

Seguro GNB Saúde Plus

Porque a saúde é importante para uma vida saudável, oferecemos-lhe o Seguro GNB Saúde Plus, uma opção para quem quer cobrir situações de internamento muito graves, ou já tem seguro de saúde e deseja um complemento adicional.

O Seguro GNB Saúde Plus, garante-lhe para além de uma cobertura em caso de internamentos muito graves o acesso a uma cobertura de doenças graves até um milhão de euros.

As informações abaixo aconselham-no na utilização adequada deste Seguro e informa-o das Condições Gerais e Especiais do seu Seguro GNB Saúde Plus.

Vantagens do Seguro GNB Saúde Plus

- Uma oferta que lhe permite a cobertura de situações graves de internamento.
- Um complemento em caso de internamento para quem já tenha um outro seguro de Saúde, quer seja da empresa ou não.
- 2ª Opinião Médica internacional
- Cobertura de Doenças Graves com um limite até € 1.000.000.
- Extensão da cobertura de internamento a Espanha.

Procedimentos na Utilização

Quando posso começar a utilizar o meu seguro?

Poderá utilizar o seu Seguro GNB Saúde Plus logo que tenham decorrido os períodos de carência, que poderá consultar nas suas Condições Gerais e Especiais.

Como Utilizar o meu Seguro?

+ Dentro da Rede de Prestadores

- 1.1. Sempre que pretenda utilizar os bens serviços ou cuidados de saúde na Rede de Prestadores (Prestações Seleccionar um prestador da Rede de Prestadores;
- 1.2. Apresentar o seu cartão de saúde quando receberem serviços clínicos na Rede de Prestadores;
2. Pagar ao prestador a parte da despesa que fica a seu cargo.

+ Fora da Rede de Prestadores

Sempre que utilizem bens, serviços ou cuidados de saúde realizados em prestadores que não pertençam à Rede de Prestadores (Prestações Indemnizatórias), deverá:

1. Requerer pré-autorização para obtenção dos serviços médicos que assim o exigirem;
2. Apresentar o impresso de participação de sinistros devidamente preenchido;
3. Apresentar os recibos das despesas realizadas, que terão de indicar o nome do doente a que respeitam. Os recibos de honorários médicos deverão ainda indicar a especialidade médica;
4. Apresentar os originais de todos os recibos das despesas.
5. Toda a documentação deverá ser remetida para a morada indicada no verso do cartão de saúde.

+ Despesas Pré-comparticipadas por outro seguro ou sistema de saúde

No caso das despesas já pré-comparticipadas por outro seguro ou sistema de saúde e se necessitou de apresentar os originais para efeitos de pedido de reembolso a outra instância, poderá apresentar fotocópias dos recibos que deverão ser acompanhadas de documento original que faça prova do montante despendido e do reembolso recebido e do montante total do ato.

+ Despesas Pré-comparticipadas pelo Segurador

Da mesma forma, se necessitar de apresentar os originais para efeitos de pedido de reembolso a outra instância poderá apresentar fotocópias acompanhadas de documento original emitido pelo Segurador, que faça prova do montante despendido e do reembolso recebido;

Rede de Prestadores em Portugal

1. Verifique quais os serviços cobertos pelo seu Seguro de Saúde. Em caso de dúvidas, contacte a Assistência a Clientes da Linha de Assistência a Clientes;
2. Selecione o prestador que pretende, recorrendo à Lista, à Internet ou telefonando para a Linha de Assistência a Clientes;
3. Marque a intervenção, diretamente com o prestador selecionado (**ver ponto pré autorização**);
4. Apresente sempre o seu Cartão de Saúde, a fim de ser possível a identificação como cliente do Segurador;
5. No final do serviço médico, pagará apenas o valor da franquia a seu cargo;
6. O recibo deste pagamento é válido para efeitos fiscais. Todo o processo fica concluído;
7. Não é, então, necessário o envio de qualquer documento, devido à relação privilegiada com os médicos da Rede, pelo que todo o processo burocrático fica simplificado;
8. Periodicamente, receberá em sua casa um extrato dos sinistros ocorridos, com informação sobre os vários serviços e montantes envolvidos.

Rede de Prestadores em Espanha (Rede HNA)

1. Verifique qual a rede a que poderá aceder e os serviços cobertos pelo seu Seguro Saúde. Em caso de dúvidas, contacte a Linha de Assistência a Clientes 707 78 20 70 - opção Assistência;

2. Selecione o prestador que pretende, de cuidados primários ou de especialidade, recorrendo à Linha de Assistência a Clientes 707 78 20 70 ou à Internet em: www.advancecare.com - Diretório Clínico;
3. Para a pré-autorização consulte o ponto - Pré-autorizações;
4. Apresente sempre o seu Cartão Saúde;
5. No momento da prestação de serviço não terá que pagar qualquer montante;
6. As franquias ou montantes não cobertos pelo Segurador ser-lhe-ão cobrados através de cheque caução (enviado à AdvanceCare).

2ª Opinião Médica - Rede Best Doctors™

1. Em caso de dúvida acerca de um diagnóstico de uma Doença Grave poderá recorrer ao serviço 2ª Opinião Médica através da Linha de Assistência a Clientes 707 78 20 70 – opção Opinião;
2. Ser-lhe-á solicitada um conjunto de informação clínica por telefone;
3. Posteriormente ser-lhe-ão enviados os seguintes impressos, que deverá devolver preenchidos e devidamente assinados:
 - Autorização de informação médica;
 - Formulário 2ª Opinião Médica;
4. Ser-lhe-á enviado um Parecer Clínico, juntamente com uma Lista dos Centros Médicos Internacionais mais adequados ao tratamento da Doença Grave em causa;
5. No caso de se confirmar o diagnóstico, poderá beneficiar de todo o apoio logístico necessário à deslocação a um dos médicos selecionados na referida lista.

Nota:

Poderá acionar este serviço através da Linha de Assistência a Clientes 707 78 20 70 – opção Opinião.

Desde a deslocação, passando pelos tratamentos, até ao regresso terá um acompanhamento personalizado da equipa Best Doctors™.

Doenças Graves - Rede Best Doctors™

1. Verifique se possui esta garantia através das suas Condições Particulares. Antes de acionar a garantia deverá sempre recorrer ao serviço 2ª Opinião Médica a fim de se certificar do seu diagnóstico;
2. Para efeitos de tratamento da Doença Grave em causa deverá solicitar uma pré-autorização junto da AdvanceCare através da Linha de Assistência a Clientes 707 78 20 70 – opção Autorizações;
3. Após análise e aceitação do tratamento da Doença Grave irá receber um Termo de Responsabilidade (*Voucher*), que deverá apresentar junto do Prestador selecionado;
4. As franquias ou montantes não cobertos pelo Segurador ser-lhe-ão cobrados antecipadamente por um cheque caução;
5. As despesas a seu cargo serão devidamente refletidas na declaração anual para efeitos fiscais (IRS).

Nota:

Todos os tratamentos efetuados ao abrigo desta garantia deverão ser precedidos da utilização do serviço de 2ª Opinião Médica, da confirmação do diagnóstico de uma doença grave e de um pedido de pré-autorização.

Pré-autorizações

Internamento hospitalar (Em Portugal)

No internamento hospitalar a pré-autorização é sempre necessária, quer na Rede de Prestadores quer fora dela

1. Para pedir a pré-autorização, telefone para a Linha de Assistência a Clientes e escolha a opção correspondente. Quando o médico pertencer à Rede, poderá ser ele próprio a pedir a pré-autorização, facilitando-lhe o processo;
2. A informação clínica necessária será recolhida junto do médico, num impresso próprio ou por telefone;
3. Se o benefício estiver coberto, receberá a confirmação num Termo de Responsabilidade, com o nº de autorização, que confirmará o pagamento. Leve-o consigo quando for utilizar o serviço.

Nota:

O pedido de pré-autorização deverá ser efetuado com uma antecedência mínima de 72 horas, desde que entregue toda a informação clínica necessária;

Em caso de emergência, que impeça a requisição antecipada da pré-autorização, esta deve ser solicitada no mais curto prazo, nas 24 horas seguintes ao serviço médico;

Extensão de Rede Internamento (Rede em Espanha - HNA)

1. Para a realização destes atos deverá dirigir-se ao prestador selecionado e apresentar o seu cartão saúde. Após marcação junto do prestador, deverá contactar a Linha de Assistência a Clientes;
2. Se o ato for autorizado ser-lhe-á dada a autorização, bem como nº da mesma e poderá com esta informação, deslocar-se ao prestador e realizar os atos médicos.

Nota:

No caso de hospitalização, com Internamento programado deverá solicitar a pré autorização com uma antecedência mínima de 8 dias úteis;

Em caso de emergência, que impeça a requisição antecipada da pré-autorização, esta deve ser solicitada no mais curto prazo, nas 24 horas seguintes ao serviço médico.

