantações Percutâneos Cardíacos;

1.3.2.6. “By pass” coronário.

1.4. MEDICINA PREVENTIVA

A cobertura “Medicina Preventiva”, para Pessoas Seguras a partir dos 18 anos, abrange despesas com a realização, apenas em Prestadores da Rede, dos seguintes atos médicos:

1.4.1. Mulher: Mamografia (>45 anos; dois em dois anos); Citologia do colo do útero e **consulta de ginecologia** (>21 anos; três em três anos);

1.4.2. Homem: PSA (>50 anos; dois em dois anos);

1.4.3. Mulher/Homem: Análises clínicas: Sangue oculto nas fezes (>50 anos; dois em dois anos), hemograma, glicémia e lipidograma (anuais);

1.4.4. **Consulta de avaliação dos resultados.**

Notas:

- A recolha para citologia é realizada em consulta de ginecologia; a periodicidade indicada é a que resulta das atuais orientações clínicas.

	- Os resultados de exames e análises devem ser avaliados por médico.	
2. Incluir n.º 2 - CONDIÇÕES DE SUBSCRIÇÃO E DE PERMANÊNCIA	Para melhor identificação, sugere-se a inclusão num ponto autónomo de: 2.1. Limites de idade de entrada, de acordo com a política da empresa de seguros; 2.2. Não exclusão da permanência no seguro com base na idade da pessoa segura; 2.3. Sem prejuízo da liberdade de atualização do prémio, na renovação do contrato, as condições padrão não sofrem alteração desfavorável ao tomador do seguro e às pessoas seguras. Sugere-se que se elimine a expressão “nos termos do regime de alteração do risco”, atento o disposto no art.º 215.º do Regime Jurídico do Contrato de Seguro, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 72/2008, de 16 de abril, ou, a manter-se, que seja esclarecido os termos em que o mesmo seja possível. Quanto à menção final, “alteração desfavorável ao tomador do seguro e às Pessoas Seguras”, parece ser contraditória com a exigência de que as condições do seguro obedeçam ao estabelecido na Circular, pelo que se sugere que se estabeleça somente a obrigatoriedade de manter as condições do seguro padrão que constam na referida Circular.	A ASF considerou clara e lógica a sistematização dos números da parte I do anexo à circular, pelo que não acolheu o proposto no comentário quanto à inclusão de um ponto autónomo. *** Quanto à eliminação da referência à alteração do risco no n.º 3 da parte I do anexo à circular, em vista do alinhamento com o quadro regulatório vigente, a ASF acolheu o proposto. *** Quanto à menção final, “alteração desfavorável ao tomador do seguro e às Pessoas Seguras”, em ordem a uma apreensão simples das condições, a ASF acolheu o proposto.
Condições Padrão de Seguro de Saúde Definições - aditamento	Tratando-se de um seguro padrão, é conveniente as definições terem conteúdos idênticos, no sentido de garantir as mesmas coberturas em todos os seguradores. Para além da desejada padronização, algumas definições são fundamentais para delimitar as garantias contratuais. Assim, propomos que nas definições que constam no capítulo II, se acrescentem as seguintes: Ambiente Hospitalar: Conjunto de meios infraestruturais, recursos técnicos, tecnológicos e humanos diferenciados, que permitem executar cada ato com qualidade e segurança, incluindo a capacidade de resposta	A ASF entendeu que a comparabilidade das condições padrão não requeria o aditamento de um número muito extenso e detalhado de definições, porquanto se encontram bastante consolidadas no mercado, tendo em conta a oferta vigente. Excecionam-se, no entanto, as relativas a <i>copagamento</i>, <i>ambiente hospitalar</i>, <i>cirurgia em ambiente hospitalar sem internamento</i>, <i>coeficiente k</i> e <i>pequena cirurgia</i>, dada a sua importância para o âmbito da cobertura das condições padrão. Foram ainda aperfeiçoados alguns conceitos que já constavam, de acordo com as sugestões recebidas.

