



## BOLETIM ESCLARECIMENTOS

### Planos I, II e III - a subscrever pelo TOC

#### PERGUNTAS FREQUENTES

##### **O que é o seguro de Saúde da CTOC em regime de up-grade?**

É um seguro de saúde negociado pela CTOC com a Companhia de Seguros Tranquilidade com condições únicas e excepcionais no mercado, que proporciona o acesso dos Membros da CTOC e respectivos agregados familiares à subscrição de 3 opções de seguro de saúde de acordo com as suas necessidades.

##### **O que oferece o seguro de saúde da CTOC em regime de up-grade?**

No seguro de up-grade o TOC pode escolher para si e/ou para o seu agregado familiar um conjunto de coberturas desde as mais simples até à protecção mais completa em função das suas necessidades. Pode também consultar estes planos no site da CTOC.

	Capital / Pessoa Segura / Por ano	Comparticipação				
		Rede		Fora Rede		
		%	Co-pagamento	%	Franquia	
<b>ASSISTÊNCIA HOSPITALAR</b>	€ 50.000,00	90%	€ 1.000,00	90%	€ 1.000,00	
<b>ASSISTÊNCIA AMBULATORIA</b>	€ 5.000,00					
Plano I	Consultas	100%	€13,00 /consulta	60%	máxima comparticipação / consulta = € 35,00	
	Consultas especialidades	100%	€13,00 /consulta	60%		
	Consultas domiciliárias	100%	€15,00 /consulta	60%		
	Consultas urgência	100%	€25,00 /consulta	60%		
	Consultas psiquiatria	100%	€13,00 /consulta	60%		
	Plano II	Análises	90%			60%
		Anatomia patológica	90%			60%
		Rx	90%			60%
		Ecografias	90%			60%
		Medicina nuclear	90%			60%
Tac		90%		60%		
Ressonância magnética		90%		60%		
Outros exames aux. Diag. Fisioterapia (sub-limite)		90%		60%		
<b>MEDICAMENTOS</b>	€ 400,00			80%	3,00 € / receita	
<b>Plano III</b>						
<b>ASSISTÊNCIA HOSPITALAR</b>	€ 1.000,00	90%		90%		
<b>ESTOMATOLOGIA</b>	€ 400,00					
Visitas		100%	13,00 € / visita	60%	50,00 € / ano	
Aparelhos e próteses		90%		60%		
<b>SEGUNDA OPINIÃO MÉDICA</b>	Incluída					
<b>PARTO</b>	€ 2.500,00	90%		60%		
<b>PRÓTESES / ORTÓTESES</b>	€ 1.500,00			80%		
Ortoteses oculares	€ 400,00			80%		
<b>ASSISTÊNCIA HOSPITALAR</b>						
Rede Internacional (Espanha; Reino Unido e E.U.A.)		80%				
<b>ASSISTÊNCIA AMBULATORIA</b>						
Rede Espanhola						
Consultas		100%	€13,00 /consulta			
Outras despesas		90%				

### Como funcionam os vários planos?

Os planos de up-grade funcionam sempre de forma crescente, desde uma oferta mais simples a uma oferta que assegura o máximo de protecção.

Para o TOC os planos de up-grade funcionam sempre em complemento do Cartão BES/CTOC (Plano 0). Assim, o capital de Hospitalização que lhe é atribuído está associado ao Cartão BES/CTOC (€50.000). No UG I, acrescem as coberturas de Ambulatório e Medicamentos. No UG II, não existe franquia na cobertura de Hospitalização e cresce Estomatologia e cobertura de 2ª Opinião Médica. No UG III cresce a Rede Médica em Espanha, a cobertura de Parto, Próteses e Ortóteses e Cobertura Internacional.

No UG I existe uma franquia de €1.000.

No UG2 e UG3 existe a chamada compra de franquia, em que para o TOC a franquia aplicada na cobertura de hospitalização no seu Plano associado ao cartão BES/CTOC, deixa de existir. Daí, a complementaridade dos Planos 0 e UG1, UG2 e UG3, que se faz..

