

APÓLICE DE SEGURO DE SAÚDE

CONDIÇÕES GERAIS

ARTIGO PRELIMINAR

Entre a Seguradoras Unidas, S. A., adiante designada por Segurador, e o Tomador do Seguro, mencionado nas Condições Particulares, estabelece-se um contrato de seguro que se regula pelas Condições Gerais, Especiais e Particulares desta Apólice, de acordo com as declarações constantes da Proposta que lhe serviu de base e da qual faz parte integrante.

CAPÍTULO I**Definições, objeto, garantias e exclusões****ART. 1.º - Definições**

Para efeitos do disposto no presente Contrato, entende-se por:

- a) **SEGURADOR:** A Seguradoras Unidas, S.A., adiante designada por Segurador;
- b) **ADVANCECARE:** Entidade, adiante designada por Administrador, que, por conta do Segurador, organiza a Rede de Prestadores, procede à gestão das prestações devidas pelo contrato e articula o pagamento direto das despesas médicas, quer aos prestadores convencionados, nomeadamente médicos, hospitais, centros de diagnóstico, quer às Pessoas Seguras;
- c) **TOMADOR DO SEGURO:** Entidade que subscreve o presente Contrato e é responsável pelo pagamento do prémio;
- d) **PESSOA SEGURA:** Pessoa singular identificada nas Condições Particulares cuja saúde ou integridade física se segura através do presente Contrato;
- e) **AGREGADO FAMILIAR:** Conjunto de pessoas constituído pela Pessoa Segura, o seu cônjuge ou pessoa que com ele viva em união de facto, e os seus descendentes menores e solteiros (ou, não sendo menores, até ao limite de idade de 24 anos, desde que sejam estudantes, incluindo adotados, tutelados e curatelados), que coabitem com a Pessoa Segura;
- f) **ACIDENTE:** O acontecimento fortuito, súbito e anormal, devido a causa exterior e estranha à vontade da Pessoa Segura e que nesta origine lesões corporais que possam ser clínica e objetivamente constatadas;
- g) **DOENÇA:** Toda a alteração involuntária do estado de saúde, não causada por acidente e suscetível de constatação médica objetiva;
- h) **ACIDENTE/DOENÇA PRÉ-EXISTENTE:** Efeitos de acidentes ocorridos ou quaisquer doenças manifestadas antes da data de celebração do contrato e dos quais a Pessoa Segura ainda é portadora à data de início do mesmo;
- i) **GRAVIDEZ PRÉ-EXISTENTE:** Gravidez manifestada ou que tenha dado origem a qualquer tratamento médico antes da data de celebração do contrato;
- j) **DOENÇA MANIFESTADA:** Doença que se haja revelado, tenha sido objeto de um diagnóstico inequívoco e/ou dado lugar ao respetivo tratamento;
- k) **DOENÇA SÚBITA:** Toda e qualquer doença que requeira tratamento de urgência em hospital, quer em regime de internamento, quer em regime ambulatorio;
- l) **PRESTAÇÕES CONVENCIONADAS:** Despesas médicas efetuadas pelas Pessoas Seguras na Rede de Prestadores previamente indicada, sendo a comparticipação a cargo do Segurador paga diretamente aos prestadores;
- m) **PRESTAÇÕES INDEMNIZATÓRIAS:** Despesas médicas efetuadas pelas Pessoas Seguras fora da Rede de Prestadores e que dão origem a um reembolso direto do Segurador às Pessoas Seguras de acordo com a percentagem estipulada nas Condições Particulares;
- n) **DESPEZA MÉDICA:** Despesa realizada pela Pessoa Segura para aquisição de Serviços Clinicamente necessários, desde que prescritos ou realizados por médico;
- o) **SERVIÇOS CLINICAMENTE NECESSÁRIOS:** Bens, serviços ou cuidados de saúde que sejam cumulativamente:
 - i) Necessários para tratamento de doença ou de lesão resultante de acidente das Pessoas Seguras;
 - ii) Adequados à situação diagnosticada;
 - iii) Prestados da forma mais eficiente em termos de custo e mais adequada ao tipo de serviço a prestar;
 - iv) De reconhecida validade clínica face ao quadro clínico do Segurado e de acordo com os protocolos e padrões reconhecidos pela comunidade médica;
- p) **PRÉ-AUTORIZAÇÃO:** Aprovação dada pelos serviços clínicos do Administrador ou do Segurador, quando exigível nos termos da Apólice, que permite às Pessoas Seguras o acesso aos cuidados de saúde garantidos pelo presente Contrato;
- q) **REDE DE PRESTADORES:** Conjunto de prestadores de cuidados de saúde, nomeadamente médicos, hospitais, clínicas, centros de diagnóstico e outras unidades de saúde com as quais o Segurador e/ou o Administrador tenha celebrado um acordo de prestação de serviços e que asseguram às Pessoas Seguras a execução dos serviços garantidos pelo contrato no âmbito das Prestações Convencionadas;
- r) **MÉDICO:** O licenciado por Faculdade de Medicina, legalmente autorizado a exercer a profissão no respetivo país, ficando excluídos todos os que exerçam especialidades não reconhecidas pela Ordem dos Médicos ou organismo equivalente do país em que o ato tem lugar;
- s) **HOSPITAL OU CLÍNICA:** Estabelecimento legalmente reconhecido onde são prestados serviços permanentes de saúde às Pessoas Seguras, por médicos e enfermeiros diplomados, não sendo, para efeitos deste Contrato, considerados como tal termas, sanatórios, casas de repouso, centros de toxicod dependência e alcoólicos e outros estabelecimentos similares;
- t) **CARTÃO DE SAÚDE:** Cartão pessoal e intransmissível que identifica a Pessoa Segura e permite o seu acesso aos cuidados de saúde no âmbito da rede de prestadores;
- u) **APÓLICE:** Conjunto de documentos que constituem a expressão escrita do contrato de seguro e que compreende as Condições Gerais, Especiais, se as houver, e Particulares;
- v) **CONDIÇÕES GERAIS:** Conjunto de cláusulas que definem e regulamentam obrigações genéricas e comuns inerentes a um ramo ou modalidade de seguro;

- w) **CONDIÇÕES ESPECIAIS:** Cláusulas que visam esclarecer, completar ou especificar disposições das Condições Gerais;
- x) **CONDIÇÕES PARTICULARES:** Documento onde se encontram os elementos específicos e individuais de cada contrato, que o distinguem de todos os outros;
- y) **ATA ADICIONAL:** Documento que titula uma alteração da Apólice;
- z) **SINISTRO:** Evento ou série de eventos suscetível de fazer funcionar as garantias da Apólice;
- aa) **PERÍODO DE CARÊNCIA:** Espaço de tempo que difere a eficácia das garantias da Apólice para uma data posterior à do início do contrato;
- ab) **COMPARTICIPAÇÃO:** Percentagem ou valor máximo de despesas médicas garantidas por este Contrato que fica a cargo do Segurador;
- ac) **FRANQUIA:** Importância que, em caso de sinistro, fica a cargo da Pessoa Segura e cujo montante está estipulado nas Condições Particulares;
- ad) **PRÊMIO:** Valor pago pelo Tomador do Seguro ao Segurador como contrapartida pelas coberturas contratadas no âmbito do contrato de seguro.