	eficaz para eventos súbitos que ponham em risco a vida da Pessoa Segura, e que existem nas estruturas convencionalmente designadas por “Hospitais” ou outras equivalentes. Certificado Individual de Seguro ou Certificado de Seguro: Documento emitido pelo Segurador para cada Pessoa Segura que comprova a sua inclusão no contrato de seguro, onde constam as garantias contratadas e eventuais exclusões adicionais às previstas nas Condições Gerais e Especiais. Cirurgia em Ambiente Hospitalar Sem Internamento: Intervenção cirúrgica, necessariamente realizada em Ambiente Hospitalar, no bloco operatório, em regime de admissão e alta no mesmo dia e cuja valorização dos atos médicos seja inferior a 100 K (ver definição Coeficiente K). Coeficiente K: Coeficiente para a valorização de atos médicos, definido no Código de Nomenclatura e Valor Relativo de Atos Médicos, publicado pela Ordem dos Médicos. Comparticipação: Valor a cargo do Segurador em cada despesa de saúde garantida pela Apólice, definido nas Condições Particulares e no Certificado de Seguro. Copagamento: Valor ou percentagem a cargo da Pessoa Segura por cada utilização do seguro, conforme definido na Apólice. 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 do Segurador por relatório médico circunstanciado, acompanhado dos respetivos meios complementares de diagnóstico e terapêutica.	Neste sentido, alterou-se o n.º 4 da parte II do anexo à circular. Assim sendo, o proposto foi parcialmente acolhido.
--	--	--

Doença Súbita: Alteração involuntária do estado de saúde, inesperada e aguda, que implica risco de morte ou perda funcional para a Pessoa Segura, necessitando de assistência médica urgente em Ambiente Hospitalar.

Implante: Material (Prótese, Ortótese, aparelho) ou substância com finalidade de substituir ou atuar como uma estrutura biológica ausente do corpo.

Lesão: Alteração involuntária do estado de saúde, morfológica ou funcional, causada por Acidente, clínica e objetivamente comprovada.

Ortóteses: Dispositivos que ajudam a cumprir no todo ou em parte a função de um membro ou órgão.

Pequena Cirurgia: Intervenção cirúrgica que cumpra todos os seguintes critérios:

- não necessitar de bloco operatório para a sua realização;
- não exigir mudança completa de roupa pelo cirurgião;
- ser realizada sob anestesia local;
- não necessitar de cuidados especiais de recobro.

Período de Carência: Período que decorre entre a data de adesão da Pessoa Segura e a data em que esta pode beneficiar das garantias do seguro. Os períodos de carência estão definidos na Apólice.

Preços Convencionados: Preços negociados pelo Segurador com cada Prestador, que podem variar de Prestador para Prestador.

Prestação na Rede: Modalidade de utilização em que os cuidados de saúde são realizados em Prestadores da Rede, compartilhados diretamente

pelo Segurador ao Prestador e em que a Pessoa Segura paga apenas os Copagamentos. Estes serviços estão sujeitos aos critérios de utilização indicados pelo Segurador, incluindo a necessidade de autorização prévia. Os serviços podem variar de prestador para prestador, em função do acordo em cada momento em vigor. Prestação por Reembolso: Modalidade de utilização em que as despesas de saúde são suportadas pela Pessoa Segura sendo posteriormente reembolsadas pelo Segurador, de acordo com as condições da Apólice. Prestador: Entidade com acordo para a prestação de serviços às Pessoas Seguras, a Preços Convencionados. Próteses: Dispositivos que substituem total ou parcialmente um membro ou órgão. Serviço de Atendimento Permanente: Serviço disponível em alguns Prestadores da Rede, 24 horas por dia, com capacidade mínima de diagnóstico, nomeadamente consulta de clínica geral e meios complementares de diagnóstico e terapêutica básicos. Sinistro: Evento ou série de eventos (Acidente ou Doença) que desencadeiam a utilização das garantias da Apólice. 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. Unidade de Saúde: Estabelecimento legalmente autorizado que tenha por objeto a prestação de cuidados de saúde, abrangendo entidades, generalistas ou especializadas, com internamento, consultas, meios complementares de diagnóstico e terapêutica e tratamentos, independentemente da designação. Inclui Hospitais, Clínicas e Centros de meios complementares de diagnóstico e terapêutica.	
---	--

Unidade Hospitalar: Unidade de Saúde que dispõe de assistência médica, cirúrgica e de enfermagem permanente. Abrange entidades com internamento, bloco operatório e sala de recobro. ~

Relativamente às definições propostas, sugerimos as seguintes alterações (marcadas com “registo de alterações/track-changes”):

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~~ ~~ao~~ 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;

Nota: Esta definição inclui condições de aceitação que poderiam ser autonomizadas em cláusula própria. Propomos manter apenas “a pessoa sobre a qual recaem os riscos cobertos pelo seguro”.