No caso de agregados que adiram a estes UG, o capital de hospitalização é de 50.000, tendo também a franquia 1.000€ no UG1.

Para o TOC e seu agregado o plafond máximo de hospitalização é sempre de 50.000, quer seja em Território Nacional, quer seja, aderindo a Rede Internacional.

No entanto, caso a Pessoa Segura recorra a comparticipação prévia, para todo o tipo de despesas, da A.D.S.E., A.D.M.E., S.A.M.S., S.M.S. Seguros ou outras instituições equiparadas, a Franquia por Internamento Hospitalar, será de **€750**.

### **Quem é que paga o seguro de saúde em regime de up-grade?**

Quando o TOC subscreve o seguro de saúde em regime de up-grade para si e/ou o seu agregado familiar, o Tomador de Seguro é o TOC. Neste seguro só podem ser incluídos os agregados familiares do TOC. Não é um seguro extensível aos empregados das sociedades de TOC.

### **O que devo fazer para subscrever este seguro?**

Deve preencher um boletim de adesão que encontrará no site da CTOC. Para mais pormenores, consultar as **Regras e Procedimentos de Adesão**.

### **Qual a idade limite de adesão ao seguro de saúde?**

A idade limite para inclusão no seguro de saúde é de 65 anos.

Os TOC que tenham mais do que 65 anos podem beneficiar dos respectivos up-grades desde que adiram na 1ª anuidade do seguro subscrito pela CTOC, isto é, adiram até 30 de Março de 2008.

### **E o limite de permanência?**

A idade limite de permanência no seguro de saúde para o Membro e seu conjugue é de 75 anos. A idade limite para os filhos é de 25 anos.

### **Os meus descendentes podem ser incluídos no seguro de saúde?**

O TOC tem à sua disposição, e do seu agregado, 3 planos alternativos de seguro de saúde onde pode incluir os seus descendentes até à idade limite de permanência no seguro.

### **Os meus ascendentes podem ser incluídos no seguro de saúde?**

No seguro, e apenas em regime de up-grade suportado pelo TOC, só pode ser incluído o agregado familiar. Este define-se como o conjunto de pessoas constituído pelo Membro, o seu cônjuge ou pessoa que com ela viva em união de facto, e os filhos menores e solteiros (ou, não sendo menores, até ao limite de idade de 25 anos, desde que sejam estudantes, incluindo adoptados, tutelados e curatelados), que coabitem com o Participante.

Assim, não é possível incluir os ascendentes no seguro.

### **Quando é que tem início este seguro?**

Logo que o subscreva, isto é, formalize a sua adesão. Receberá em sua casa um cartão que o identificará como detentor do seguro. Para tal, certifique-se de que tem a sua morada actualizada, minimizando a possibilidade de extravio.



### **Quando posso utilizar o seguro subscrito por mim (TOC)?**

O seguro tem data início na data de formalização da sua adesão, mas comporta um período de carência geral de 90 dias, ou 300 dias para a cobertura de Parto, durante o qual as eventuais despesas de saúde não estão cobertas pelo seguro, excepto em situação de acidente que requeira tratamento de urgência.

### **O que é o período de carência?**

É o espaço de tempo que difere a eficácia das garantias da Apólice para uma data posterior à do início do contrato.

### **Qual é o período de carência?**

Será de 90 dias em geral, e de 300 dias para quem optar para a cobertura de Parto.

### **No caso de ter um outro seguro de saúde também são aplicáveis os períodos de carência?**

Sim, dado que são seguros independentes, logo são sempre aplicáveis os períodos de carência estipulados.

### **Como é que me reconhecem como beneficiário do seguro de Saúde?**

- **TOC**

Em todos os contactos com os prestadores o TOC:

- No caso de accionar a cobertura de Hospitalização: deve apresentar ambos os Cartões de Saúde – **(i) Cartão BES/CTOC para o Plano 0 e (ii) Cartão de Saúde** para qualquer dos planos de up-grade que permitem identificar o seu número de pessoa segura.
- No caso de outras coberturas: deve apresentar o Cartões de Saúde Tranquilidade para qualquer dos planos de up-grade que permitem identificar o seu número de pessoa segura.