ART. 2.º - Objeto do contrato e âmbito das garantias

1. **O presente Contrato garante, de acordo com o disposto nas presentes Condições Gerais, Condições Especiais contratadas e até aos limites estabelecidos nas Condições Particulares da Apólice, o pagamento às Pessoas Seguras de prestações convencionadas ou indemnizatórias em consequência de doença ou acidente ocorrido durante a vigência do contrato.**
 2. **Quando expressamente prevista nas Condições Particulares, poderá igualmente ficar garantida a prestação de assistência médica ao domicílio, nos termos definidos na respetiva Condição Especial.**
 3. **O presente Contrato não garantirá o pagamento de quaisquer despesas médicas ou medicamentosas reclamadas pela rede de hospitais e outras instituições que integrem o Serviço Nacional de Saúde, quando a Pessoa Segura, sendo beneficiária de tal serviço, aí for assistida.**
- Fica no entanto garantido o pagamento das respetivas taxas moderadoras.
4. **As garantias deste Contrato entram em vigor de acordo com o previsto no artigo 3.º e nos n.ºs 2 e 4 do artigo 5.º.**

ART. 3.º - Entrada em vigor das garantias

1. **Salvo disposição em contrário nas Condições Particulares, a entrada em vigor das garantias, em relação a cada uma das Pessoas Seguras, só se verificará, em caso de doença, após o decurso de um período de carência de noventa (90) dias.**
2. **O período de carência é alargado para:**
 - a) **1 ano (365 dias) nos casos de despesas motivadas por:**
 - **Intervenção cirúrgica às varizes dos membros inferiores;**
 - **Intervenção cirúrgica a úlcera gastroduodenal;**
 - **Intervenção cirúrgica do foro ginecológico por patologia benigna;**
 - **Hemorroidectomia;**
 - b) **1 ano e 6 meses (540 dias) nos casos de despesas motivadas por:**
 - **Mastectomia por patologia benigna;**
 - **Tiroidectomia por patologia benigna;**
 - **Colecistectomia;**
 - c) **2 anos (730 dias) nos casos de despesas motivadas por:**
 - **Gravidez;**
 - **Interrupção involuntária da gravidez;**
 - **Parto;**
 - d) **2 anos (730 dias) nos casos de despesas motivadas por:**
 - **Operações aos ouvidos, nariz e garganta;**
 - **Qualquer ato cirúrgico ao joelho;**
 - **Uvulopalatoplastia (patologia do sono);**
 - **Extração de nevos, sinais, quistos e verrugas dermatológicos;**
 - **Tratamento refrativo à miopia, astigmatismo e hipermetropia (cirúrgica ou laser);**
 - **Intervenção cirúrgica a hérnias.**
3. **Não haverá lugar à aplicação de qualquer período de carência em caso de acidente que requeira tratamento de urgência em hospital, quer em regime de internamento, quer em regime ambulatorio.**

Para efeito do acima disposto, considera-se tratamento de urgência aquele que deva ser efetuado no prazo máximo de 48 horas após o sinistro.

ART. 4.º - Exclusões

Salvo expressa convenção em contrário nas Condições Particulares, fica sempre excluído deste Contrato o pagamento de prestações resultantes de:

- a) **Situações de doença ou gravidez pré-existente ou acidente ocorrido antes da data de inclusão no seguro;**
- b) **Situações resultantes de interrupção voluntária da gravidez;**
- c) **Doenças ou malformações congénitas, exceto quando digam respeito a crianças nascidas durante a vigência do contrato e incluídas no contrato de seguro no prazo de sessenta (60) dias a contar do nascimento, conforme previsto no artigo 10.º, desde que o referido contrato de seguro se encontre em vigor no Segurador há, pelo menos, um ano;**
- d) **Consultas, tratamentos e/ou cirurgias de caráter estético ou plástico, exceto quando consequência de acidente ocorrido ou doença manifestada durante a vigência deste Contrato;**
- e) **Consultas, exames ou tratamentos de emagrecimento, incluindo os relativos à obesidade mórbida, e rejuvenescimento;**
- f) **Consultas e exames do foro nutricionista;**
- g) **Consultas e/ou tratamentos de infertilidade ou qualquer método de fecundação artificial e suas consequências, nomeadamente as interrupções involuntárias da gravidez, ficando no entanto garantidas as despesas com o parto normal ou cesariana que venha a resultar dos tratamentos, quando tenha sido contratada a respetiva cobertura;**



- h) **Alcoolismo e tratamentos relativos à toxicodependência, bem como todas as doenças ou lesões adquiridas pela Pessoa Segura por ter agido sob influência de álcool, estupefacientes, outras drogas ou produtos tóxicos, quando não prescritos por receita médica;**
- i) **Doenças resultantes dos efeitos de radioatividade;**
- j) **Hemodiálise;**
- k) **Transplante de órgãos e suas implicações;**
- l) **S.I.D.A. e suas implicações;**
- m) **Tratamento às varizes, nomeadamente injeções esclerosantes e laser;**
- n) **Extração de nevos, quistos, sinais e verrugas dermatológicos, exceto quando os mesmos forem comprovadamente malignos;**
- o) **Quaisquer despesas associadas a métodos contraceptivos ou realizadas com essa finalidade, nomeadamente quaisquer métodos de controlo de natalidade e planeamento familiar;**
- p) **Internamento/tratamento refrativo à miopia, astigmatismo e hipermetropia (cirúrgico ou laser) para situações inferiores a quatro (4) dioptrias;**
- q) **Cirurgias para correção da roncopatia ou apneia do sono, exceto as necessárias ao tratamento da apneia do sono grave, devidamente comprovada;**
- r) **Cirurgias a hérnias de qualquer natureza, quando as mesmas não se encontrem devidamente comprovadas através de exame auxiliar de diagnóstico;**
- s) **Curas de repouso, exames de rotina e check-up;**
- t) **Atos médicos praticados em consequência de doença ou acidente que tenha sido intencionalmente provocado pela Pessoa Segura, incluindo a tentativa de suicídio ou o agravamento do seu estado de saúde;**
- u) **Doenças epidémicas oficialmente declaradas;**
- v) **Acidentes de trabalho e doenças profissionais;**
- w) **Quaisquer lesões resultantes de:**
- **Calamidades naturais;**
 - **Atos de terrorismo, incluindo aqueles que se consubstanciem na utilização de armas bacteriológicas ou agentes químicos ou ainda na contaminação do meio ambiente;**
 - **Atos de guerra, guerra civil e perturbações da ordem pública;**
 - **Intervenção em atos criminosos;**
 - **Intervenção em rixas, salvo em caso de legítima defesa, própria ou alheia de bens e pessoas;**
- x) **Os acidentes derivados de:**
- **Prática de esqui, e outros desportos na neve, mergulho, esqui aquático, motonáutica, canoing, equitação, tauromaquia, pugilismo, artes marciais, espeleologia, escalada, rappel, alpinismo, bungee jumping, parapente e paraquedismo;**
 - **Prática profissional de desportos;**
 - **Participação em competições desportivas, profissionais ou amadoras, com veículos a motor e respetivos treinos;**
- y) **Os acidentes inerentes à utilização de veículos motorizados, de duas ou quatro rodas, quando as despesas deles resultantes devam ser indemnizadas no âmbito da responsabilidade civil automóvel;**
- z) **Consultas e/ou tratamentos não reconhecidos oficialmente pela Ordem dos Médicos portuguesa;**
- aa) **Despesas com a aquisição dos seguintes artigos medicinais:**
- **Algálias e sacos de contenção de urina;**
 - **Sacos de colostomia e urostomia;**
 - **Seringas de insulina ou agulhas para canetas de insulina;**
 - **Tapetes antiescara;**
 - **Fraldas de contenção;**
 - **Lombostatos;**
 - **Fundas;**
 - **Cintas de sustentação;**
 - **Colares cervicais;**
 - **Fitas teste para diabéticos;**
 - **Meias elásticas;**
 - **Aparelhos de aerossóis;**
- ab) **Despesas realizadas com médicos que sejam cônjuge, pais, filhos ou irmãos da Pessoa Segura;**
- ac) **Despesas com serviços que não sejam clinicamente necessários;**
- ad) **Despesas com deslocações e alojamento em Portugal e no estrangeiro.**

CAPÍTULO II

Formação do contrato e suas alterações

ART. 5.º - Formação do contrato

1. **O presente Contrato baseia-se nas declarações constantes da respetiva proposta, na qual devem mencionar-se, com inteira veracidade, todos os factos ou circunstâncias que permitam a exata apreciação do risco ou possam influir na aceitação do referido contrato ou na correta determinação do prémio aplicável, mesmo as circunstâncias cuja declaração não seja expressamente solicitada em questionário eventualmente fornecido para o efeito pelo Segurador, sob pena de incorrer nas consequências previstas nos artigos 8.º e 9.º.**
2. **Sem prejuízo do disposto no número seguinte, quando o Tomador do Seguro seja uma pessoa singular, o contrato tem-se por concluído nos termos propostos se, no prazo de catorze (14) dias a contar da data de receção pelo Segurador do original da proposta devidamente preenchida e acompanhada dos documentos solicitados, o Segurador não tiver comunicado a sua aceitação ou recusa ou não tiver solicitado informações clínicas, relatórios ou questionários médicos adicionais essenciais à avaliação do risco.**
3. **O disposto no número anterior não é aplicável quando o Segurador demonstre que em caso algum celebra contratos com as características constantes da proposta.**
4. **Com exceção das situações em que o Segurador manifeste a necessidade de recolher informação adicional, o contrato considera-se celebrado nos termos propostos a partir das zero horas do dia seguinte ao da receção da proposta pelo Segurador.**



ART. 6.º - Efeitos do contrato

Sem prejuízo do disposto no artigo anterior, o presente Contrato e respetivas coberturas apenas produzirão efeitos a partir do momento em que o respetivo prémio ou fração inicial sejam pagos pelo Tomador do Seguro.