O seu Cartão de Saúde

- Cada Pessoa Segura tem o seu próprio Cartão de Saúde. Este cartão é pessoal e intransmissível e dá-lhe acesso à Rede de Prestadores em Portugal e no Estrangeiro;
- Na Rede de Prestadores tanto em Portugal como no Estrangeiro deverá apresentar o Cartão Saúde, por forma a ser identificado como cliente do Segurador e, assim, poder

usufruir das vantajosas condições que cada uma das redes lhe oferece;

- Em caso de perda ou não receção do seu cartão, contacte a Assistência a Clientes da Linha de Assistência a Clientes e receberá uma nova via;
- No verso do Cartão tem informações que o ajudam a utilizar melhor o seu Seguro GNB Saúde: morada para onde enviar comprovativos de despesas no caso de reembolsos, serviços que precisam de pré-autorização e número de telefone da Linha de Assistência a Clientes em Portugal e no Estrangeiro.

Deve ainda Saber...

O que é a Franquia por anuidade?

Montante que, no conjunto dos sinistros ocorridos dentro de uma mesma anuidade, fica a cargo do Tomador do Seguro/Pessoas Segura, em função da cobertura e cujo valor se encontra estipulado nas Condições Particulares.

No caso de pré comparticipação da despesa por outro seguro ou sistema de saúde, o Segurador procederá ao reembolso da despesa de acordo com as percentagens contratadas dentro e fora da rede, sobre o valor que ficou a cargo do segurado, considerando a franquia aplicável à totalidade da despesa, ou seja, do montante original.

Para efeitos de elegibilidade da franquia, o segurado deverá entregar o comprovativo do montante total da despesa.

O que significa o termo período de carência?

Intervalo de tempo que decorre entre o início do contrato de seguro e a possibilidade de utilização dos benefícios do mesmo. A carência ou privação pode ter carácter geral (todas as coberturas) ou parcial (aplicação determinadas coberturas e/ou patologias).

O que significa o termo congénito?

Característica atribuída a eventos pré-natais, não necessariamente genéticos ou hereditários, adquirida pelo embrião no período no qual permaneceu em gestação. Normalmente, designa defeitos e/ou malformações no desenvolvimento do embrião.

O que significa o termo exclusão?

Trata-se de uma cláusula do contrato de seguro, que identifica determinados riscos que ficam fora do âmbito de comparticipação, do seguro de saúde.

O que é uma Pré – Autorização?

É um pedido de autorização à Seguradora (ou à Entidade Gestora), para a realização de determinados atos clínicos. Esta aprovação originará a emissão de um Termo de Responsabilidade, nos termos garantidos pelo contrato.

Exemplos de Utilização

Cliente com o Seguro GNB Saúde Plus e um outro Seguro Saúde ou Subsistema de saúde com Cobertura de Internamento e um Plafond 5.000 €

Exemplo:

Intervenções realizadas dentro da Rede de prestadores Convencionados:

1ª Intervenção: valor total 6.000 €

- Valor Comparticipado por outro Seguro Saúde = 5.000 €
- Valor Comparticipado pelo Seguro Saúde Plus: Franquia Anual 10.000 € > Valor total da intervenção 6.000 € = **0 €**

2ª Intervenção: valor total 5.000 €

- Valor Comparticipado por outro Seguro Saúde = 0 €
- Valor Comparticipado pelo Seguro Saúde Plus: Franquia Anual (10.000 € - 6.000 €) 4.000 € = **1.000 €**

3ª Intervenção: valor total 4.000 €

- Valor Comparticipado por outro Seguro Saúde = 0 €
- Valor Comparticipado pelo Seguro Saúde Plus: Franquia Anual (10.000 € - 6.000 € - 5.000 €) 0 € = **4.000 €**

Intervenções realizadas fora da Rede de prestadores Convencionados:

1ª Intervenção: valor total 6.000 €

- Valor Comparticipado por outro Seguro Saúde = 5.000 €
- Valor Comparticipado pelo Seguro Saúde Plus: Franquia Anual 10.000 € > Valor total da intervenção 6.000 € = **0 €**

2ª Intervenção: valor total 5.000 €

- Valor Comparticipado por outro Seguro Saúde = 0 €
- Valor Comparticipado pelo Seguro Saúde Plus: Franquia Anual (10.000 € - 6.000 €) 4.000 € = 70% (% comparticipação fora da rede) * 1.000 € = **700 €**

3ª Intervenção: valor total 4.000 €

- Valor Comparticipado por outro Seguro Saúde = 0 €
- Valor Comparticipado pelo Seguro Saúde Plus: Franquia Anual (10.000 € - 6.000 € - 5.000 €) 0 € = 0% (% comparticipação fora da rede) * 4.000 € = **2.800 €**



Informações e Alterações à Apólice

Para Informações e Alterações à sua apólice contacte o **NBdireto Seguros** através do número **707 24 7 365**.



Linha de Assistência a Clientes

Para esclarecimentos contacte a **Linha de Assistência a Clientes 707 78 20 70**, disponível de 2ª a 6ª, das 8:30h às 18:30h, ou consulte o site www.advancecare.com

Cláusula Preliminar

1. Entre a Mudum - Companhia de Seguros, S.A., adiante designada por MUDUM SEGUROS, 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 harmonia com as declarações constantes da proposta que lhe serviu de base e da qual faz parte integrante.
2. A individualização do presente contrato é efetuada nas Condições Particulares, com, entre outros, a identificação das partes e do respetivo domicílio, os dados do segurado, os dados do representante do segurador para efeito dos sinistros, e a determinação do prémio ou a fórmula do respetivo cálculo.
3. Compõem ainda o presente contrato, além das Condições previstas nos números anteriores e que constituem a apólice, as mensagens publicitárias concretas e objetivas que contrariem cláusulas da apólice, salvo se estas forem mais favoráveis ao tomador do seguro, ao segurado ou ao beneficiário.
4. Não se aplica o previsto no número anterior relativamente às mensagens publicitárias cujo fim de emissão tenha ocorrido há mais de um ano em relação à celebração do contrato, ou quando as próprias mensagens fixem um período de vigência e o contrato tenha sido celebrado fora desse período.

Capítulo I - Definições, Objeto e Garantias do Contrato, Âmbito Territorial e

Exclusões Gerais

Cláusula 1ª – Definições

Para efeitos do presente Contrato entende-se por:

a) Partes Envolvidas no Contrato

» **Segurador:** a Mudum - Companhia de Seguros, S.A., adiante designada por Segurador, entidade legalmente autorizada para a exploração do seguro facultativo de doença, que subscreve o presente Contrato;

» **Tomador do Seguro:** a pessoa ou entidade que contrata com o Segurador, sendo responsável pelo pagamento dos prémios;

» **Agregado Familiar:** considera-se agregado familiar o cônjuge ou equiparado do Tomador do Seguro, respetivos filhos, enteados e adotados, e ascendentes, desde que com eles vivam em comunhão de mesa e habitação. Só são considerados os filhos desde que não tenham completado 25 anos, não exerçam profissão remunerada, nem tenham contraído matrimónio;

» **Pessoa Segura:** pessoa designada nas Condições Particulares, residente em Portugal, no interesse da qual o Contrato é celebrado;

» **Administrador do Plano de Saúde:** organização que constitui e mantém a Rede de Prestadores e que procede à gestão das prestações devidas pelo Contrato, em nome e por conta do Segurador, a seguir denominada Administrador.

b) Documentos Contratuais

» **Apólice:** documento que titula o Contrato de seguro, de onde constam as respetivas Condições Gerais, Especiais, se as houver, e Particulares acordadas.

» **Condições Gerais:** conjunto de cláusulas que definem e regulamentam obrigações genéricas e comuns inerentes a um ramo ou modalidade de seguro;

» **Condições Especiais:** conjunto de cláusulas que visam esclarecer, completar ou especificar disposições das Condições Gerais;

» **Condições Particulares:** documento onde se encontram os elementos específicos e individuais do Contrato, que o distinguem de todos os outros;

» **Proposta:** o(s) documento(s) subscrito(s) pelo Tomador do Seguro e pelas Pessoas Seguras que contém(êm) as informações necessárias à aceitação do seguro pelo Segurador e que faz(em) parte integrante da Apólice.

c) Valores do Seguro

» **Prémio:** importância devida pelo Tomador do Seguro ao Segurador como contrapartida das garantias cobertas pela Apólice. Dessa importância fazem parte integrante todos os encargos, cargas e taxas fiscais e parafiscais, impostas por lei;

» **Limite Anual de Responsabilidade:** valor máximo a cargo do Segurador nas despesas médicas garantidas pela Apólice, por Pessoa Segura e por anuidade.

» **Comparticipação:** Percentagem das despesas médicas garantidas pela Apólice a cargo do Segurador;

» **Franquia:** Montante que em caso de sinistro, o Tomador do Seguro/Pessoa Segura tem a seu cargo, em função da cobertura e cujo valor se encontra estipulado nas Condições Particulares.