Também nos contactos com a **Linha do Seguro de Saúde (707 786 778)** ou preenchimento de impressos de reembolso de despesas deve informar/ fazer constar os seus números de pessoa segura inscritos em ambos os cartões.

- **Agregado**

Em todos os contactos com os prestadores a Pessoa Segura deve apresentar o seu Cartão de Saúde Tranquilidade que permitem identificar o seu número de beneficiário e usufruir das garantias associadas aos planos.

### **O que devo fazer se precisar de usar o seguro e ainda não tiver recebido o cartão?**

O Cartão BES/CTOC é o que o identifica como beneficiário do seguro de saúde. Assim, caso necessite de recorrer ao seguro e ainda não tiver recepcionado o cartão deve ligar para a AVS que o informará do seu número de identificação de pessoa segura. Com esse dado em sua posse pode dirigir-se a qualquer prestador da rede e accionar o seguro.

### **Quais as garantias que podem ser cobertas pelo seguro ?**

De acordo com o plano que optar (UG I, UG II ou UG III) pode ter diferentes garantias, designadamente:

- **Hospitalização** – garantia das despesas efectuadas em consequência de internamento numa unidade hospitalar. Ficam incluídas as despesas com cirurgias ou tratamentos de quimioterapia realizados em regime ambulatorio e as despesas de internamento motivadas por doenças do foro psíquico no máximo de 15 dias por anuidade.
- **Ambulatório** – cobertura das despesas com cuidados médicos ambulatorios, incluindo consultas de clínica geral e especialidade, exames, análises e tratamentos.
  - As consultas de ginecologia e ecografias ginecológicas ficarão limitadas, nos planos sem a cobertura de parto, ao máximo de 3 por anuidade, a mais que se comprove a existência de uma doença deste foro.
  - As consultas com médicos do foro psíquico também são cobertas, até ao máximo de 3 por anuidade.
- **Parto**
- **Estomatologia** – garantia das despesas relacionadas com estomatologia, decorrentes de consultas e tratamentos, intervenções cirúrgicas e próteses dentárias.
- **Próteses e Ortóteses** – comparticipação de despesas com óculos e lentes de contacto, próteses e ortóteses ortopédicas e auditivas e com o aluguer ou aquisição de cadeiras de rodas e camas articuladas.
- **Medicamentos** – reembolso de despesas realizadas com medicamentos, registados no INFARMED ou entidades similares, desde que prescritos por um médico. Não estão cobertas as vacinas de qualquer tipo e respectiva aplicação, excepto em relação às previstas no Programa de Medicina Preventiva.
- **Rede Espanhola**
- **Rede Internacional**
- **Segunda Opinião Médica**
- **Assistência Médica ao Domicílio**

### **O que é a Rede Internacional?**

É a cobertura das despesas de hospitalização e ambulatório na rede de prestadores da Sanitas em Espanha e em despesas de hospitalização na Bupa no Reino Unido e na United HealthCare nos Estados Unidos da América. Através da Cobertura Internacional o cliente pode ter acesso a uma rede de prestadores de cuidados médicos no Reino Unido e nos Estados Unidos da América. No Reino Unido temos a rede de hospitais da BUPA. Nos Estados Unidos da América, através de uma das maiores seguradoras da área da saúde de todo o mundo, a United HealthCare, pomos à disposição do cliente os melhores médicos e hospitais de cada área de especialidade, com reputação a nível internacional, como o Mount Sinai Hospital em Nova Iorque, o MD Anderson Cancer Centre em Houston ou o Children Memorial Hospital em Chicago.

### O que é a Rede Espanhola?

É a rede de prestadores da Sanitas em Espanha (com mais de 20.000 médicos e 520 clínicas/hospitais).