ART. 7.º - Consolidação do contrato

Passados trinta (30) dias após a entrega da apólice por parte do Segurador, ocorre a consolidação do contrato, não podendo o Tomador do Seguro, após essa data, invocar qualquer desconformidade entre o acordado e o conteúdo da apólice que não resulte de documento escrito ou de outro suporte duradouro prévio.

ART. 8.º - Omissões ou inexatidões dolosas do Tomador do Seguro/Pessoa Segura na declaração inicial do risco

1. **Caso se verifiquem omissões ou inexatidões dolosas na Declaração Inicial do Risco efetuada pelo Tomador do Seguro/Pessoa Segura nos termos previstos no n.º 1 do artigo 5.º, o contrato é anulado pelo Segurador mediante o envio de declaração nesse sentido ao Tomador do Seguro, no prazo de três (3) meses a contar do conhecimento do incumprimento.**
2. **Caso ocorram sinistros, quer antes do Segurador ter tido conhecimento do incumprimento doloso, quer ainda no prazo referido no número anterior, os mesmos não ficam cobertos pelo contrato.**
3. **Sem prejuízo do disposto nos números anteriores, o Segurador tem direito ao prémio devido até ao final do prazo referido no n.º1, ou, nos casos em que o dolo do Tomador do Seguro/Pessoa Segura tenha o propósito de obter uma vantagem, até ao termo do contrato.**

ART. 9.º - Omissões ou inexatidões negligentes do Tomador do Seguro/Pessoa Segura na declaração inicial do risco

1. **Caso se verifiquem omissões ou inexatidões negligentes na Declaração Inicial do Risco efetuada pelo Tomador do Seguro/Pessoa Segura nos termos previstos no n.º1 do artigo 5.º, o Segurador pode:**
 - a) **Propor uma alteração ao contrato, fixando um prazo, não inferior a catorze (14) dias para o Tomador do Seguro/Pessoa Segura se pronunciar;**
 - b) **Anular o contrato, caso se comprove que o Segurador em caso algum teria celebrado o contrato se tivesse conhecido o facto omitido ou declarado inexatamente.**
2. **De acordo com o definido no número anterior, o contrato cessa os seus efeitos, vinte (20) dias após o envio da proposta de alteração por parte do Segurador, se o Tomador do Seguro/Pessoa Segura não concordarem com a mesma, ou trinta (30) dias após o envio da declaração de cessação prevista na alínea b).**
3. **Ocorrendo a cessação do contrato, o prémio é devolvido tendo em conta o período de tempo ainda não decorrido até à data de vencimento, salvo quando tenha havido pagamento de prestações decorrente de sinistro pelo Segurador.**
4. **Em caso de sinistro ocorrido antes da cessação ou da alteração do contrato, cuja verificação ou consequências tenham sido influenciadas por facto relativamente ao qual tenha havido omissão ou inexatidão negligente, o Segurador:**

- a) **Garante o sinistro na proporção da diferença entre o prémio pago e o prémio que seria devido, caso, aquando da celebração do contrato, tivesse conhecimento do facto omitido ou declarado inexatamente;**
- b) **Não garante o sinistro, demonstrando que em caso algum teria celebrado o contrato se tivesse conhecido o facto omitido ou declarado inexatamente.**

ART. 10.º - Inclusão/exclusão ou transferências de Pessoas Seguras

1. Durante a vigência do contrato, o Tomador do Seguro pode pedir a **inclusão das pessoas** que fazem parte do agregado familiar, sendo necessário o preenchimento da proposta de adesão.
2. **Salvo nos casos expressamente referidos no n.º4, a inclusão na apólice das Pessoas Seguras que fazem parte do agregado familiar só produz efeitos na anuidade seguinte à que estiver em curso, caso não seja requerida até (30) trinta dias após a data de subscrição ou de renovação do contrato.**
3. O início das garantias para as Pessoas Seguras, incluindo os recém-nascidos e cônjuges, que durante a vigência do contrato solicitem a sua inclusão no contrato fica sujeito aos períodos de carência previstos no artigo 3.º se outro não se encontrar expressamente previsto nas Condições Particulares da Apólice.
4. **A inclusão de recém-nascidos ou de outras pessoas seguras motivada por matrimónio é automaticamente aceite, desde que o pedido de inclusão seja feito até trinta (30) dias após o nascimento ou data do casamento. Se o pedido de inclusão for feito para além dos trinta (30) dias, aplicam-se as regras definidas no n.º 1.**
5. Durante a vigência do contrato, o Tomador do Seguro pode pedir, por escrito, a exclusão de uma Pessoa Segura do agregado familiar. Os pedidos de exclusão de Pessoas Seguras apenas produzem efeitos na data de renovação da apólice, ficando, nesse caso, vedada a reinclusão dessa pessoa na apólice em momento posterior.
6. O disposto no n.º5 não será aplicado às exclusões de Pessoas Seguras que sejam suscitadas por morte ou divórcio, situações em que a exclusão terá efeitos imediatos, procedendo o Segurador à devolução do prémio relativo ao período já pago e ainda não decorrido.

CAPÍTULO III

Duração do contrato

ART. 11.º - Duração do contrato

1. O contrato de seguro tem a duração prevista nas Condições Particulares.
2. Na ausência de tal indicação, entende-se que as partes o quiseram celebrar pelo período de um ano, não renovável.
3. Quando o contrato for celebrado por um ano a continuar pelos seguintes, considera-se, mediante o pagamento do prémio da anuidade subsequente ou da primeira fração deste, se o pagamento for fracionado, sucessivamente renovado por períodos de um ano, exceto se qualquer das partes o denunciar com uma antecedência de trinta (30) dias em relação ao termo da anuidade.

ART. 12.º - Denúncia do contrato

1. **Nos contratos celebrados por anos e seguintes, a denúncia equivale à sua não renovação.**
2. **O Segurador ou o Tomador do Seguro, mediante comunicação escrita à outra parte com trinta (30) dias de antecedência em relação à data de efeito, poderão denunciar o contrato na data do seu vencimento.**



ART. 13.º - Livre resolução

1. Quando o contrato for celebrado por uma duração igual ou superior a seis (6) meses, o Tomador do Seguro, sendo pessoa singular, dispõe de um prazo de trinta (30) dias a contar da receção da Apólice para poder resolver o contrato sem invocar justa causa, sem prejuízo do disposto no número seguinte.
2. O prazo previsto no número anterior conta-se a partir da data de celebração do contrato, desde que o Tomador do Seguro, nessa data, disponha em papel ou noutro suporte duradouro, de todas as informações relevantes que tenham de constar da apólice.
3. A resolução do contrato, nos termos acima definidos, deve ser comunicada ao Segurador por escrito, em suporte de papel ou outro meio duradouro disponível e acessível ao Segurador.
4. A resolução do contrato, nos termos acima definidos, tem efeito retroativo, tendo porém ao Segurador direito ao:
 - a) Valor do Prémio relativo ao período de tempo já decorrido, na medida em que tenha suportado o risco;
 - b) Montante das despesas razoáveis que o Segurador tenha efetuado com exames médicos sempre que esses valores sejam imputados contratualmente ao Tomador do Seguro.