» **Franquia (por anuidade):** Montante que, no conjunto dos sinistros ocorridos dentro de uma mesma anuidade, fica a cargo do Tomador do Seguro/Pessoa Segura, em função da cobertura e cujo valor se encontra estipulado nas Condições Particulares.

» **Limite por Despesa Médica:** Valor máximo por despesa médica participada pelo Segurador, após dedução de franquia, quando aplicável.

d) Garantias

» **Sinistro:** o evento ou série de eventos resultantes de uma mesma causa suscetível de fazer funcionar as garantias do Contrato;

» **Acidente:** o acontecimento fortuito, súbito e anormal, devido a causa exterior e alheia à vontade da Pessoa Segura, que lhe provoque uma lesão corporal;

» **Urgência:** Considera-se tratamento de urgência aquele que deva ser efetuado no prazo máximo de 48 horas após o sinistro.

» **Cirurgia Eletiva:** Cirurgia programada, independentemente da origem da indicação operatória (decorrente de consulta de rotina ou de urgência).

» **Cirurgia de Urgência:** Cirurgia realizada no decorrer de episódio de urgência.

» **Doença:** A alteração do estado de saúde, estranha à vontade da Pessoa Segura e não causada por acidente, que se revele por sinais ou sintomas manifestos e seja reconhecida como tal pelo médico.

» **Doença Manifestada:** Toda a doença que tenha sido objecto de um diagnóstico inequívoco ou que, com suficiente grau de evidência, se haja revelado.

» **Doença Súbita:** Toda a doença que requeira tratamento de urgência em hospital, quer em regime de internamento, quer em regime ambulatorio.

» **Despesa Médica:** A despesa realizada pela Pessoa Segura para aquisição de serviços clinicamente necessários, desde que prescritos ou realizados por médico;

» **Serviços Clinicamente Necessários:** Bens, serviços ou cuidados de saúde clinicamente aceites pelo Segurador ou pelo Administrador, e:

- Necessários para o tratamento de uma situação de doença, ou acidente da Pessoa Segura;
- Adequados à situação diagnosticada;
- De reconhecida validade clínica e consistentes com o quadro clínico do doente, de acordo com

- os protocolos e padrões reconhecidos pela comunidade médica;
- d) Prescritos e/ou realizados por médico ou outros profissionais de saúde;
- e) Prestados da forma mais eficiente em termos de custo e mais adequada ao tipo de serviço a prestar;
- f) Cujo principal objetivo não seja o conforto ou conveniência da Pessoa Segura, da sua família e do médico ou outros prestadores de cuidados de saúde;
- g) Cujo local de prestação – domicílio da Pessoa Segura, consultório médico, centro de cuidados ambulatoriais, hospital, em regime de ambulatório ou em regime de internamento – seja o mais adequado à situação diagnosticada.

» **Período de Carência:** Prazo que decorre entre a data de inclusão de cada pessoa na Apólice e a data de entrada em vigor das garantias.

» **Prestadores de Serviços Clínicos:** médicos, hospitais, centros de diagnóstico ou outros prestadores que prestam serviços clínicos às Pessoas Seguras;

» **Rede de Prestadores:** os prestadores de serviços clínicos que tenham celebrado acordo de prestação de serviços com o Administrador;

» **Hospital:** O estabelecimento público ou privado, legalmente reconhecido, qualquer que seja a sua designação (nomeadamente as de hospital ou clínica), que disponha de assistência médica, cirúrgica e/ou de enfermagem.

Excluem-se, expressamente, casas de repouso e de convalescença, bem como termas, sanatórios, lares de terceira idade, centros de tratamento de toxicodependentes e alcoólicos e outras instituições similares.

» **Médico:** O licenciado por uma Faculdade de Medicina, legalmente autorizado a exercer a sua profissão no país onde o ato médico tiver lugar e inscrito na Ordem dos Médicos ou organismo equivalente nesse país;

» **Prestações Convencionadas:** bens, serviços ou cuidados de saúde realizados na Rede de Prestadores. O Administrador assegura o pagamento direto aos prestadores da comparticipação do Segurador nas despesas médicas com Prestações Convencionadas.

» **Prestações Indemnizatórias:** bens, serviços ou cuidados de saúde realizados em prestadores que não tenham celebrado acordo com o Administrador. O pagamento da comparticipação do Segurador nas despesas médicas com prestações indemnizatórias é feito ao Tomador do Seguro/Pessoas Seguras

» **Pré-Autorização:** A aprovação dada pelos serviços clínicos do Administrador, solicitados pelas Pessoas Seguras, que lhes permite o acesso aos cuidados de saúde previstos no presente contrato

» **Subsistemas Profissionais de Saúde:** Esquemas de proteção na doença, garantidos por quaisquer entidades públicas ou particulares, quer sejam ou não complementares do Serviço Nacional de Saúde.

» **Código de Nomenclatura e Valores Relativos de Atos Médicos:** Tabela oficial publicada pela Ordem dos Médicos, que inclui todas as intervenções cirúrgicas, valorizadas em números de “k” (tantos mais “k” quanto maior a complexidade da cirurgia efetuada).

Cláusula 2ª - Objeto e Garantias do Contrato

1. Salvo disposição em contrário constante nas Condições Especiais o Contrato de seguro tem por objeto garantir às Pessoas Seguras as prestações convencionadas e as prestações indemnizatórias, em consequência de doença manifestada ou acidente ocorrido durante a vigência do Contrato, nos termos das Condições Gerais, Especiais e Particulares.

2. O presente Contrato de seguro inclui as garantias que expressamente forem

contratadas, de acordo com o mencionado nas Condições Particulares.

3. O presente contrato não garantirá o pagamento de quaisquer despesas médicas ou medicamentosas reclamadas pela rede de hospitais e outras instituições que integrem ou que tenham acordo com 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.

Cláusula 3.^a – Âmbito Territorial

1. As garantias são válidas em Portugal, e abrangem as despesas médicas realizadas no estrangeiro nos seguintes casos:

1.1. Acidente ou doença súbita ocorridos durante uma viagem ao estrangeiro de duração inferior a 60 dias.

1.2. Por recomendação de médico da especialidade e com o acordo do Segurador.

2. Mediante expressa indicação nas Condições Especiais, o presente contrato poderá igualmente produzir efeitos nos países indicados nas Condições Particulares nos termos e condições nestas referidos.

Cláusula 4.^a - Exclusões Gerais

O presente Contrato nunca garante o pagamento de quaisquer prestações decorrentes de:

1. Cirurgias e/ou tratamentos destinadas à correção de malformações congénitas, exceto quando digam respeito a crianças nascidas durante a vigência do Contrato e incluídas antes de completarem 60 dias de idade;

2. Doenças crónicas do foro psíquico, ficando todas as outras doenças do mesmo foro sujeitas aos seguintes

limites máximos, sem prejuízo dos restantes limites fixados nas Condições Particulares:

2.1. Internamento hospitalar: 15 dias por anuidade;

3. Cirurgia estética ou plástica, exceto quando consequência de acidente ocorrido ou doença manifestada durante a vigência deste Contrato;

4. Exames/tratamentos ou cirurgias de obesidade (incluindo obesidade mórbida);

5. Exames/tratamentos ou cirurgias de rejuvenescimento ou qualquer outro tratamento de carácter predominantemente estético;

6. Testes e tratamentos relativos a infertilidade ou inseminação artificial;

7. Despesas com medicamentos, tratamentos ou intervenções cirúrgicas com finalidade contraceptiva;

8. Hemodiálise;

9. Transplante de órgãos e tecidos;

10. Infeção por HIV e suas implicações;

11. Check-up e exames gerais de saúde;

12. Alcoolismo e tratamentos relativos a toxicodependência, bem como todas as doenças ou lesões adquiridas pela Pessoa Segura por ter consumido ou agido sob influência de álcool, estupefacientes, outras drogas ou produtos tóxicos, quando não prescritos por receita médica;

13. Acidentes ocorridos durante a participação em competições desportivas com veículos a motor ou nos respetivos treinos;

14. Prática profissional de desportos;

15. Acidentes ocorridos e doenças contraídas por força de calamidades naturais de tipo catastrófico, durante revoluções ou devido à existência de um estado de guerra, declarado ou não;
16. Lesões ou doenças provocadas por radioatividade;
17. Doenças infecto – contagiosas, quando em situação de epidemia declaradas pelas autoridades de saúde;
18. Despesas realizadas com médicos que sejam cônjuge, pais, filhos ou irmãos das Pessoas Seguras. Ficam ainda excluídas as despesas prescritas por um Médico para si próprio.
19. Doenças profissionais e acidentes de trabalho;
20. Despesas com Acupunctura, Homeopatia, Naturopatia ou qualquer outro tipo de medicinas alternativas, não reconhecidas oficialmente pela Ordem dos Médicos portuguesa.
21. Despesas com outros serviços que não são clinicamente necessários.
22. Despesas de saúde e internamento, quando os tratamentos a realizar tenham finalidade clínica de convalescença, reabilitação psico-motora, recuperação ou motivos sociais, nomeadamente os designados por cuidados continuados / paliativos, de acordo com o estado de saúde da Pessoa Segura;
23. Cirurgia destinada à roncopia;ia;
24. Novas técnicas e/ou tecnologias, cuja evidência de eficácia clínica, não esteja ainda devidamente comprovada e/ou difundida a pelo menos dois prestadores em Portugal.