e) “Doença”, alteração involuntária do estado de saúde, ~~deteriorando-o~~, não causada por acidente e suscetível de constatação médica;

f) “Doença ~~ou~~ ~~malformação~~ congénita”, a doença, ou malformação, ~~presente à que se diagnostica ou identifica durante a gravidez ou até 30 dias após o~~ ~~nascimento~~ ~~nascimento~~;

Nota: Esta definição confere maiores garantias aos clientes, na medida em que se evita excluir patologias congénitas que só muito mais tarde se manifestam.

g) “Doença ~~ou~~ ~~lesão~~ preexistente”, ~~condição patológica~~ ~~doença ou~~ ~~lesão~~ 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 da patologia em causa; 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 prever a sua divisão em sub-capitalis distintos e específicos, e independentes, em função de critérios estabelecidos na apólice (por exemplo, distintos tipos de cobertura e de despesas) e de doenças ou acidentes.	
Condições Padrão de Seguro de Saúde Definições – proposta de eliminação com alternativa de alterações	Definições desnecessárias, uma vez que constam nas coberturas, conforme indicado nas alterações propostas. Não sendo aceite a proposta, sugerem-se as seguintes alterações, com a nota de que se trata de uma delimitação positiva do conceito, estando em falta, para uma definição rigorosa, a delimitação negativa (exclusões): h) “Despesas de medicina preventiva”, despesa realizada pela pessoa segura com exames médicos periódicos pré-definidos indicados na apólice, face ao respetivo quadro clínico e segundo os protocolos e padrões reconhecidos pela comunidade médica, desde que prescritos ou realizados por médico; i) “Ambulatório”, atos de diagnóstico e terapêutica que não requeiram meios específicos de Ambiente Hospitalar, mesmo que nele sejam realizados, nomeadamente, prestação de cuidados de saúde, incluindo consultas, tratamentos, incluindo Pequena Cirurgia, materiais e produtos associados aos atos médicos, exames, análises meios complementares de diagnóstico e terapêutica e tratamentos de medicina física e de reabilitação, incluindo terapia da fala, 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;	A ASF concorda que estas três definições são desnecessárias, porquanto se encontram bastante consolidadas no mercado, tendo em conta a oferta vigente. Tendo agora, aliás, densificado o conteúdo das coberturas de hospitalização, ambulatório e medicina preventiva indicado no n.º 2 da parte I do Anexo à Circular e retirado as definições do n.º 4 da parte I do Anexo à Circular. Assim sendo, o proposto foi parcialmente acolhido.

	j) “Hospitalização”, atos de diagnóstico ou terapêutica, incluindo cirurgias e parto, cuja realização requeira os meios e serviços específicos de Ambiente Hospitalar permanência em estabelecimento legalmente autorizado à prestação de cuidados de saúde, incluindo cirurgias e outros tratamentos nomeadamente médicos ou de enfermagem; i) Acomodação e utilização das infraestruturas necessárias à realização dos atos médicos (diárias, bloco operatório, recobro, unidade de cuidados intensivos e equipamentos), ainda que realizados em regime de admissão e alta no mesmo dia (Cirurgia em Ambiente Hospitalar Sem Internamento); ii) Honorários médicos e de enfermagem, relacionados com a assistência prestada; iii) Medicamentos, materiais e todos os produtos associados aos cuidados prestados; iv) Meios complementares de diagnóstico e terapêutica, associados aos atos médicos realizados; ii) v) v) Material de osteossíntese e Próteses intracirúrgicas; vi) Cirurgia Maxilofacial, com exceção da Cirurgia em Ambiente Hospitalar Sem Internamento ii) vii) Tratamentos de Quimioterapia e Radioterapia, ainda que realizados em Ambulatório;	
Pré-existências e portabilidade da cobertura	Propõem-se as alterações que se assinalam: N.º 5, Alínea a): Apenas exclui as doenças preexistentes na data da aceitação inicial do risco, bem como as que, tendo sido omitidas, venham a ser do conhecimento do segurador durante a vigência do contrato, 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;	Por acrescer potencial complexidade ao sistema, a ASF optou, nesta fase, por não avançar com as condições referentes à portabilidade, optando por avaliar previamente como funcionará a adesão às condições padrão para depois decidir sobre a previsão dos mecanismos de portabilidade.