ART. 14.º - Resolução do contrato

1. O presente Contrato de seguro pode ser resolvido por qualquer das partes a todo o tempo, havendo justa causa para o efeito, nos termos gerais.
2. Constitui justa causa, nomeadamente:
 - a) Em relação ao Tomador do Seguro:
 - O incumprimento das obrigações contratuais a cargo do Segurador essenciais à manutenção do contrato nos termos em que ele foi aceite;
 - b) Em relação ao Segurador:
 - A falta de pagamento do prémio, conforme previsto no artigo 19.º;
 - A burla ou tentativa de burla do Tomador do Seguro e/ou da Pessoa Segura;
 - A omissão ou inexactidão dolosa ou negligente do Tomador do Seguro/Pessoa Segura na declaração inicial do risco;
 - O incumprimento das obrigações contratuais a cargo do Tomador do Seguro e/ou do Segurado essenciais à manutenção do contrato nos termos em que ele foi aceite.
3. O prémio a devolver em caso de resolução será sempre calculado tendo em consideração o período de tempo ainda não decorrido até à data de vencimento, salvo quando tenha havido pagamento de prestação decorrente de sinistro pelo Segurador.
4. Salvo nos casos previstos na Lei ou expressamente referidos no contrato, a resolução do contrato produz os seus efeitos às 24 horas do 30.º dia a contar da receção da respetiva comunicação.

ART. 15.º - Caducidade do contrato

As garantias conferidas por este seguro cessam, para além dos casos previstos na Lei e na Apólice, no final da anuidade em que a Pessoa Segura complete a idade prevista nas Condições Particulares, e, para os seus descendentes, no final daquela em que percam a qualidade de membro do Agregado Familiar, conforme atrás definido.

ART. 16.º - Efeitos da cessação das garantias

1. Em caso de não renovação do contrato ou da cobertura e não estando o risco coberto por um contrato de seguro posterior, o Segurador garante, até que se esgote o capital seguro ainda disponível relativo ao último período de vigência do contrato, as prestações contratualmente devidas em consequência de Doenças Manifestadas durante o período de vigência da Apólice ou outros factos ocorrido na vigência da apólice, desde que cobertas pelo seguro.
2. A obrigação prevista no número anterior, sem prejuízo das regras sobre participação de sinistros previstas na Apólice, apenas se verifica em relação a doenças manifestadas e outros factos ocorridos cobertos pela Apólice, desde que participados ao Segurador até trinta (30) dias após o termo de vigência do contrato, salvo justo impedimento.
3. A obrigação do Segurador a que se reporta o presente artigo cessa, em qualquer caso, decorridos que sejam dois (2) anos sobre a data do termo de vigência do contrato.

CAPÍTULO IV

Valor seguro, pagamento dos prémios e falta de pagamento de prémios

ART. 17.º - Valor seguro

A responsabilidade do Segurador é sempre limitada às importâncias máximas fixadas nas Condições Particulares da Apólice.

ART. 18.º - Pagamento dos prémios

1. A cobertura dos riscos garantidos através do presente Contrato fica, nos termos definidos na legislação em vigor, dependente do pagamento do prémio ou fração inicial, sendo o mesmo devido na data de celebração do contrato.
2. O prémio correspondente a cada período de duração do contrato é devido por inteiro, sem prejuízo de poder ser fracionado para efeitos de pagamento, desde que acordado e expressamente previsto nas Condições Particulares.
3. Os prémios ou frações subsequentes são devidos nas datas definidas na apólice, e, quando seja o caso, a parte do prémio de montante variável relativa a acerto de valor ou a parte do prémio correspondente a alterações ao contrato são devidas nas datas indicadas nos respetivos avisos, nos termos definidos nos números seguintes.
4. O Segurador avisará, por escrito e com uma antecedência mínima de trinta (30) dias em relação à data em que o prémio ou fração subsequente é devido, o Tomador do Seguro, indicando a data do pagamento, o valor a pagar, a forma de pagamento, bem como as consequências da falta de pagamento do prémio ou fração.
5. Quando, por acordo, o pagamento do prémio for objeto de fracionamento por prazo inferior ao trimestre, não haverá lugar ao envio de qualquer aviso de cobrança, ficando neste caso indicadas, nas Condições Particulares do contrato, as datas em que são devidas cada uma das frações, os valores a pagar, bem como as consequências da falta de pagamento de qualquer fração.
6. Quando se verifique acerto de vencimento de contratos de ano e seguintes, o prémio correspondente ao número de dias que excede um ano será calculado tendo em consideração a proporção deste período em relação ao prémio anual.



ART. 19.º - Falta de pagamento de prémios

1. Quando o prémio ou fração inicial não for pago pelo Tomador do Seguro, o contrato não produzirá quaisquer efeitos.
2. Quando o pagamento do prémio for fracionado, a falta de pagamento de qualquer fração subsequente no decurso de uma anuidade determina a resolução automática e imediata do contrato às 24 horas da data em que o pagamento dessa fração era devido.
3. Quando se verificar a falta de pagamento do prémio de anuidades subsequentes, ou da primeira fração deste, na data em que esse pagamento era devido, considera-se que o contrato não se renova, deixando conseqüentemente de produzir efeitos a contar das 24 horas dessa mesma data.
4. Quando se verificar falta de pagamento do prémio adicional correspondente a uma alteração do contrato, a alteração não produzirá efeitos, subsistindo o contrato com âmbito e nas condições que vigoravam antes da pretendida alteração, a menos que a subsistência do contrato se revele impossível, caso em que o contrato se considera resolvido na data do vencimento do prémio não pago.

ART. 20.º - Atualização do prémio

1. De acordo com a evolução dos custos e quantidade de atos médicos indemnizados ao abrigo dos seguros de saúde, o prémio poderá ser atualizado, anualmente, na data de vencimento do contrato mediante aviso prévio ao Tomador do Seguro com uma antecedência mínima de trinta (30) dias.
2. Sem prejuízo do disposto no número anterior, o prémio será igualmente atualizado sempre que as Pessoas Seguras transitarem para o escalão etário imediatamente a seguir em relação aquele em que se encontravam.
3. Os escalões etários a considerar, para efeitos do número anterior, serão os previstos nas Condições Particulares da Apólice.

CAPÍTULO V

Direitos e obrigações das partes

ART. 21.º - Obrigações do Tomador do Seguro e/ou das Pessoas Seguras em caso de sinistro

1. Em caso de acidente ou doença garantidos ao abrigo do presente Contrato, o Tomador do Seguro e/ou a Pessoa Segura obrigam-se a:

a) Nas Prestações Convencionadas:

- **Selecionar um prestador da Rede de Prestadores indicado pelo Segurador;**
- **Apresentar o seu cartão de saúde quando receberem serviços clínicos no prestador;**
- **Pagar ao prestador a parte da despesa que fica a seu cargo, conforme definido nas Condições Particulares;**

b) Nas Prestações Indemnizatórias:

- **Apresentar o impresso de sinistros devidamente preenchido;**
- **Solicitar a pré-autorização junto do Administrador ou do Segurador conforme requerido no n.º 3;**
- **Apresentar a prescrição médica para os exames complementares de diagnóstico e tratamentos realizados, bem como para os medicamentos e óculos adquiridos;**
- **Apresentar, no prazo máximo de cento e oitenta (180) dias a contar da data de realização do ato médico em causa, os recibos**

originais das despesas efetuadas, os quais terão obrigatoriamente que indicar o nome do doente a que respeitam, discriminar os serviços prestados, a especialidade médica e obedecer às normas legais, nomeadamente às de natureza fiscal;

- **Sem prejuízo do disposto no n.º6 em relação às restantes obrigações, quando a despesa for apresentada a pagamento fora do prazo, e desde que não tenham existido impedimentos objetivos em relação à Pessoa Segura/ Tomador do Seguro de o fazer no prazo acordado, ao valor da indemnização a pagar deverão ser deduzidos as perdas e danos decorrentes de tal incumprimento que, para o efeito, poderão variar entre 5 e 10% do valor indemnizável, atendendo ao valor da despesa em causa e data de apresentação a pagamento;**

- Quando o Tomador do Seguro/Pessoa Segura tenha previamente acionado outro subsistema de saúde ou contrato de seguro, deverá apresentar fotocópia da prescrição médica e do recibo das despesas efetuadas, bem como um documento original comprovativo da parte da despesa não reembolsada ao abrigo do subsistema ou contrato de seguro anteriormente acionado.