25. Cirurgia e/ou tratamentos refractivos, excepto para situações superiores a 4 dioptrias.

Capítulo II - Declaração do Risco, Inicial e Superveniente

Cláusula 5ª - Dever de Declaração Inicial do Risco

1. O Tomador do Seguro ou o Segurado está obrigado, antes da celebração do contrato, a declarar com exatidão todas as circunstâncias que conheça e razoavelmente deva ter por significativas para a apreciação do risco pelo Segurador.
2. O disposto no número anterior é igualmente aplicável a circunstâncias cuja menção não seja solicitada em questionário eventualmente fornecido pelo Segurador para o efeito.
3. O Segurador que tenha aceite o contrato, salvo havendo dolo do Tomador do Seguro ou do Segurado com o propósito de obter uma vantagem, não pode prevalecer-se:
 - a) Da omissão de resposta a pergunta do questionário;
 - b) De resposta imprecisa a questão formulada em termos demasiado genéricos;
 - c) De incoerência ou contradição evidente nas respostas ao questionário;
 - d) De facto que o seu representante, aquando da celebração do contrato, saiba ser inexato ou, tendo sido omitido, conheça;
 - e) De circunstâncias conhecidas do Segurador, em especial quando são públicas e notórias.
4. O Segurador, antes da celebração do contrato, deve esclarecer o eventual Tomador do Seguro ou o Segurado acerca do dever referido no n.º 1, bem como do regime do seu incumprimento, sob pena de

incorrer em responsabilidade civil, nos termos gerais.

Cláusula 6ª - Incumprimento Doloso do Dever de Declaração Inicial do Risco

1. Em caso de incumprimento doloso do dever referido no n.º 1 da cláusula anterior, o contrato é anulável mediante declaração enviada pelo Segurador ao Tomador do Seguro.
2. Não tendo ocorrido sinistro, a declaração referida no número anterior deve ser enviada no prazo de três meses a contar do conhecimento daquele incumprimento.
3. O Segurador não está obrigado a cobrir o sinistro que ocorra antes de ter tido conhecimento do incumprimento doloso referido no n.º 1 ou no decurso do prazo previsto no número anterior, seguindo-se o regime geral da anulabilidade.
4. O Segurador tem direito ao prémio devido até ao final do prazo referido no n.º 2, salvo se tiver concorrido dolo ou negligência grosseira do Segurador ou do seu representante.
5. Em caso de dolo do Tomador do Seguro ou do Segurado com o propósito de obter uma vantagem, o prémio é devido até ao termo do contrato.

Cláusula 7ª – Incumprimento Negligente do Dever de Declaração Inicial do Risco

1. Em caso de incumprimento com negligência do dever referido no n.º 1 da cláusula 5ª, o Segurador pode, mediante declaração a enviar ao Tomador do Seguro, no prazo de três meses a contar do seu conhecimento:
 - a) Propor uma alteração do contrato, fixando um prazo, não inferior a 14 dias,

para o envio da aceitação ou, caso a admita, da contraproposta;

- b) Fazer cessar o contrato, demonstrando que, em caso algum, celebra contratos para a cobertura de riscos relacionados com o facto omitido ou declarado inexatamente.
2. O contrato cessa os seus efeitos 30 dias após o envio da declaração de cessação ou 20 dias após a receção pelo Tomador do Seguro da proposta de alteração, caso esta nada responda ou a rejeite.
 3. No caso referido no número anterior, o prémio é devolvido pro-rata temporis atendendo à cobertura havida.
 4. Se, antes da cessação ou da alteração do contrato, ocorrer um sinistro cuja verificação ou consequências tenham sido influenciadas por facto relativamente ao qual tenha havido omissões ou inexatidões negligentes:
 - a) O Segurador cobre o sinistro na proporção da diferença entre o prémio pago e o prémio que seria devido, caso, aquando da celebração do contrato, tivesse conhecido o facto omitido ou declarado inexatamente;
 - b) O Segurador, demonstrando que, em caso algum, teria celebrado o contrato se tivesse conhecido o facto omitido ou declarado inexatamente, não cobre o sinistro e fica apenas vinculado à devolução do prémio.

Cláusula 8ª - Receção pelo Segurador da Declaração Inicial do Risco

O previsto nas cláusulas 6.ª e 7.ª não é aplicável, salvo dolo do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura com o propósito de obter uma vantagem, relativamente a:

- a) Omissão de resposta a uma pergunta do questionário apresentado;
- b) Resposta imprecisa a questão formulada em termos demasiado genéricos;
- c) Incoerência ou contradição evidentes nas respostas a questionário apresentado;
- d) Facto que o representante do Segurador, aquando da celebração do Contrato, saiba ser inexato ou, tendo sido omitido, conheça;
- e) Circunstância conhecida do Segurador, em especial quando é pública e notória.

Capítulo III - Início, Entrada em Vigor, Prolongamento, Anulação, Idade Limite, Duração, Livre Resolução, Resolução e Denúncia do Contrato

Cláusula 9ª - Início do Contrato

1. O presente Contrato produz os seus efeitos a partir do dia e hora constantes das Condições Particulares da Apólice, e vigorará pelo prazo aí estabelecido.
2. A proposta considera-se aprovada no décimo quarto dia a contar da data da sua receção no Segurador, a menos que entretanto sejam pedidas informações

clínicas, relatórios médicos ou quaisquer outras informações necessárias à avaliação do risco, ou não seja, no mesmo prazo, comunicada a recusa, adiamento ou aceitação condicionada do seguro.

Cláusula 10ª - Entrada em Vigor das Garantias

1. Salvo disposição em contrário, a entrada em vigor das garantias só se verificará, para cada Pessoa Segura, após o decurso dum período de carência, contado a partir da sua inclusão na Apólice, de:

1.1. Três meses para a garantia de:

- Internamento Hospitalar;
- Extensão de Rede – Internamento.

1.2. Doze meses para a garantia de:

- Doenças Graves.

2. O período de carência é ainda alargado para doze meses em caso de:

- 2.1. Intervenção cirúrgica e tratamento às varizes;
- 2.2. Intervenção cirúrgica a hérnias, qualquer que seja a sua natureza;
- 2.3. Litotricia renal e vesicular;
- 2.4. Hemorroidectomia;
- 2.5. Intervenção cirúrgica a úlcera gastroduodenal;
- 2.6. Intervenção ginecológica por patologia benigna;
- 2.7. Cirurgia mamária por patologia benigna;
- 2.8. Intervenção cirúrgica a ouvidos, nariz e garganta por patologia benigna;
- 2.9. Tireoidectomia por patologia benigna;
- 2.10. Colecistectomia;
- 2.11. Artroscopia ou Artrotomia;
- 2.12. Extração de nevos, sinais, quistos dérmicos e verrugas, e tratamento de eczemas, por patologia benigna;
- 2.13. Tratamentos refrativos à miopia, astigmatismo e hipermetropia.
- 2.14. Cirurgia arritmologia: Cardiologia de intervenção, nomeadamente Estudo Electrofisiológico (com ou sem ablação), Cateterismos Cardíacos, Angioplastias e implantação de Pacemaker
- 2.15. Prostatectomia ou ressecção por patologia benigna;
- 2.16. Cirurgia para tratamento de incontinência urinária

Os períodos de carência não se aplicam em caso de acidente ou doença súbita que requeira tratamento de urgência em hospital, quer em regime de internamento, quer em regime ambulatorio.

Cláusula 11ª - Prolongamento das Garantias em Caso de Internamento Hospitalar

1. Quando o internamento hospitalar se haja iniciado durante a vigência do Contrato, o Segurador reembolsará as respetivas despesas médicas, ainda que estas ocorram num período de 90 dias seguintes à data da cessação das garantias.
2. Não será devido qualquer reembolso pelo Segurador, quando a cessação de garantias for devida a falta de pagamento de prémios, a prestação de declarações falsas, inexatas ou incompletas ou a quaisquer outros casos previstos na lei.