### O que é a Segunda Opinião Médica?



É uma cobertura assente em dois serviços inovadores:

- **InterConsulta:** acesso no caso de diagnóstico de uma doença grave a uma 2ª opinião de aconselhamento médico com um dos melhores especialistas mundiais. Perante o diagnóstico de uma doença grave, o Cliente acede a este serviço via telefone, sendo-lhe feito um questionário e feita a constituição física do seu processo clínico, o qual é enviado para um dos 5 melhores especialistas mundiais da especialidade, que emitem um relatório médico sobre a situação.
- **InterSaúde:** assegura a assistência na gestão logística nas deslocações ao estrangeiro. Na posse do relatório dos melhores especialistas mundiais, o cliente acede a este serviço via telefone de forma a ser observado/ tratado pelo melhor especialista; para o efeito a BestDoctors encarrega-se da organização logística da deslocação do doente – incluindo marcação de viagem, alojamento, consulta, cirurgia, contratação de tradutor, etc., cujos custos associados, serão sempre da integral responsabilidade do Cliente.

### Em que consiste a Assistência Médica ao Domicílio?

Inclui o envio de médico ao domicílio, o transporte de ambulância e o aconselhamento médico.

### O que é o K mencionado na cobertura de hospitalização?

É o valor de referência do preço de cada acto médico, publicado no Código de Nomenclatura e Valor Relativo de Actos Médicos da Ordem dos Médicos em 1997, sendo constituído por um valor máximo, um mínimo e um valor médio. O valor do acto médico obtém-se multiplicando o número de K atribuído a esse acto pelo valor estabelecido para o K. Neste produto é utilizado o valor do K médio, cujo valor fixamos em €7.

### O que é uma Franquia?

É a importância que, em caso de sinistro, fica a cargo do Membro.

#### Exemplo 1 – Sem recurso prévio a outro sistema de Saúde

- Total da despesa = €40.000
- Franquia = €1.000
- Reembolso à Pessoa Segura (90%) =  $(€40.000 - €1.000) \times 90\% = €39.000 \times 90\% = €35.100$

#### Exemplo 2 – Com recurso prévio a outro sistema de Saúde

- Total da despesa = €40.000
- Comparticipação da ADSE = €5.000
- Total da despesa a cargo da Pessoa Segura =  $€40.000 - €5.000 = €35.000$
- Franquia = €750
- Reembolso à Pessoa Segura (90%) =  $(€35.000 - €750) \times 90\% = €34.250 \times 90\% = €30.825$

### **O que é uma comparticipação?**

É a percentagem, ou valor máximo, de despesas médicas garantidas pelo contrato que ficam a cargo da Tranquilidade.

### **Posso escolher livremente o médico a que quero ir em Portugal ou no estrangeiro?**

A escolha do médico, em Portugal ou no estrangeiro é livre. No entanto, para a cobertura de Hospitalização, é sempre necessária uma pré-autorização por parte da entidade que gere os sinistros de Saúde – a Advance Care – antes da realização do acto cirúrgico.

### **O que é a rede de prestadores (Advance Care)?**

É o conjunto de prestadores de cuidados de saúde, nomeadamente médicos, hospitais, clínicas, e outras unidades de saúde que têm um acordo de prestação de serviços com a AdvanceCare.

### **O que é a AdvanceCare?**

É a empresa constituída pela Tranquilidade, outras seguradoras e a United Health Care, uma das maiores companhias de seguros da área da saúde, dos Estados Unidos da América. A AdvanceCare tem a seu cargo a constituição e gestão da rede de prestadores, a resolução dos pedidos de comparticipação de despesas médicas e a prestação de uma série de serviços relacionados com cuidados de saúde.

### **Quais as vantagens de recorrer à rede de prestadores?**

A utilização da rede de prestadores é mais cómoda para o cliente não só porque o segurado só terá de desembolsar o montante a seu cargo, sendo a parte a cargo da Tranquilidade paga directamente pela AdvanceCare ao prestador, mas também porque as percentagens de comparticipação de despesas médicas são mais elevadas dentro da rede do que fora da rede de prestadores.