Neste último caso, e para efeitos do ponto anterior, o prazo contar-se-á a partir da data da declaração de pagamento emitida pela entidade/Segurador responsável.

2. Para além das obrigações acima referidas, o Tomador do Seguro e/ou a Pessoa Segura deverão igualmente em caso de sinistro:

- a) Informar com verdade o Administrador ou o Segurador sobre as circunstâncias e conseqüências da doença ou acidente.

Em caso de acidente, deverão fazer a sua descrição (data, local, hora, circunstâncias e conseqüências) e indicar as testemunhas presenciais, identificadas pelo nome completo e moradas, e, eventualmente, as autoridades que dele tomaram conhecimento;

- b) Cumprir as prescrições do médico a que tenham recorrido;

- c) Sujeitar-se a exames por médicos designados pelo Administrador ou pelo Segurador, caso estes o considerem necessário;

- d) Autorizar os médicos ou hospitais a que tenham recorrido a facultar, aos serviços clínicos do Administrador ou do Segurador, os relatórios clínicos e quaisquer outros documentos que estes tenham por conveniente para documentar o processo.

3. As Pessoas Seguras deverão igualmente, conforme previsto nas respetivas Condições Especiais, solicitar a pré-autorização aos serviços clínicos do Administrador ou do Segurador, **sempre que estiverem em causa despesas garantidas ao abrigo da Condição Especial de Despesas de Hospitalização, tratamento de fisioterapia e de terapia da fala bem como os atos médicos indicados na Cláusula Particular "Extensão territorial"** quando, neste último caso, tiver sido alargado o âmbito territorial da apólice nos termos previstos no n.º 3 do artigo 24.º.

Se, por uma situação de urgência, não for possível solicitar a pré-autorização, devem ser contactados os serviços clínicos do Administrador no prazo de 48 horas ou no mais curto período de tempo possível.

O Segurador ou o Administrador informará as Pessoas Seguras sempre que futuramente outros serviços clínicos ou despesas necessitem de pré-autorização.



4. Quando a Pessoa Segura solicitar um Termo de Responsabilidade e, atendendo ao tipo de atos médicos em causa, seja previsível que o valor da despesa exceda o capital seguro disponível para o efeito, o Administrador e/ou o Segurador poderá solicitar à Pessoa Segura a prestação de garantias que assegurem a restituição do valor adiantado pelo Segurador mas não garantido ao abrigo da apólice.
5. O Tomador do Seguro e/ou a Pessoa Segura obrigam-se a tomar todas as providências para evitar ou, pelo menos, diminuir o agravamento das consequências do acidente ou da doença.
6. O Tomador do Seguro e/ou as Pessoas Seguras responderão por perdas e danos caso não sejam seguidos os procedimentos previstos nos números anteriores.
7. O Tomador do Seguro e/ou as Pessoas Seguras autorizam o Segurador a ceder ao Administrador toda a informação confidencial sobre este Contrato.

ART. 22.º - Pagamento da indemnização

1. O Segurador obriga-se a proceder com diligência e prontidão a todas as averiguações indispensáveis para a correta regularização dos sinistros.
2. No caso de prestações indemnizatórias, o Segurador pagará o montante devido no prazo de quinze (15) dias úteis após a receção do pedido de participação e dos documentos, referidos no artigo anterior, necessários para a regularização do sinistro.
3. Os pagamentos devidos pelo Segurador serão efetuados em Portugal e em moeda nacional.

Caso as despesas sejam efetuadas em moeda estrangeira, a conversão para Euros será efetuada à taxa de câmbio publicada pelo Banco de Portugal no dia de realização da despesa.

CAPÍTULO VI

Disposições finais

ART. 23.º - Complementaridade

No caso de haver complementaridade entre esta Apólice e outros esquemas de proteção, o total das participações pagas por outras entidades/instituições e pelo Segurador não poderá em caso algum ser superior ao valor real das despesas efetuadas pelo Tomador do Seguro e/ou Pessoa Segura.

ART. 24.º - Âmbito territorial

1. **O contrato é válido em Portugal Continental e Regiões Autónomas dos Açores e Madeira.**
2. **O contrato é válido no estrangeiro quando se verifique uma das seguintes condições:**
 - a) **Em caso de acidente ou doença súbita, quando a Pessoa Segura se encontrar no estrangeiro por um período não superior a noventa (90) dias;**

b) **Em caso de qualquer tratamento no estrangeiro, desde que uma entidade médica, nomeada pelo Administrador ou pelo Segurador, reconheça a impossibilidade de se efetuar o tratamento em causa em território nacional.**

3. **Quando expressamente previsto nas Condições Particulares, e sem prejuízo do disposto no n.º2 deste artigo, o contrato poderá igualmente produzir efeitos no estrangeiro, nas condições e termos previstos na Cláusula Particular "Extensão territorial" constante do presente clausulado.**

ART. 25.º - Comunicações e notificações entre as partes

1. As comunicações ou notificações previstas nesta Apólice devem revestir forma escrita ou ser prestadas por outro meio de que fique registo duradouro, para a última morada do Tomador do Seguro constante no contrato ou para a sede social do Segurador.
2. **Qualquer alteração à morada ou sede do Tomador do Seguro deverá ser comunicada ao Segurador, nos trinta (30) dias subsequentes à data em que se verifique, sob pena de as comunicações ou notificações que o Segurador venha a efetuar para a morada desatualizada se terem por válidas e eficazes.**

ART. 26.º - Sub-rogação

O Segurador, uma vez paga a indemnização, fica sub-rogado nos direitos da Pessoa Segura contra terceiros responsáveis pelo sinistro, até à concorrência da quantia indemnizada, abstando-se a mesma de praticar quaisquer atos ou omissões que possam prejudicar a sub-rogação, sob pena de responder por perdas e danos.

ART. 27.º - Gestão de reclamações

1. O Segurador dispõe de uma unidade orgânica responsável pela gestão de reclamações à qual poderão ser dirigidas quaisquer questões relacionadas com o presente Contrato.
2. Em caso de divergência com o Segurador, o Tomador do Seguro e/ou Pessoa Segura podem também apresentar reclamação em Livro de Reclamações, bem como solicitar a intervenção da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões, sem prejuízo ainda da possibilidade do recurso à arbitragem ou aos tribunais, de acordo com as disposições legais em vigor.

ART. 28.º - Legislação e foro

1. O presente Contrato rege-se pela Lei portuguesa.
2. Nos casos omissos no presente Contrato, recorrer-se-á à legislação aplicável.
3. O foro competente para a resolução de qualquer litígio emergente deste Contrato é o do domicílio do réu, podendo o credor optar pelo tribunal do lugar em que a obrigação deveria ser cumprida, quando o réu seja pessoa coletiva ou quando, situando-se o domicílio do credor na área metropolitana de Lisboa ou do Porto, o réu tenha domicílio na mesma área metropolitana.