Cláusula 12ª - Anulação das Garantias por Permanência no Estrangeiro

1. A permanência da(s) pessoa(s) segura(s) no estrangeiro por um período superior a 60 dias implica a anulação, para essa(s) pessoa(s), das garantias do Contrato, após o decurso deste prazo.
2. O Tomador do Seguro deverá comunicar ao Segurador, com a antecedência mínima de 15 dias, as deslocações ao estrangeiro, quando a duração prevista seja superior a 60 dias.
3. O regresso dessa(s) pessoa(s) do estrangeiro, permite retomar o Seguro nas condições anteriores, não sendo nesse caso necessário novo preenchimento do questionário clínico desde que a subscrição de novo contrato se verifique até um ano após a anulação das garantias.

Cláusula 13ª - Idade Limite para Cessação das Garantias

1. Caso a Pessoa Segura subscreva o seguro antes de completar 55 anos de idade, as garantias da apólice não cessam em função da idade, exceto no caso das garantias:
 - Doenças Graves: cessa no vencimento imediatamente posterior à data em que a pessoa completar 65 anos de idade.
2. A manutenção da apólice nos termos do número anterior não prejudica a evolução, ao longo do tempo, dos prémios que se mostrem necessários para fazer face às condições do risco;
3. As garantias cessam no vencimento imediatamente posterior à data em que a pessoa completar 70 anos de idade, caso a Pessoa Segura subscreva o seguro após completar os 55 anos de idade;
4. Não é permitida a subscrição do seguro a pessoas maiores de 60 anos de idade.
- 5.

Cláusula 14.ª – Duração

O seguro tem a duração de um ano e renovar-se-á automática e sucessivamente por períodos iguais,

garantido o Segurador apenas o pagamento das prestações convencionadas ou das despesas médicas efetuadas em cada ano de vigência do Contrato, salvo o disposto nas cláusulas 11ª, 12ª e 13ª do Capítulo III das Condições Gerais.

Cláusula 15ª - Livre Resolução

1. O Tomador do Seguro dispõe de um prazo de 30 dias, a contar da receção das Condições Particulares, para renunciar aos efeitos do Contrato, em suporte de papel ou

outro meio duradouro disponível e acessível ao Segurador;

2. O exercício do direito de renúncia determina:

- 2.1. A resolução do Contrato;
- 2.2. A extinção, com efeitos à data em que o Contrato teria o seu início, de todas as obrigações dele decorrentes;
- 2.3. A devolução do prémio já pago.

Cláusula 16ª - Resolução do Contrato pelo Segurador

1. O Segurador só pode resolver o Contrato, durante a sua vigência, nos seguintes casos:
 - a) Falta de pagamento do prémio e nos casos previstos na lei;
 - b) Com base no descrito nas cláusulas do Capítulo referente à Declaração do risco, inicial e superveniente.
2. Quando a resolução ocorra por iniciativa do Segurador nos termos da alínea b) do número anterior, esta avisará o tomador do seguro, mediante carta registada, com uma antecedência mínima de 30 dias em relação à data em que pretenda que a resolução produza efeitos.

Cláusula 17ª - Denúncia do Contrato

1. Qualquer das partes pode opor-se à renovação automática, denunciando o Contrato, desde que o comunique por carta registada, com uma antecedência mínima de 30 dias em relação ao fim do período que estiver em curso.
2. Em caso de não renovação do contrato ou da cobertura e não estando o risco coberto por um contrato de seguro posterior, o segurador não pode, nos dois anos subsequentes e até que se mostre esgotado o capital seguro no último período de

vigência do contrato, recusar as prestações resultantes de doença manifestada ou outro facto ocorrido na vigência do contrato, desde que cobertos pelo seguro.

3. Este direito só se verifica para doenças manifestadas e acidentes ocorridos durante a vigência do Contrato, que sejam participados ao Segurador até 30 dias após o termo dessa vigência, exceto em caso de força maior.
4. Em caso de dúvida, caberá ao Tomador do Seguro e às Pessoas Seguras provar o seu direito à prestação da garantia.

Capítulo IV - Inclusão e Exclusão de Pessoas Seguras, Transferência do Seguro e Alteração do Plano de Garantias

Cláusula 18ª - Inclusão 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 do questionário clínico anexo a proposta.
2. A inclusão de recém-nascidos é automaticamente aceite, sem preenchimento de questionário clínico, desde que todo o agregado familiar já esteja incluído no seguro e que seja comunicada até 60 dias após a data de nascimento.
3. O início das garantias para as Pessoas Seguras incluídas durante a vigência do Contrato fica sujeito aos períodos de carência previstos na cláusula 10ª excepto no caso da inclusão do recém-nascido de acordo com o ponto anterior.

Cláusula 19ª - Exclusão de Pessoas Seguras

Durante a vigência do Contrato, o Tomador do Seguro pode pedir, por escrito, a exclusão de uma Pessoa Segura. A exclusão só produzirá efeito na data de renovação do Contrato, exceto por morte da Pessoa Segura. Neste caso, o Segurador devolverá o prémio relativo ao período já pago e ainda não decorrido.

Cláusula 20ª - Transferência do Seguro

1. **As Pessoas Seguras maiores de idade, que desejem estar seguras ao abrigo de um novo Contrato, poderão fazê-lo, desde que o Tomador do Seguro o solicite, por escrito, até 30 dias antes da data de renovação do Contrato.**
2. **Quando a subscrição do novo Contrato se realizar num prazo de 30 dias após a anulação do Contrato inicial, a Pessoa Segura é aceite nas mesmas condições da Apólice anterior, sem necessidade de preenchimento do questionário clínico.**

Cláusula 21.ª – Alteração do Plano de Garantias

1. **Durante a vigência do Contrato, o Tomador do Seguro pode pedir, por escrito, a alteração do plano de garantias, até 30 dias antes da data de renovação do Contrato. Esta alteração produzirá efeitos apenas na data de renovação, contando-se os períodos de carência, no caso de aumento das garantias, a partir desta data;**

No caso de aumento de garantias, todas as Pessoas Seguras deverão ser submetidas novamente a questionário médico, reservando-se o Segurador o direito de não aceitar tal alteração.

Capítulo V - Determinação dos Valores do Seguro,

Atualização das Garantias, Aviso de Pagamento dos Prémios, Data Vencimento, Falta de Pagamento dos Prémios e Alteração do Prémio

Cláusula 22ª - Determinação dos Valores do Seguro

A comparticipação, a franquia o limite anual de responsabilidade e os limites por despesa médica aplicáveis a cada garantia contratada estão fixados nas Condições Particulares.

Cláusula 23ª - Atualização das Garantias

Os valores de seguro podem ser atualizados no vencimento do Contrato, mediante aviso prévio ao Tomador do Seguro com uma antecedência mínima de 30 dias.

Cláusula 24.ª - Data de Vencimento

1. **Salvo convenção em contrário, o prémio inicial, ou a primeira fração deste, é devido na data da celebração do contrato.**
2. **As frações seguintes do prémio inicial, o prémio de anuidades subsequentes e as sucessivas frações deste são devidos nas datas indicadas nos respetivos avisos de pagamento, que podem corresponder até oito dias anteriores ao período de vigência a que o prémio respeita.**
3. **A parte do prémio de montante variável relativa a acerto do valor e, quando seja o caso, a parte do prémio correspondente a alterações ao contrato são devidas nas datas indicadas nos respetivos avisos.**

Cláusula 25ª - Aviso de Pagamento dos Prémios

1. **Na vigência do contrato, o Segurador deve avisar por escrito o Tomador do Seguro do montante a pagar, assim como da forma e do lugar de pagamento, com uma antecedência mínima de 30 dias em relação à data em que se vence o prémio, ou frações deste.**
2. **Do aviso devem constar, de modo legível, as consequências da falta de pagamento do prémio ou de sua fração.**

3. Nos contratos de seguro em que seja convencionado o pagamento do prémio em frações de periodicidade igual ou inferior a três meses e em cuja documentação contratual se indiquem as datas de vencimento das sucessivas frações do prémio e os respetivos valores a pagar, bem como as consequências do seu Não pagamento, o Segurador pode optar por não enviar o aviso referido no n.º 1, cabendo-lhe, nesse caso, a prova da emissão, da aceitação e do envio ao Tomador do Seguro da documentação contratual referida neste número.

Cláusula 26ª - Falta de Pagamento dos Prémios

1. A falta de pagamento do prémio inicial, ou da primeira fração deste, na data do vencimento, determina a resolução automática do contrato a partir da data da sua celebração.
2. A falta de pagamento do prémio de anuidades subsequentes, ou da primeira fração deste, na data do vencimento, impede a prorrogação do contrato.
3. A falta de pagamento determina a resolução automática do contrato na data do vencimento de:
 - a) Uma fração do prémio no decurso de uma anuidade;
 - b) Um prémio adicional resultante de uma modificação do contrato fundada num agravamento superveniente do risco.
4. O não pagamento, até à data do vencimento, de um prémio adicional resultante de uma modificação contratual determina a ineficácia da alteração, subsistindo o contrato com o âmbito e nas condições que vigoravam antes da pretendida modificação, a menos que a subsistência do contrato se revele impossível, caso em que se considera resolvido na data do vencimento do prémio não pago.