	N.º 5, Alínea 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, exceto se em data posterior à aceitação inicial forem identificadas doenças preexistentes. N.º 6, Alínea a): O segurador inicial, no prazo máximo de 15 dias a contar do pedido, entrega ao tomador do seguro um certificado de doenças pré-existentes na data da aceitação inicial do risco; N.º 6, Alínea 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 celebrado com o mesmo segurador 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; No n.º 6, embora seja uma regra em qualquer seguro, acrescentar uma alínea d) O segurador pode livremente aceitar ou recusar a celebração do contrato no âmbito da portabilidade.	
Outros conteúdos contratuais	Sugere-se introduzir as seguintes alterações assinaladas: No n.º 7, alínea b), Salvo convenção em contrário mais favorável ao tomador do seguro ou à pessoa segura, o contrato de seguro, nas garantias em que se prevê a modalidade de reembolso, cobre as despesas com cuidados de saúde havidas em território europeu se a deslocação da pessoa segura ao estrangeiro for por período não superior inferior a 60 dias, e desde que resulte de acidente ou urgência doença súbita, cuja necessidade seja comprovada por relatório médico. No n.º 8, por força da impossibilidade de aceitação tácita pelos prestadores de cuidados de saúde: A recusa de cobertura pelo segurador	A ASF entendeu beneficiar a apreensão simples das condições padrão a clarificação dos conteúdos das condições padrão, pelo que alterou a alínea <i>b)</i> do n.º 7 e o n.º 8 da parte III do anexo à circular. Porém, a questão do reembolso será uma faculdade que as empresas de seguros poderão conceder, não ficando obrigatoriamente a sua inclusão prevista. Assim sendo, foi acolhido parcialmente o proposto.

	com base em motivo de natureza médica deve ser efetuada num prazo máximo de oito dias contínuos a contar do pedido, devidamente instruído. sob pena de autorização tácita; Nota: Os prestadores de cuidados de saúde só aceitam autorizações expressas, com indicação dos valores. Deve ser assegurada a viabilidade da realização de arbitragem médica para este efeito; em caso de efetiva viabilidade, devem ficar expressas o modelo e condições em que esta funciona e determina a atribuição à pessoa segura do direito à realização de uma arbitragem médica, direito à realização de uma arbitragem médica, a qual deve estar decidida num prazo máximo de 30 dias contínuos a contar do pedido devidamente instruído e com indicação do médico representante. Em caso de urgência médica ou clínica devidamente comprovada, o primeiro prazo previsto no número anterior é o que for medicamente razoável.	
Exclusões admissíveis	Sugerimos as alterações assinaladas nas exclusões a seguir indicadas. 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; Nota: A gravidez já consta no período de carência, pelo que será desnecessária a menção nas exclusões. b) Acidentes de viação, acidentes em serviço ou de trabalho e doenças profissionais, bem como outros acidentes e doenças cobertos por outros seguros obrigatórios, até aos limites garantidos pelos mesmos;	A ASF entendeu que o alinhamento das condições padrão com a oferta vigente no mercado nacional e o espírito da circular requereram alterações a várias alíneas da disposição. Assim sendo, foi parcialmente acolhido o proposto.

	c) Consultas, tratamentos e/ou cirurgias para correção de regularização do peso ou de obesidade, assim como situações clínicas destes decorrentes, qualquer que seja o diagnóstico que origine a indicação para estas intervenções terapêuticas, nomeada, mas não exclusivamente, a obesidade, incluindo situações de obesidade mórbida, , qualquer que seja a sua classificação, síndrome metabólico ou patologias associadas a transtornos alimentares 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 a adesão seja feita nos primeiros 30 dias de vida do bebé. A adesão tem efeito à data de nascimento e desde que este o contrato esteja em vigor pelo menos há 12 meses; f) Tratamento cirúrgico da roncopia, exceto em caso de apneia, e despesas com tratamento do sono; g) Qualquer tratamento, intervenção ou cirurgia do foro estético, plástico ou reconstrutivo, bem como as suas respectivas consequências, efetuado com intenção de melhorar a aparência pessoal ou remover tecido corporal são, não sendo considerado 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 ocorrido ou doença maligna ocorridos manifestada durante a vigência da apólice; h) Disfunções sexuais, exceto em consequência de Doença garantida pela apólice;	
--	--	--