CONDIÇÕES ESPECIAIS

Quando expressamente previstas nas Condições Particulares e de acordo com as condições aí indicadas, ficam garantidas as seguintes despesas de saúde:

DESPESAS DE HOSPITALIZAÇÃO

ART. 1.º - Âmbito da garantia

1. Ao abrigo da presente Condição Especial fica garantido, até ao valor e nos termos estabelecidos nas Condições Particulares, o **pagamento das despesas** efetuadas pela Pessoa Segura em regime de prestações convencionadas ou prestações indemnizatórias em consequência de **Hospitalização** numa unidade hospitalar.
2. Fica nomeadamente garantido o pagamento das despesas relacionadas com:
 - a) Honorários médicos, nomeadamente os relativos ao médico cirurgião, anestesista, ajudantes e instrumentistas;
 - b) Internamento em unidades de cuidados intensivos;
 - c) Quimioterapia realizada no hospital em regime ambulatorio;
 - d) Cirurgia realizada no hospital em regime ambulatorio;
 - e) Cirurgia do foro estomatológico ou maxilofacial quando seja consequência de acidente que requeira tratamento de urgência em hospital, quer em regime de internamento, quer em regime ambulatorio;
 - f) Internamento resultante de tratamentos refrativos à miopia, astigmatismo e hipermetropia (cirúrgicos ou a laser) para situações com mais de quatro dioptrias;
 - g) Internamento motivado por doenças do foro psíquico, no máximo de quinze (15) dias por anuidade;
 - h) Diárias;
 - i) Enfermagem (não privativa);
 - j) Exames auxiliares de diagnóstico;
 - k) Medicamentos administrados durante o internamento;
 - l) Piso de sala de operação e material usado (gases de anestesia, oxigénio, material de osteosíntese, prótese intracirúrgicas, etc...);
 - m) Transporte terrestre de ambulância para ou do hospital em Portugal.

ART. 2.º - Definição

Para efeito da presente Condição Especial, considera-se Internamento a estada num Hospital ou Clínica, sob prescrição médica, por um período superior a 24 horas, que origine o pagamento de uma diária e que não se prolongue por um espaço de tempo superior a trezentos e sessenta e cinco (365) dias.

Internamentos sucessivos são considerados internamentos independentes.

ART. 3.º - Pré-autorização

O pagamento das despesas médicas garantidas ao abrigo da presente Condição Especial necessita de pré-autorização por parte dos serviços clínicos do Administrador e/ou do Segurador.

ART. 4.º - Exclusões

1. **Sem prejuízo das exclusões previstas nas Condições Gerais aplicáveis a esta cobertura, não fica garantido ao abrigo da presente Condição Especial o pagamento das despesas de internamento relacionadas com:**

- a) **Cirurgias e tratamentos do foro estomatológico, exceto se resultante de acidente garantido por este Contrato;**
- b) **Gravidez, parto ou interrupção involuntária da gravidez, exceto, neste último caso, se resultante de doença ou acidente garantido por este Contrato.**

2. De igual modo também não ficarão garantidas ao abrigo desta Condição Especial:

- a) **Despesas de natureza particular, tais como : telefone, aluguer de T.V.,...;**
- b) **Enfermagem privativa;**
- c) **Despesas com acompanhantes, exceto nos casos de internamento de crianças de idade inferior a 12 anos.**

ART. 5.º - Limite de indemnização dos honorários médicos

Salvo disposição em contrário e relativamente às prestações indemnizatórias, os honorários do cirurgião, anestesista e ajudantes ficam limitados ao valor que resulta do produto entre o valor estipulado nas Condições Particulares ao "K" médio e o número de "K" atribuído ao ato médico que originou a despesa, de acordo com o Código da Nomenclatura e Valores Relativos de Atos Médicos.

Por Código da Nomenclatura e Valores Relativos de Atos Médicos entende-se a tabela oficial publicada pela Ordem dos Médicos que inclui todas as intervenções cirúrgicas valorizadas em número de "K", sendo atribuído tantos mais "K" quanto maior for a complexidade do ato médico efetuado.

O Administrador e/ou o Segurador comprometem-se a informar, previamente ao internamento, o número de "K" atribuídos ao ato médico, desde que solicitado pela Pessoa Segura.

DESPESAS DE ASSISTÊNCIA AMBULATORIA

ART. 1.º - Âmbito da garantia

1. Ao abrigo da presente Condição Especial fica garantido, até ao valor e nos termos estabelecidos nas Condições Particulares, o **pagamento das despesas** efetuadas pela Pessoa Segura em regime de prestações convencionadas ou prestações indemnizatórias com **cuidados médicos ambulatorios**.

2. Fica nomeadamente garantido o pagamento das despesas relacionadas com:

- a) Honorários médicos de consultas de clínica geral e especialidade;
- b) Tratamentos ambulatorios e outros atos clínicos conforme se discrimina, desde que prescritos por médico:
 - Serviços clínicos prestados por médicos;
 - Aplicação de injeções;
 - Infusões endovenosas;
 - Transfusões de sangue;
 - Aplicação de oxigénio;
 - Pensos cirúrgicos;
 - Aplicações de aparelhos de gesso e talas;
 - Tratamentos por raio X e laser;



- c) Quimioterapia/radioterapia;
- d) Exames auxiliares de diagnóstico, desde que prescritos por médico, tais como:
 - Exames radiológicos;
 - Eletrocardiogramas;
 - Eletroencefalogramas;
 - Eletromiogramas;
 - Análises clínicas e anatomopatológicas;
 - Audiogramas;
- e) Fisioterapia, até ao limite de quinze (15) sessões por sinistro, em caso de:
 - Acidente que tenha implicado tratamento de urgência em hospital, conforme definido no n.º3 do artigo 3.º;
 - Situação pós-cirúrgica;
 - Acidente Vascular Cerebral.

As sessões de fisioterapia só ficarão garantidas se as mesmas forem solicitadas aos serviços clínicos do Administrador/Segurador no prazo máximo de seis (6) meses a contar da ocorrência que as motiva;

- f) Cinesioterapia originada por doença respiratória, até ao limite de seis (6) sessões por anuidade;
 - g) Terapia da fala desde que motivada por situação pós-cirúrgica ou acidente vascular cerebral e situações traumáticas de origem maxilofacial e cranioencefálica, até ao limite de seis (6) sessões por sinistro;
 - h) Consultas com médicos do foro psíquico até ao máximo de três (3) por anuidade;
 - i) Enfermagem (não privativa);
 - j) Transporte terrestre de ambulância de e para unidades de saúde em Portugal, desde que o estado da Pessoa Segura o justifique.
3. **O número de consultas de ginecologia e ecografias ginecológicas garantido ao abrigo da presente cobertura ficará limitado a três (3) por anuidade, a menos que a Pessoa Segura tenha contratado a Condição Especial de "Despesas de parto" ou, se não for o caso, se comprove a existência de uma doença deste mesmo foro.**
4. **Desde que a Pessoa Segura tenha subscrito um contrato de seguro com a Condição Especial de "Despesas de parto", a presente cobertura garantirá igualmente:**
- **Despesas do foro da obstétrica;**
 - **Despesas com exames de amniocentese, quando os mesmos sejam medicamente necessários, entendendo-se como tal os exames efetuados a Pessoas Seguras com idade superior ou igual a 35 anos ou se comprovadamente existirem antecedentes obstétricos de alterações morfológicas ou de cariotipo fetal.**

ART. 2.º - Pré-autorizações

O pagamento das despesas com tratamento de fisioterapia e de terapia da fala necessitam de pré-autorização por parte dos serviços clínicos do Administrador e/ou do Segurador.

ART. 3.º - Exclusões

Sem prejuízo das exclusões previstas nas Condições

Gerais aplicáveis a esta cobertura, não fica garantido ao abrigo da presente Condição Especial o pagamento das seguintes despesas:

- a) **Consultas, tratamentos e cirurgias do foro estomatológico;**
- b) **Consultas e tratamentos relacionados com a gravidez, sem prejuízo do disposto nos n.ºs 3 e 4 do artigo 1.º;**
- c) **Rastreios bioquímicos pré-natais, se a Pessoa Segura não tiver subscrito um contrato de seguro com a Condição Especial de "Despesas de parto";**
- d) **Exercícios de ortóptica;**
- e) **Ginástica, natação e massagens;**
- f) **Consultas e tratamentos de apoio e orientação psicológica;**
- g) **Consultas, tratamentos ou quaisquer outras despesas realizadas em acupuntura, homeopatia, medicina natural ou qualquer outro tipo de medicinas paralelas;**
- h) **Enfermagem privativa.**

DESPESAS DE PARTO

ART. 1.º - Âmbito da garantia

1. Ao abrigo da presente Condição Especial fica garantido, até ao valor e nos termos estabelecidos nas Condições Particulares, o **pagamento das despesas** efetuadas pela Pessoa Segura em regime de prestações convencionadas ou prestações indemnizatórias em consequência de **internamento numa unidade hospitalar quando diretamente motivado por:**
 - a) **Parto;**
 - b) **Cesariana;**
 - c) **Interrupção involuntária da gravidez.**
2. Fica nomeadamente garantido o pagamento das despesas relacionadas com:
 - a) Diárias, quer da parturiente, quer do recém-nascido;
 - b) Honorários médicos, nomeadamente os relativos ao médico obstetra, pediatra, bem como do anestesista, ajudantes e instrumentistas quando tal se justifique;
 - c) Instalações necessárias à realização dos atos (bloco operatório, sala de recobro, sala de parto, etc...) e material usado (gases de anestesia, oxigénio, etc...);
 - d) Medicamentos administrados durante o internamento;
 - e) Exames auxiliares de diagnóstico;
 - f) Enfermagem (não privativa);
 - g) Transporte terrestre de ambulância para ou do hospital.