Cláusula 27ª - Alteração do Prémio

Não havendo alteração no risco, qualquer alteração do prémio aplicável ao contrato apenas poderá efetivar-se no vencimento anual seguinte.

Capítulo VI - Obrigações e Direitos do Segurador, do Tomador e das Pessoas Seguras

Cláusula 28ª - Obrigações e Direitos do Segurador

1. O Segurador tem o dever de solver pontualmente os compromissos por si assumidos perante o Tomador do Seguro e as Pessoas Seguras.
2. O Segurador pode, mediante declaração a enviar ao Tomador do Seguro, descontar às prestações devidas os prémios que se encontrem por liquidar.

Cláusula 29ª - Obrigações e Direitos do Tomador do

Seguro e das Pessoas Seguras

1. O Tomador do Seguro deverá pagar o prémio do seguro nas datas e pelas importâncias estipuladas pelo Segurador.
2. O Tomador do Seguro obriga-se a comunicar por escrito ao Segurador qualquer mudança de residência. Considerar-se-á como recebida por ele toda a correspondência registada, enviada para a sua última residência que conste dos registos e documentos do Segurador.
3. Os médicos, clínicas e quaisquer outros prestadores de serviços são da livre escolha da Pessoa Segura. A Pessoa Segura só terá, no entanto, direito a prestações convencionadas quando optar pela Rede de Prestadores.
4. A ocorrência de um erro administrativo não pode privar as Pessoas Seguras das prestações devidas pelo Contrato. A

ocorrência de um erro administrativo também não cria o direito a benefícios não contratados.

Capítulo VII – Sinistros: Obrigações do Segurador

**e/ou Administrador,
Procedimentos de
Regularização**

Cláusula 30^a - Obrigações do Segurador em Caso de Sinistro

O Segurador obriga-se a:

1. Proceder com diligência e prontidão a todas as averiguações indispensáveis para a correta regularização dos sinistros;
2. No caso de prestações indemnizatórias, pagar ao Tomador do Seguro/Pessoas Seguras o montante devido, no prazo máximo de quinze dias úteis, após a receção do pedido de comparticipação e de todos os documentos necessários para a regularização dos sinistros, conforme referido no número 2 da Cláusula 31^a destas Condições Gerais.

Cláusula 31^a - Procedimentos para Regularização de Sinistros

1. As Pessoas Seguras devem, sempre que pretendam utilizar os bens serviços ou cuidados de saúde realizados na Rede de Prestadores (Prestações Convencionadas):
 - 1.1. Selecionar um prestador da Rede de Prestadores;
 - 1.2. Apresentar o seu cartão de saúde quando receberem serviços clínicos na Rede de Prestadores;
 - 1.3. Pagar ao prestador a parte da despesa que fica a seu cargo.
2. As Pessoas Seguras devem, sempre que utilizem bens, serviços ou cuidados de saúde realizados em prestadores que não pertençam

a Rede de Prestadores (Prestações Indemnizatórias):

- 2.1. Requerer pré-autorização para obtenção dos serviços médicos que assim o exigirem;
- 2.2. Apresentar o impresso de participação de sinistros devidamente preenchido;
- 2.3. Apresentar os recibos das despesas realizadas, que terão de indicar o nome do doente a que respeitam, discriminar os serviços prestados e obedecer às normas legais, nomeadamente de natureza fiscal. Os recibos de honorários médicos deverão ainda indicar a especialidade médica;
- 2.4. Apresentar os originais de todos os recibos das despesas. Se a Pessoa Segura necessitou de apresentar os originais para efeitos de pedido de reembolso a outra instância, poderá apresentar fotocópias que deverão ser acompanhadas de documento original (emitido pela outra instância) que faça prova do montante dispendido pela outra instância e do reembolso recebido. Da mesma forma, se a Pessoa Segura necessitar de apresentar os originais para efeitos de pedido de reembolso a outra instância poderá apresentar fotocópias acompanhadas de documento original emitido pelo Segurador, que faça prova do montante dispendido pelo Segurador e do reembolso recebido;
- 2.5. **Apresentar os recibos das despesas médicas no prazo máximo de 180 dias a contar da data de realização da despesa.**

3. Informação Clínica:

As Pessoas Seguras devem em qualquer das circunstâncias previstas nos números anteriores:

- 3.1. Informar com verdade o Administrador ou o Segurador sobre as circunstâncias e consequências da doença ou acidente;
- 3.2. Cumprir as prescrições do médico a que tenham recorrido;

- 3.3. Sujeitar-se a exames, por médicos designados pelo Administrador ou pelo Segurador, caso esta o considere necessário através dos seus serviços clínicos;
- 3.4. Autorizar os médicos e hospitais a que tenham recorrido a facultar aos serviços clínicos do Administrador ou do Segurador, os relatórios clínicos e quaisquer outros elementos que este tenha por convenientes para documentar o processo;
- 3.5. **Em caso de acidente, comunicar no prazo máximo de 15 dias, a sua ocorrência, indicando a sua descrição (data, local, hora, causas e consequências), o hospital a que recorreu, as testemunhas, as autoridades que dele tomaram conhecimento e a identificação do eventual responsável.**

4. Pré-autorizações

Nos casos em que seja aplicável o disposto no nº 2.1 desta cláusula, as Pessoas Seguras devem:

- 4.1. Assegurar que em caso de internamento hospitalar é solicitada pré-autorização aos serviços clínicos do Administrador;
- 4.2. **Requerer a pré-autorização, em caso de Internamento Hospitalar, com uma antecedência mínima de 72 horas;**
- 4.3. **Em caso de Internamento Hospitalar decorrente de uma situação de emergência que impeça a Pessoa Segura de requerer antecipadamente a pré-autorização, deve a mesma ser solicitada no prazo máximo de 24 horas a contar da ocorrência.**
5. O Tomador do Seguro e/ou as Pessoas Seguras responderão por eventuais perdas e danos caso não sejam seguidos os procedimentos previstos nos números anteriores. Sem prejuízo do direito as prestações a que haja lugar, sempre que o ato

medico venha a ser posteriormente autorizado pelo Administrador.

6. O Administrador deverá informar as Pessoas Seguras sempre que futuramente outros serviços clínicos necessitem de pré-autorização.
7. Os pagamentos devidos pelo Segurador são efetuados em Portugal e em moeda portuguesa. No caso de despesas efetuadas em moeda estrangeira, a conversão em moeda portuguesa é feita a taxa de câmbio indicativa, publicada pelo Banco de Portugal no dia de realização da despesa.

Capítulo VIII - Disposições Diversas

Cláusula 32.^a – Comunicações e Notificações entre as Partes

1. As comunicações ou notificações do tomador do seguro ou do segurado previstas nesta apólice consideram-se válidas e eficazes caso sejam efetuadas para a sede social do segurador ou da sucursal, consoante o caso;
2. São igualmente válidas e eficazes as comunicações ou notificações feitas, nos termos do número anterior, para o endereço do representante do segurador não estabelecido em Portugal, relativamente a sinistros abrangidos por esta apólice;
3. As comunicações previstas no presente contrato devem revestir forma escrita ou ser prestadas por outro meio de que fique registo duradouro;
4. O segurador só está obrigado a enviar as comunicações previstas no presente contrato se o destinatário das mesmas estiver devidamente identificado no contrato, considerando-se validamente efetuadas se remetidas para o respetivo endereço constante da apólice.

Cláusula 33.^a - Confidencialidade da informação com o Administrador

O Tomador do Seguro e as Pessoas Seguras autorizam o Segurador a ceder ao Administrador toda a informação confidencial sobre este Contrato, desde que compatível com a finalidade de recolha da mesma.

Cláusula 34.^a - Sub-rogação do Segurador

O Segurador fica sub-rogado, até à concorrência das importâncias pagas, em todos os direitos das Pessoas Seguras, contra terceiros responsáveis por acidentes ou doenças abrangidos pela Apólice, obrigando-se o Tomador do Seguro/ Pessoas Seguras a facultar ao Segurador todos os elementos de que esta necessite para o exercício de tal direito.

A sub-rogação só opera relativamente às prestações indemnizatórias, salvo convenção em contrário.

Cláusula 35.^a - Lei aplicável e Arbitragem

1. A lei aplicável a este contrato e a lei portuguesa.
2. Podem ser apresentadas reclamações no âmbito do presente contrato aos serviços do Segurador identificados no

contrato e, bem assim, à Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões (www.asf.com.pt)

3. Nos litígios surgidos ao abrigo deste contrato pode haver recurso a arbitragem, a efetuar nos termos da lei.

Cláusula 36.^a - Foro

O foro competente para dirimir os litígios emergentes deste contrato é o fixado na lei civil.