Isto, aliado ao facto de que, na medida em que existe um acordo com a Tranquilidade, os preços praticados aos nossos clientes são mais baixos do que os preços praticados junto do público em geral, torna-se particularmente benéfico.

### **Onde posso consultar a rede de prestadores?**

Directamente no site [www.advancecare.pt](http://www.advancecare.pt), consulte onde diz Directório Clínico.

### **O que é uma *pré-autorização*?**

É a aprovação dada pelos serviços clínicos da Tranquilidade, quando exigível nos termos da apólice, para a utilização de alguns cuidados de saúde, que implicam a prévia autorização da AdvanceCare. Esta autorização deve ser solicitada pelos próprios prestadores (médicos) quando for utilizada a rede de prestadores, ou pelo segurado quando este utilizar serviços clínicos fora da rede.

Através da Linha do Seguro de Saúde (707 786 778), o cliente deve obter autorização para a realização de certos actos médicos. A área de gestão de sinistros de saúde da AdvanceCare procede a uma análise da informação e verifica se o acto médico que está a ser pedido é clinicamente necessário – consoante o enquadramento das Condições Gerais do seguro - e está adequado à situação descrita.

### **Quais os casos em que necessito de uma *pré-autorização*?**

Carecem de autorização a Hospitalização, cirurgia ambulatória, quimioterapia, fisioterapia e terapia da fala. Se por uma situação de urgência não for possível solicitar a pré-autorização, devem ser contactados a Linha acima referida, no prazo máximo de 48h ou no prazo mais curto de período de tempo possível.

### **Quais as principais exclusões?**

- Doenças pré-existentes ou acidentes ocorridos antes da data de inclusão no seguro;
- Tratamentos de cirurgia estética ou plástica, tratamentos de rejuvenescimento ou emagrecimento;
- Tratamentos de infertilidade ou métodos de fecundação artificial;
- Hemodiálise, transplante de órgãos e S.I.D.A. e suas implicações;
- Curas de repouso, exames de rotina e check-up;
- Doenças epidémicas oficialmente declaradas;
- Tratamentos não reconhecidos pela Ordem dos Médicos Portuguesa;
- Despesas realizadas com médicos que sejam cônjuge, pais, filhos ou irmãos da Pessoa Segura.

No entanto, esta informação não dispensa a leitura integral das Condições Gerais, Especiais e Particulares para ter uma informação mais completa

### **O que é Doença pré-existente?**

É a doença manifestada antes do início do contrato e que o cliente seja portador à data de início do mesmo.

### **Se tiver dúvidas sobre o seguro, após ter aderido que devo fazer?**

Poderá sempre contactar a **Linha do Seguro de Saúde** (707 786 778) através da qual pode aceder a informações sobre:

- Coberturas e capitais do seguro;
- Médicos, clínicas e outros prestadores de cuidados médicos da rede de prestadores;
- Processos de comparticipação de despesas médicas;
- Pré-autorizações;
- Pagamento de prémios

## REGRAS E PROCEDIMENTOS DE ADESÃO

- A adesão é facultativa
- O TOC e o seu agregado poderão optar por um dos planos de up-grade. Este plano tem de ser comum ao TOC e seu respectivo agregado familiar.
- Tomador de seguro: TOC
- Qualquer adesão a um plano de Upgrade implica sempre preenchimento de proposta de adesão (obrigatoriamente)

### • CANAIS DE ADESÃO AO SEGURO

#### 1. Site CTOC:

- a) Imprima sempre o Boletim de Adesão e preencha-o de forma **completa**, assinando-o no final
- b) Envie o Boletim de Adesão devidamente preenchido para a CTOC ou a AVS (ver morada no fim deste documento).