ART. 2.º - Exclusões

Sem prejuízo das exclusões previstas nas Condições Gerais aplicáveis a esta cobertura, não fica garantido ao abrigo da presente Condição Especial o pagamento de:

- a) **Honorários de parteiras;**
- b) **Despesas de natureza particular, tais como: telefone, aluguer de T.V.,...;**
- c) **Enfermagem privativa;**
- d) **Despesas com acompanhantes.**



DESPESAS DE ESTOMATOLOGIA

ART. 1.º - Âmbito da garantia

1. Ao abrigo da presente Condição Especial fica garantido, até ao valor e nos termos estabelecidos nas Condições Particulares, o pagamento das despesas efetuadas em regime de prestações convencionadas pela Pessoa Segura com **internamentos, consultas ou tratamentos do foro estomatológico**.
2. Fica nomeadamente garantido o pagamento das despesas relacionadas com:
 - a) Intervenções cirúrgicas com ou sem internamento quando motivadas por doença;
 - b) Honorários médicos;
 - c) Tratamentos ambulatoriais e outros atos clínicos desde que prescritos por estomatologista;
 - d) Exames auxiliares de diagnóstico, desde que prescritos por médicos: estomatologista, medicina dentária ou maxilofacial;
 - e) Limpezas dentárias;
 - f) Próteses dentárias;
 - g) Ortodôncia;
 - h) Enfermagem (não privativa) quando haja lugar a internamento.

ART. 2.º - Exclusões

Sem prejuízo das exclusões previstas nas Condições Gerais aplicáveis a esta cobertura, não fica garantido ao abrigo da presente Condição Especial o pagamento de:

- a) **Despesas relacionadas com o branqueamento dentário;**
- b) **Despesas de enfermagem privativa;**
- c) **Despesas particulares, tais como telefone, aluguer de T.V., acompanhante, etc, quando haja lugar a internamento.**

DESPESAS COM PRÓTESES E ORTÓTESES

ART. 1.º - Âmbito da garantia

1. Ao abrigo da presente Condição Especial fica garantido, até ao valor e nos termos estabelecidos nas Condições Particulares, o **reembolso das despesas** efetuadas pela Pessoa Segura em regime de prestações indemnizatórias, com **próteses e ortóteses**, desde que prescritas por médicos, ou ainda por optometristas nos casos previstos nas alíneas a) e b) do número seguinte.
2. Fica nomeadamente garantido o pagamento das seguintes despesas:
 - a) Aquisição de aros e respetivas lentes;
 - b) Aquisição de lentes de contacto;
 - c) Aquisição de próteses ou ortóteses auditivas, oftalmológicas e ortopédicas, exceto calçado ortopédico.

Neste último caso o reembolso incide exclusivamente sobre a correção feita no calçado;
 - d) Aluguer ou aquisição de cadeiras de rodas, camas articuladas e outros equipamentos auxiliares.

ART. 2.º - Exclusões

Sem prejuízo das exclusões previstas nas Condições Gerais aplicáveis a esta cobertura, não fica garantido ao abrigo da presente Condição Especial o reembolso das despesas com:

- a) **Óculos de sol com graduação inferior a 4 dioptrias;**
- b) **Próteses estomatológicas;**
- c) **Aquisição de collants, meias elásticas e cintas ortopédicas, e quaisquer outros produtos utilizados para o tratamento das varizes;**
- d) **Colchões e almofadas ortopédicos.**

DESPESAS COM MEDICAMENTOS

ART. 1.º - Âmbito da garantia

Ao abrigo da presente Condição Especial fica garantido, até ao valor e nos termos estabelecidos nas Condições Particulares, o **reembolso das despesas** efetuadas pela Pessoa Segura com **a aquisição de medicamentos prescritos por médicos**, desde que os mesmos se encontrem registados no INFARMED ou entidades similares.

ART. 2.º - Exclusões

Sem prejuízo das exclusões previstas nas Condições Gerais aplicáveis a esta cobertura, não fica garantido ao abrigo da presente Condição Especial o reembolso das despesas com:

- a) **Medicamentos para tratamento da obesidade;**
- b) **Vacinas de qualquer tipo e respetiva aplicação, exceto em relação às previstas no Programa Nacional de Vacinação (informação detalhada disponível no site da Direção Geral de Saúde);**
- c) **Medicamentos de venda livre;**
- d) **Medicamentos manipulados;**
- e) **Vitaminas, sais minerais, estimulantes e inibidores do apetite;**
- f) **Produtos de higiene e produtos dermocosméticos;**
- g) **Anticoncetivos de qualquer natureza e respetiva manutenção.**

SEGUNDA OPINIÃO MÉDICA

ART. 1.º - Âmbito da garantia

1. Ao abrigo da presente Condição Especial, quando prevista nas Condições Particulares, o **Segurador desenvolve**, em caso de doença grave da Pessoa Segura, **as ações necessárias à recolha de uma Segunda Opinião Médica por parte dos melhores especialistas a nível mundial, relativamente ao diagnóstico da patologia e respetivos tratamentos adequados.**

Para o efeito, o Administrador/Segurador coordena a recolha da informação, solicitando, se tal for necessário, a realização de novos exames médicos, análises clínicas e/ ou radiografias, e procede ao envio da mesma para o médico especialista que considere mais apropriado tendo em conta a patologia da Pessoa Segura.

Logo que o médico especialista se pronuncie, o Administrador/Segurador procede à interpretação do relatório e envia à Pessoa Segura as conclusões e recomendações finais.

2. Em complemento à obtenção da Segunda Opinião Médica, o Segurador, quando a Pessoa Segura tome a iniciativa de realizar tratamentos médicos no estrangeiro, assegura a prestação dos seguintes serviços:
 - a) Seleção e fornecimento de referências à Pessoa Segura sobre os médicos especialistas e hospitais estrangeiros selecionados pelo Administrador/Segurador a pedido da Pessoa Segura, ou diretamente indicados por esta;
 - b) Obtenção de orçamentos e custos estimados com honorários e hospitalização relativos ao serviço médico a realizar no estrangeiro;



- c) Marcação de consultas médicas com os especialistas selecionados pelo Administrador/Segurador ou com os indicados pela Pessoa Segura;
- d) Marcação de reservas de transportes e alojamentos no estrangeiro para a Pessoa Segura e seus familiares;
- e) Formalização dos trâmites prévios necessários à admissão da Pessoa Segura no hospital;
- f) Apresentação e orientação da Pessoa Segura no hospital onde será internada e coordenação do atendimento a prestar;
- g) Revisão, controlo e análise das faturas correspondentes aos tratamentos/consultas efetuados;
- h) Realização de auditorias completas a todas as faturas e despesas médicas suportadas pela Pessoa Segura;
- i) Negociação de descontos a favor da Pessoa Segura junto dos médicos especialistas e hospitais.

ART. 2.º - Definição

Para efeitos exclusivos da presente Condição Especial, entende-se por Doença Grave, qualquer das seguintes doenças, quer se desenvolva ou não em paralelo com outro tipo de doença:

- Doenças cancerígenas;
- Doenças cardiovasculares;
- Transplantes de órgãos;
- Doenças neurológicas, incluindo acidentes cerebrais vasculares;
- Insuficiência renal crónica;
- Doença de Parkinson (parálisis agitans);
- Doença de Alzheimer;
- Esclerose múltipla;
- S.I.D.A. e tratamentos derivados da S.I.D.A.;
- Qualquer outra doença, considerada como tal pelo Administrador/Segurador, tendo em conta o caso concreto da Pessoa Segura que recorre aos serviços.