Cláusula 37.^a – Sanções Internacionais

1. A Mudum - Companhia de Seguros, S.A., cumpre a legislação e as regras relativas às sanções internacionais, definidas pelas leis ou medidas restritivas que impõem sanções económicas, financeiras ou comerciais (incluindo quaisquer sanções ou medidas relacionadas a um embargo, a um bloqueio de ativos ou recursos económicos, restrições a transações com pessoas

físicas ou jurídicas, ou relacionadas a determinados bens ou territórios), emitidos, administrados ou executados pelo Conselho de Segurança das Nações Unidas, União Europeia, França, Estados Unidos da América (incluindo, em particular, as medidas emitidas pela Divisão de Controle de Ativos Estrangeiros ou OFAC, na dependência do Departamento do Tesouro), ou qualquer outra autoridade competente que tenha o poder de emitir tais sanções.

2. Nenhum pagamento pode ser efetuado, relacionado com a execução do contrato de seguro, se tal violar as disposições acima mencionadas.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

Às coberturas constantes nestas Condições Especiais aplicam-se, na parte não especificamente regulamentada, as disposições constantes das Condições Gerais.

INTERNAMENTO HOSPITALAR

1. O Que Fica Garantido

O **Segurador** obriga-se a garantir as prestações convencionadas e as prestações indemnizatórias das despesas médicas, de acordo com os limites e nos termos fixados nas Condições Particulares, em caso de:

- Internamento hospitalar de duração superior a 24 horas;
- Cirurgia realizada em hospital ou clínica em regime ambulatorio cuja valorização seja superior a 50K por acto (em caso de associação deverá ser considerado o código mais valorizado) de acordo com as valorizações estabelecidas pelo Código de Nomenclatura e Valores Relativos de Atos Médicos publicado pela Ordem dos Médicos;
- Quimioterapia realizada em regime ambulatorio.
- Quimioterapia citostática:
 - antineoplásicos administrados isoladamente ou em associação e numa mesma sessão;
 - antineoplásicos adquiridos em farmácia hospitalar, para administração no domicílio
- Cirurgia maxilo-facial e/ou do foro estomatológico, que resulte de acidente coberto pelo contrato e que requeira tratamento de urgência em hospital, ou resultante de tumor do maxilar.

As despesas médicas incluídas nesta garantia são:

- 1.1. Honorários médicos;
- 1.2. Despesas de internamento:
 - a) Diárias, de duração superior a 24 horas;
 - b) Unidade de cuidados intensivos;
 - c) Enfermagem (não privativa);

- d) Medicamentos;
- e) Exames complementares de diagnóstico;
- f) Piso de sala de operações e material utilizado;
- g) Transporte terrestre de ambulância para e do hospital.

- 1.3. Despesas de internamento relacionadas com Interrupção Involuntária de Gravidez;
- 1.4. Tratamentos refrativos à miopia, astigmatismo e hipermetropia.

2. O Que Não Fica Garantido

- 2.1. Despesas de natureza particular (telefone, aluguer de TV, etc.);
- 2.2. Despesas com acompanhantes, exceto em caso de internamento de crianças de idade não superior a 12 anos.
- 2.3. Enfermagem privativa
- 2.4. Cirurgia do foro estomatológico
- 2.5. Cirurgia maxilofacial e ou estomatologica em caso doença
- 2.6. Parto

3. Limite dos Honorários Médicos

Relativamente às prestações indemnizatórias, os honorários do cirurgião, anestesista e ajudantes são limitados aos montantes que resultam da aplicação do valor “K” estipulado nas Condições Particulares, de acordo com o Código de Nomenclatura e Valores Relativos de Atos Médicos na versão escolhida pelo Segurador.

4. Pré-Autorização

As despesas médicas incluídas nesta garantia necessitam de pré-autorização.

Extensão de Rede – Internamento

1. Âmbito Territorial

As prestações convencionadas previstas no número 2 são válidas apenas na Rede de

Prestadores Convencionada existente nos países indicados nas Condições Particulares.

2. O Que Fica Garantido

O Segurador obriga-se a garantir as prestações convencionadas das despesas médicas, de acordo com os limites fixados nas Condições Particulares, em caso de:

- Internamento hospitalar de duração superior a 24 horas;
- Cirurgia realizada em hospital ou clínica em regime ambulatorio;
- Quimioterapia realizada em regime ambulatorio.

As despesas médicas incluídas nestas garantias são:

- 2.1. Honorários médicos;
- 2.2. Despesas de internamento:
 - a) Diárias, de duração superior a 24 horas;
 - b) Unidade de cuidados intensivos;
 - c) Enfermagem (não privativa);
 - d) Medicamentos;
 - e) Exames complementares de diagnóstico;
 - f) Piso de sala de operações e material utilizado;
 - g) Transporte terrestre de ambulância para e do hospital.
- 2.3. Despesas de internamento relacionadas com Interrupção Involuntária de Gravidez.

3. O Que Não Fica Garantido

- 3.1. Despesas de natureza particular (telefone, aluguer de TV, etc.);**
- 3.2. Despesas com acompanhantes, exceto em caso de internamento de crianças de idade não superior a 12 anos;**
- 3.3. Enfermagem privativa;**
- 3.4. Cirurgia do foro estomatológico ou maxilofacial, exceto se consequência de acidente e doença que requeira**

tratamento de urgência em hospital, quer em regime de internamento, quer em regime ambulatorio, abrangido por este Contrato e ocorrido durante a sua vigência;

- 3.5. Tratamento às varizes, nomeadamente injeções esclerosantes e laser;**
- 3.6. Tratamento refrativo à miopia, astigmatismo e hipermetropia (cirúrgico ou a laser), exceto para situações com mais de quatro (4) dioptrias;**
- 3.7. Parto;**
- 3.8. Quaisquer consultas, tratamentos ou exames, diretamente relacionadas com situações de gravidez, exceto as previstas no nº 2.3.**

4. Pré-Autorização

As despesas médicas incluídas nesta garantia necessitam de pré-autorização.

SEGUNDA OPINIÃO MÉDICA

1. Definições

Para efeitos exclusivos da presente Condição Especial, entende-se por Doença Grave que permite beneficiar das ações necessárias à recolha de uma Segunda Opinião Médica, quando prevista nas Condições Particulares, qualquer das seguintes doenças, quer se desenvolva ou não em paralelo com outro tipo de doença:

- 1.1. Doenças cancerígenas;
- 1.2. Doenças cardiovasculares;
- 1.3. Doenças neurológicas e neurocirúrgicas, incluindo acidentes cerebrais vasculares;
- 1.4. Insuficiência renal crónica;
- 1.5. Doença de Parkinson (paralís agitante);
- 1.6. Doença de Alzheimer;
- 1.7. Esclerose múltipla;
- 1.8. Qualquer outra doença, considerada como grave pelo Administrador ou pelo Segurador, tendo em conta o caso concreto da Pessoa Segura que recorre aos serviços.

2. O Que Fica Garantido

2.1. 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;

2.2. Para o efeito, o Administrador ou o Segurador coordena a recolha da informação, solicitando, se tal for necessário, a realização de novos exames médicos, análise 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. Na posse de toda a informação, a emissão da Segunda Opinião Médica efetuar-se-á no prazo máximo de 30 dias úteis.

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 ou pelo 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 no estrangeiro pelo Administrador ou pelo 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, num prazo máximo de 10 dias úteis;

- e) Formalização dos trâmites prévios necessários a admissão da Pessoa Segura no hospital;
- f) Apresentação e orientação da Pessoa Segura no hospital onde será internada e coordenação do atendimento médico 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.

3. O Que Não Fica Garantido

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

- 3.1. **Quaisquer serviços solicitados ao Administrador ou ao Segurador quando a Pessoa Segura não sofra de doença grave nos termos acima definidos;**
- 3.2. **Serviços não solicitados ao Administrador ou ao Segurador;**
- 3.3. **Quaisquer despesas médicas com honorários, medicamentos e/ou internamentos no estrangeiro;**
- 3.4. **Despesas de transporte e alojamento em Portugal e no estrangeiro.**

DOENÇAS GRAVES

1. Âmbito Territorial

As prestações convencionadas previstas no número 3 desta Cobertura, são válidas apenas na Rede de Prestadores Convencionada - Best Doctors.

2. Definições

De acordo com o estipulado na presente Condição Especial, o contrato de seguro garante, de acordo com os limites fixados nas Condições Particulares,

o pagamento das despesas suportadas pela Pessoa Segura com diagnósticos, tratamentos, serviços, provisões ou prescrições médicas consideradas clinicamente necessárias, sempre que as mesmas resultem ou sejam consequência de qualquer uma das doenças graves ou situações clínicas a seguir indicadas e cujos primeiros sintomas e primeiro diagnóstico tenham ocorrido durante o período de vigência da Garantia.