#### 2. Delegações da CTOC:

- a) Solicite o Boletim de Adesão disponível nas Delegações da CTOC e preencha-o de forma **completa**, assinando-o no final
- b) Deixe o Boletim de Adesão devidamente preenchido em qualquer Delegação da CTOC

#### 3. Delegações da AVS Corretores de Seguros:

- a) Solicite o Boletim de Adesão disponível nas Delegações da CTOC e preencha-o de forma completa, assinando-o no final
- b) Deixe o Boletim de Adesão devidamente preenchido em qualquer escritório da AVS

- Será emitida uma apólice por cada Agregado Familiar
- A data início do seguro será à data de subscrição.
- A alteração de Plano só é permitida na data de vencimento da Apólice.
- Alertamos que para a Cobertura Internacional, é indispensável a autorização de débito em conta, conforme consta da declaração Individual do seguro de saúde
- Os planos de up-grade detêm um cartão Tranquilidade, emitido pela Advancecare com tempo de emissão de cerca de 15 dias úteis após a inclusão do aderente/agregado.
- Se o TOC, deixar de ser Membro da CTOC, qualquer upgrade subscrito cessa na data de exclusão do Plano Base

## PROCEDIMENTOS PARA ACCIONAR O SEGURO

### 1. Nas prestações convencionadas (dentro de rede)

- Seleccionar um prestador da Rede de Prestadores indicado pela Tranquilidade;
- Apresentar o seu cartão de saúde quando receber serviços clínicos no prestador;
- Pagar ao prestador a parte da despesa que fica a seu cargo.

### 2. Nas prestações indemnizatórias (fora de rede) - Reembolso

- Apresentar o impresso de sinistros devidamente preenchido;
- Apresente sempre os **recibos originais** das despesas efectuadas. Estes devem obrigatoriamente indicar o nome da pessoa a quem respeita, discriminar os serviços prestados ( consulta, acto médico praticado, descrição das análises, radiografias, tratamentos realizados), a especialidade médica e Obedecer às normas legais, nomeadamente de natureza fiscal.
- Para efeito de emissão de Termo de Responsabilidade deverá ser solicitada a pré-autorização junto do Administrador / Tranquilidade, de acordo com o disposto nas respectivas Condições Especiais aplicáveis.

Note: Tem um prazo de 180 dias para apresentar as despesas, conforme artº 19, das Condições Gerais.

### 3. Complementaridade

Caso um Participante seja beneficiário da ADSE, ADME, SAMS, ARS/SMS ou outras Instituições equiparadas, deverá igualmente apresentar na Tranquilidade fotocópia dos documentos referidos nos parágrafos anteriores, bem como um documento original comprovativo da parte da despesa não reembolsada ao abrigo do sub-sistema ou contrato de seguro anteriormente accionado.

## CONDIÇÕES GERAIS

As Condições Gerais e Especiais aplicáveis ao seguro de saúde subscrito pelos TOC em regime de up-grade para si ou membros do agregado familiar são o Mod. 239/021 – Abril 2006

## **CONTACTOS AVS CORRETORES DE SEGUROS**

**Se tiver dúvidas sobre o seguro, antes de ter aderido o que devo fazer?**

Contactar a **AVS- Corretores de Seguros, S.A.**

### **LISBOA**

[assist.toc@avs-seguros.pt](mailto:assist.toc@avs-seguros.pt)

**Pedro Miguel Marques**

**Linha TOC – N.º Telefone: 21 11 48 445**

Nº de Fax: 21 11 48 449

### **PORTO**

[porto@avs-seguros.pt](mailto:porto@avs-seguros.pt)

Nº de Telefone: 22 004 55 46

Nº de Fax: 22 004 55 19

### **COIMBRA**

[coimbra@avs-seguros.pt](mailto:coimbra@avs-seguros.pt)

Nº de Telefone: 239 838 368

Nº de Fax: 239 838 361

### **PORTIMÃO**

[portimao@avs-seguros.pt](mailto:portimao@avs-seguros.pt)

Nº de Telefone: 282 480 340

Nº de Fax: 282 480 349

### **FUNCHAL**

[funchal@avs-seguros.pt](mailto:funchal@avs-seguros.pt)

Nº de Telefone: 291 233 872

Nº de Fax: 291 224 356