- i) Interrupção voluntária da gravidez, incluindo situações clínicas desta decorrentes, bem como despesas efetuadas ~~com tratamentos cirúrgicos com finalidades contraceptivas~~ planeamento familiar e métodos anticoncecionais, cirúrgicos e não cirúrgicos incluindo possíveis complicações e despesas efetuadas para reverter os efeitos de uma cirurgia de esterilização voluntariamente realizada;
- j) Consultas, tratamentos, testes de infertilidade e todos os atos médicos praticados no âmbito da reprodução medicamente assistida, incluindo consultas, meios complementares de diagnóstico e terapêutica, testes, tratamentos de infertilidade, ~~bem como os~~ métodos de ~~inseminação~~ fecundação artificial, fertilização in vitro ou procedimentos de transferência embrionária, bem como as consequências da aplicação dos mesmos;
- 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, utilização de estupefacientes e narcóticos ~~quando não prescritos por Médico~~, e utilização abusiva de medicamentos, incluindo as respetivas consequências;
- l) Transplante de órgãos ou tecidos e respetivas consequências, incluindo todos os atos clínicos, atos laboratoriais e materiais necessários;
- 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;

Nota: A participação em competições prevista nesta alínea obriga à celebração de contratos de seguro.

Propomos que se incluam numa única alínea a prática dos seguintes desportos:

ii). Prática de desportos perigosos ou radicais, tais como: 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*), **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, caça submarina, participação em provas e competições com veículos providos de motor (duas rodas, três rodas ou moto quatro) ou sem motor (*skate*, *BTI*, *rafting*, asa-delta, parapente, ultraleve, paraquedismo, incluindo a queda livre e o voo utilizando fatos planadores, **com ou sem paraquedas**), **prática** de esqui e outros desportos na neve ou gelo, como alpinismo, alta montanha, escalada, corrida em penhascos, serra ou montanha, *slide* e *rappel* ou outros desportos de perigosidade análoga; Tauromaquia e largadas de touros, caça de animais perigosos, hipismo; espeleologia; artes marciais, luta, boxe;

Nota: A menção expressa dos desportos radicais tende a ficar desatualizada, com o constante surgimento de novas modalidades

iii) Cataclismos da natureza, atos de guerra, declarada ou não, ações de terrorismo, de sabotagem, perturbações da ordem pública e utilização de armas químicas ou bacteriológicas ou agentes químicos ou ainda na contaminação do meio ambiente;

i. *iv)* **Intervenções em 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, salvo em caso de legítima defesa; ii.v) Exposição a efeitos de radioatividade não terapêutica; 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 toxicodependência e/ou alcoolismo e outros estabelecimentos similares, bem como consultas, meios complementares de diagnóstico e terapêutica, tratamentos e outras despesas realizadas em Unidades de Saúde sem a necessária autorização legal, assim como em estabelecimentos não autorizados a prestar cuidados de saúde, tais como ginásios, centros de beleza e bem-estar e outros estabelecimentos semelhantes; o) 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; 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; assistência internamento hospitalar por razões de carácter estritamente exclusivamente assistencial; as despesas de natureza particular (por exemplo, alimentação não incluída na diária de internamento, telefone, aluguer de tv/internet, etc.), bem como aquelas não diretamente relacionadas com os atos médicos abrangidos pelo contrato;	
--	--	--

	q) <i>q)</i> 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; r) <i>r)</i> Despesas de transporte e alojamento da pessoa segura; s) <i>s)</i> 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 e, ainda, em Unidades de Saúde de que a Pessoa Segura seja proprietária.	
--	---	--

Pessoa/Entidade: Future Healthcare

Assinalar caso se oponha à publicação dos contributos: ☐

TABELA DE COMENTÁRIOS

Projeto de Circular relativa a condições padrão de seguro de saúde

Indicações:

Na coluna “Conteúdo (do documento de Consulta Pública, da Circular ou do Anexo)”, indicar o ponto do texto do documento de Consulta Pública, ou do projeto de Circular, ou do respetivo Anexo.

Na coluna “Comentário”, indicar o comentário ao ponto do texto do documento de Consulta Pública, ou do projeto de Circular, ou do respetivo Anexo.

Cada comentário deve reportar-se a um ponto específico.

Em cada comentário que vise uma modificação do texto da Circular ou do Anexo deve ser apresentada uma justificação para o seu acolhimento, podendo ainda ser acrescentadas outras observações.

A coluna “Resolução” corresponde à resolução de cada comentário ou observação e será preenchida pela ASF.