ART. 3.º - Exclusões

Sem prejuízo das exclusões previstas nas Condições Gerais aplicáveis a esta cobertura, não ficam garantidos ao abrigo da presente Condição Especial:

- a) **Quaisquer serviços solicitados ao Administrador/Segurador, quando a Pessoa Segura não sofra de doença grave nos termos acima definidos;**
- b) **Serviços não solicitados ao Administrador/Segurador;**
- c) **Quaisquer despesas médicas com honorários, medicamentos e/ou internamentos no estrangeiro;**
- d) **Despesas de transporte e alojamento em Portugal e no estrangeiro;**
- e) **Quaisquer perdas ou danos originados, direta ou indiretamente, pela opinião dos médicos e/ou profissionais consultados.**

ASSISTÊNCIA MÉDICA AO DOMICÍLIO

ART. 1.º - Definição

SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA: Entidade que organiza e presta, por conta do Segurador e a favor das Pessoas Seguras, as prestações pecuniárias ou serviços previstos nas garantias da presente Condição Especial.

ART. 2.º - Âmbito das garantias

De acordo com a presente Condição Especial, o Segurador garante, mediante solicitação da Pessoa Segura:

1. Envio de médico ao domicílio

Em caso de urgência, o Segurador assegurará a deslocação de um médico ao domicílio da Pessoa Segura, para consulta e eventual aconselhamento quanto aos tratamentos a seguir.

O custo da deslocação será por conta do Segurador.

O custo da consulta será por conta da Pessoa Segura, exceto quando no contrato de seguro também tiver sido contratada a Condição Especial de Assistência Ambulatória, caso em que a Pessoa Segura somente ficará sujeita ao copagamento definido nas Condições Particulares.

O custo dos eventuais tratamentos aconselhados ou prescritos serão por conta da Pessoa Segura.

2. Transporte em ambulância

Em alternativa, e se esta solução for a mais adequada à situação apresentada, o Segurador organiza e suporta o custo do transporte da Pessoa Segura em ambulância, do domicílio para o posto de primeiros socorros ou de urgência mais próximo.

3. Informações médicas

O Segurador prestará as informações na área da saúde que lhe forem solicitadas.

Caso o Segurador não possa fornecer uma resposta imediata, esforçar-se-á por efetuar a procura das informações solicitadas e voltará a contactar a Pessoa Segura para transmitir as respetivas informações.

o Segurador fornecerá respostas objetivas às perguntas colocadas, baseando-se em elementos oficiais.

O Segurador não será responsável pelas interpretações da Pessoa Segura, nem das eventuais consequências das mesmas.

Os eventuais conselhos que poderão ser prestados não deverão ser entendidos como uma consulta médica mas tão-somente como uma orientação geral prestada por um dos médicos do Segurador.

ART. 3.º - Âmbito territorial

As garantias da presente Condição Especial são válidas em Portugal Continental e nas Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira.

CONDIÇÕES PARTICULARES DA ASSISTÊNCIA MÉDICA AO DOMICÍLIO

Garantias de Assistência Médico-Sanitária no Lar	Limites
Envio de médico ao domicílio Deslocação	Ilimitado
Transporte em ambulância	Ilimitado
Informações médicas	Ilimitado



CLÁUSULA PARTICULAR

Quando expressamente indicada nas Condições Particulares da Apólice, ao presente Contrato poder-se-á aplicar a seguinte Cláusula Particular:

"EXTENSÃO TERRITORIAL"

Conforme estabelecido no n.º3 do artigo 24.º das Condições Gerais, e desde que a aplicação da presente Cláusula seja expressamente indicada nas Condições Particulares da Apólice, fica garantido, nos países nestas igualmente identificados, o pagamento de despesas de saúde, nos termos e condições a seguir indicados:

1. Âmbito da extensão

De acordo com o estipulado nas Condições Particulares, o presente Contrato poderá produzir efeitos em:

- a) Espanha, ou em,
- b) Espanha e Estados Unidos da América, ficando assim garantido, nos termos a seguir indicados, o pagamento das despesas indemnizáveis ao abrigo das seguintes Condições Especiais, quando tenham sido subscritas:

- Despesas de hospitalização;
- Despesas de assistência ambulatoria;
- Despesas com medicamentos.

2. Condições de funcionamento

As despesas realizadas ao abrigo das Condições Especiais "Despesas de hospitalização" e "Despesas de assistência ambulatoria" apenas ficarão garantidas nos países indicados, desde que efetuadas em regime de prestações convencionadas junto dos Prestadores indicados pelo Administrador/Segurador.

As "Despesas com medicamentos" realizadas nos países indicados apenas serão objeto de reembolso por parte do Segurador desde que os mesmos sejam prescritos por médicos pertencentes a rede convencionada no âmbito de consultas ou atos médicos realizados ao abrigo das Condições Especiais "Despesas de hospitalização" e "Despesas de assistência ambulatoria".

Quando, atendendo à natureza da despesa e/ou do ato médico a realizar no estrangeiro, for necessária a pré-autorização do Administrador/Segurador,

as despesas de saúde referidas no ponto 1 só ficarão garantidas desde que a pré-autorização tenha sido solicitada pela Pessoa Segura e previamente aceite pelo Administrador/Segurador.

A presente extensão territorial não produzirá efeitos em relação às despesas de saúde garantidas ao abrigo da Condição Especial "Despesas de hospitalização", quando, de acordo com o estado de saúde da Pessoa Segura, os tratamentos a realizar no estrangeiro tenham uma finalidade meramente paliativa.

3. Pré-Autorização

Para efeitos do disposto no ponto anterior, o pagamento de despesas garantidas ao abrigo da presente Cláusula Particular ficará sempre sujeita à pré-autorização do Administrador/Segurador nos seguintes casos:

- Quaisquer despesas de saúde garantidas ao abrigo da Condição Especial "Despesas de hospitalização";
- Cirurgias realizadas em regime ambulatorio;
- Tratamentos em Hospital em regime ambulatorio;
- Angioscopia fluorescência e Retinografia;
- RMN/TAC;
- Diagnóstico cardiológico;
- Ecocardiograma, Holter, Ergometria, Doppler;
- Análises clínicas (especificamente cariótipos);
- Estudos anatomopatológicos especiais;
- Extração de sinais, quistos e nevos em consulta;
- Fisioterapia;
- Radiologia Vascular;
- Radioterapia;
- Quimioterapia e Cobaltoterapia;
- Todas as técnicas de Neurofisiologia.

Aditamento ao Artigo 4.º das Condições Gerais - Exclusões

Sempre que a cobertura fornecida por esta apólice implique a violação de quaisquer embargos ou sanções financeiras ou económicas emitidas pela União Europeia, pelo Conselho de Segurança das Nações Unidas, pelo OFAC (Office of Foreign Assets Control) ou pelo HM Treasury, a cobertura será considerada nula, não produzindo quaisquer efeitos.

Em complemento do disposto no ponto anterior, de acordo com as normas nacionais e internacionais e com as boas práticas de negócio, o Segurador reserva-se o direito de se abster de executar qualquer operação sobre a apólice, que esteja ou que se suspeite estar relacionada com a prática dos crimes de branqueamento de capitais e/ou financiamento ao terrorismo.

Nota: Para efeitos do artigo 37º do Regime Jurídico do Contrato de Seguro (DL 72/2008, de 16/04) salientamos a importância do texto assinalado a negrito.



TRANQUILIDADE

Seguradoras Unidas, S.A.
SEDE Av. da Liberdade, 242
1250-149 LISBOA

Capital Social 182 000 000 € (realizado 84 000 000 €)
N.º único de Matrícula CRC Lisboa NIPC 500 940 231

Linha Clientes
707 240 707 / 211 520 310
Apoio Comercial 8h30/20h - dias úteis
Assistência 24h - 7 dias/semana

www.tranquilidade.pt
clientes@tranquilidade.pt