Conteúdo (da Circular ou do Anexo)	Comentário	Resolução
Circular III 16d)	Apenas mencionar caso a oferta cumpra as condições padrão, ou também se for superior (quer em termos de capitais, quer de coberturas extra)? Relaciona com IV 17	A ASF esclarece que, caso se disponibilize aos tomadores de seguros uma opção de seguro de saúde que preencha totalmente o conjunto de condições padrão previstas no anexo à circular, pode haver referências a esta circunstância, ainda que sejam disponibilizadas coberturas ou capitais adicionais face àquelas condições padrão. Não obstante, sendo adicionais, não devem estar presentes nas referências às condições padrão, devendo a informação prestada aos tomadores de seguros e aos segurados discernir entre as condições padrão e as coberturas ou os capitais adicionais.

Circular III 16e)	Não cumprindo uma opção de seguro de saúde padrão, não faz sentido qualquer referência em quaisquer documentos	A ASF tomou nota do comentário e reforça que, não estando disponibilizado aos tomadores de seguros uma opção de seguro de saúde que preencha totalmente o conjunto de condições padrão previstas na circular – bastando, portanto, que não se verifique uma das diversas condições padrão no produto de seguro de saúde em causa – as empresas de seguros autorizadas ao exercício em Portugal da atividade do ramo “Doença” se devem abster de efetuar referências a essas condições.
Circular I. Âmbito da Cobertura 1.	Doenças de cobertura alargada podem ser superiores face à evolução dos custos médicos. Aumentar Hospitalização para 50.000,00€ e Doenças de cobertura alargada para 500.000,00€	A ASF entendeu que os limites de capital previstos nas condições padrão de seguro de saúde recomendadas, quanto ao concreto âmbito de cobertura comentado, se revelam equilibrados face aos custos que estão associados às coberturas e que a possibilidade de a oferta não se esgotar naqueles limites permite aos operadores a flexibilização necessária para uma proteção da saúde mais ampla e adaptada às diferentes necessidades dos consumidores, bem como ao perfil e mercado alvo, incluindo numa perspetiva futura. Assim sendo, não foi acolhido o proposto.
Circular I. Âmbito da Cobertura 1.	Consultas Urgentes não incluem exames? Quadro de coberturas apenas menciona Exames Programados. Ficam excluídos exames num contexto de urgência?	A ASF entendeu, tendo em conta uma revisão da oferta vigente no mercado nacional, dever reforçar o equilíbrio das condições padrão no sentido de abranger, na cobertura de ambulatório, os exames urgentes. Assim sendo, foi acolhido o proposto.
Circular I. Âmbito da Cobertura 2d)	Por forma a não consumir 1 consulta programada, incluir no contexto da medicina preventiva, 1 consulta para avaliação prévia da condição clínica. Incluir consulta no pacote da medicina preventiva	Foi acolhido o proposto.
Circular I. Âmbito da Cobertura 2g)	Inclusão da cobertura de gravidez e parto com que limite/sublimite?	Cumpra elucidar que o regime comum previsto para todas as coberturas abrange soluções como a inclusão da cobertura de gravidez e parto, o que importa a sua adstrição aos limites de capital correspondentes, com exceção das “Doenças de cobertura alargada”. No sentido de reforçar a simplicidade de apreensão das condições padrão e, assim, esclarecer a inclusão da gravidez e parto nas coberturas que se revelarem necessárias (desde logo, as de

		hospitalização e de ambulatório) a ASF procedeu a alterações às alíneas <i>b)</i> e <i>g)</i> do n.º 2 da parte I do anexo à circular.
Circular I. Introdução 2.	Aproveitar para incluir ponto para clarificar diferença entre seguros e planos de saúde. Planos de Saúde devem ser regulados pela ERS	Cumpra esclarecer que a ASF, procurando contribuir para uma melhor diferenciação dos produtos que constituem “seguros de saúde” daqueles que são meros “planos de saúde”, tem vindo a produzir diversos materiais e a divulgá-los em vários canais, iniciativas que estão inseridas na sua estratégia de comunicação com o consumidor de seguros. Acresce ainda que, em 2 de janeiro de 2025, a ASF lançou a Consulta Pública n.º 1/2025, relativa ao projeto de Recomendações sobre a diferenciação entre seguros de saúde e planos de saúde, no âmbito do conjunto de medidas regulatórias planeadas para reforçar a regulação do ramo Doença. As Recomendações n.º 1/2025, foram, entretanto, aprovadas em 8 de abril. Desta forma, a diferenciação entre seguros de saúde e planos de saúde é matéria objeto de recomendações da ASF, tendo-se optado por consubstanciar o tratamento desta matéria em instrumento de <i>soft law</i> próprio face ao <i>sub judice</i>, dada a autonomia que apresenta face àquela outra matéria. Assim sendo, não foi acolhido o proposto.