Para efeitos do acima disposto, consideram-se doença grave ou situação clínica garantida ao abrigo da presente condição especial:

2.1. Tratamento de Cancro que implica o tratamento de um tumor maligno caracterizado por não estar encapsulado e pelo crescimento e dispersão descontrolada de células malignas e pela invasão dos tecidos, bem como o tratamento da leucemia e da doença de Hodgkin

Não ficam garantidos os seguintes tratamentos:

a) A leucemia linfocitária crónica;

b) Qualquer tumor histologicamente descrito como pré-maligno ou que apenas mostre as primeiras alterações malignas;

c) Os cancros não invasivos ou “*in situ*”;

d) Os tumores em presença de qualquer vírus de imunodeficiência humana;

e) Os cancros de pele à exceção do melanoma maligno;

f) O cancro papilar da bexiga.

2.2. Neoplasma Maligna “IN SITU”: significa o tumor maligno que fica restringido ao epitélio donde se originou e que não invadiu o estroma ou o tecido contíguo. Este tumor maligno é pré-invasivo diagnosticado numa fase inicial com prognose favorável se se extirpa completamente.

2.3. Cirurgia “By-Pass” das artérias coronárias (Revascularização Miocárdica) que implica cirurgia de coração aberto utilizando enxertos “by-pass” para:

a) Estenose nas artérias coronárias esquerdas ou direitas, ou

b) Estenose perto dos principais ramos coronários;

O pagamento das despesas realizadas com este tipo de intervenções ficará sempre dependente da evidência angiográfica da doença subjacente.

As cirurgias motivadas por lesões traumáticas ou alterações congénitas da aorta não ficam garantidas.

2.4. Procedimentos Cardiológicos de Intervenção que implicam qualquer operação ou procedimento destinado a dilatação de uma artéria mediante o enchimento de um balão situado na ponta de um cateter. O pagamento das despesas realizadas com este tipo de intervenções ficará sempre dependente da evidência angiográfica da doença subjacente.

2.5. Substituição das Válvulas do Coração, designadamente a realização efetiva da reposição total de uma ou mais válvulas do coração para o tratamento de uma doença.

2.6. Procedimentos Neurológicos Específicos cobrindo procedimentos cirúrgicos, craniotomia (a abertura cirúrgica do crânio ou caveira), quando for necessário para extirpar um tumor maligno ou não-maligno ou reparar um vaso sanguíneo intracraniano.

Fica excluída a craniotomia quando for consequência de um acidente ou lesão.

3. O Que Fica Garantido

Quando se verificar uma doença grave ou situação clínica identificada no número anterior, ao Segurador garante a comparticipação das despesas abaixo referidas, de acordo com os limites fixados nas Condições Particulares:

3.1. Despesas de internamento em hospital, designadamente:

a) Despesas de serviço geral de enfermaria durante o internamento num quarto, sala

- ou pavilhão, ou unidade de vigilância ou cuidado intensivo;
 - b) Outros serviços hospitalares, incluindo os serviços prestados no departamento de consulta externa de um hospital;
 - c) Diárias da pessoa segura;
 - d) Despesas correspondentes ao custo de uma cama adicional ou de acompanhante, se o hospital disponibilizar esse serviço.
- 3.2. Despesas realizadas em centros de cirurgia ambulatória ou independente, desde que o tratamento, cirurgia ou prescrição estivesse coberta neste Contrato ao ter sido proporcionado num hospital.
- 3.3. Honorários médicos relativos a consultas, tratamentos, cuidados médicos ou cirurgias.
- 3.4. Honorários de consultas médicas efetuadas a Pessoa Segura enquanto estiver internada num hospital.
- 3.5. Despesas suportadas com os seguintes serviços, tratamentos ou prescrições médicas e cirúrgicas:
- a) Anestesia e respetiva aplicação, sempre que tenha sido proporcionada por um anestesista profissional;
 - b) Exames de laboratório e patologia, radiografias com fins diagnósticos, radioterapia, isótopos radioativos, quimioterapia, eletrocardiogramas, ecocardiografias, mielogramas, eletroencefalogramas, angiografias, tomografias computadorizadas e outros exames e tratamentos similares, requeridos para o diagnóstico e tratamento de uma Doença Coberta, sempre que tenham sido fornecidos por um médico, ou com a supervisão de um médico;
 - c) Transfusões de sangue, aplicação de plasma e soros;
 - d) Consumo de oxigénio e aplicação de soluções intravenosas e injeções.
- 3.6. Despesas com produtos farmacêuticos ou medicamentos aplicados por prescrição médica enquanto a Pessoa Segura estiver hospitalizada, ou após a alta, desde que os produtos em causa sejam prescritos no âmbito de processos pós-operatórios.
- 3.7. Despesas com deslocações e transportes em ambulâncias terrestres e aéreas quando a sua utilização for indicada e prescrita por um médico.
- 3.8. Despesas com uma viagem de ida e volta em linha aérea regular para a Pessoa Segura e um acompanhante
- 3.9. Despesas de alojamento da Pessoa Segura e de um acompanhante.
- 3.10. Em caso de falecimento da Pessoa Segura durante o tratamento, autorizado pelo Segurador, motivado por uma doença grave ou situação clínica garantida, as despesas de deslocação do féretro até o lugar da sua inumação em Portugal, assim como do caixão mínimo obrigatório, embalsamamento e das formalidades administrativas.

4. O Que Não Fica Garantido

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 incorridas ou motivadas por qualquer diagnóstico, tratamento, serviço, provisão ou prescrição médica, de qualquer forma relacionadas com, ou resultantes de:

- 4.1. Qualquer doença grave ou situação clínica que já tenha sido objeto de diagnóstico ou em relação à qual a Pessoa Segura já tenha recebido tratamento antes da data de efeito da Apólice.
- 4.2. Qualquer doença grave ou situação clínica que não prevista no n.º 2 da presente Condição Especial.

4.3. Qualquer doença grave ou situação clínica causada intencionalmente ou dolosamente pela Pessoa Segura ou motivada em consequência de atos de imprudência temerária ou negligência grave da Pessoa Segura.

4.4. O Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA), qualquer doença que seja secundária ou provocada pela SIDA, bem como todas aquelas que sejam consequência do seu tratamento,

incluindo a doença conhecida como “Kaposis Sarcoma”.

4.5. Qualquer doença coronária tratada com técnicas que não requeiram cirurgia, exceto a angioplastia de globo;

4.6. Transplante de órgãos ou tecidos e suas consequências ou complicações;

4.7. Despesas incorridas por serviços de custódia, cuidado da saúde em casa ou serviços proporcionados num centro ou instituição de convalescença, asilo ou lar de idosos, mesmo quando esses serviços sejam requeridos ou necessitados como consequência de uma Doença Coberta;

4.8. Qualquer despesa realizada fora do quadro de provedores médicos internacionais recomendado pelo Segurador.

4.9. Qualquer tipo de próteses, aparelhos ortopédicos, cintas, ligaduras, muletas, membros ou órgãos artificiais, perucas (mesmo quando o seu uso for considerado necessário durante o tratamento de quimioterapia), sapatos ortopédicos, fundas herniárias e outros equipamentos ou artigos similares, com a exceção da prótese do seio.

4.10. Todo o tipo de produtos farmacêuticos e medicamentos que não tenham sido fornecidos por um farmacêutico licenciado, ou para cuja obtenção não

se requer receita ou prescrição de um médico.

4.11. Síndrome cerebral ou despesas de assistência e custódia derivados de casos de senilidade ou deterioração cerebral.

4.12. Despesas incorridas pela utilização de medicina alternativa, mesmo quando tenham sido prescritas de forma específica por um médico.

4.13. Despesas em compra ou aluguer de cadeiras de rodas, camas especiais, aparelhos de ar condicionado, purificadores de ar, e quaisquer outros artigos ou equipamentos similares.

4.14. Despesas que não sejam de índole médica, realizadas pela Pessoa Segura ou pelos seus acompanhantes, com a exceção das expressamente garantidas ao abrigo da presente Condição Especial.

5. Pré-Autorização

Em qualquer situação, o pagamento das despesas acima referidas ficara sempre dependente da sua prévia apreciação por parte dos serviços clínicos do Administrador ou do Segurador, devendo para o efeito, a Pessoa Segura ou alguém em seu nome, solicitar à Seguradora o respetivo pedido de pré-autorização.

6. Sinistros

No caso de uma Doença ou Condição Coberta, a Pessoa Segura ou qualquer pessoa que atuar em seu nome, deve cumprir as seguintes normas:

6.1. Contactar o mais depressa possível com o Administrador ou o Segurador, para notificar o caso, apresentando um certificado ou atestado médico no qual se determine com exatidão o diagnóstico da doença, data de origem, história médica da Pessoa Segura e os relatórios e exames que se considerem necessários para a verificação do diagnóstico.

- 6.2. Será condição prévia ao direito a indemnização nesta garantia que a Pessoa Segura ou qualquer pessoa que atuar em seu nome solicite ao Administrador ou ao Segurador Pré-autorização antes de receber qualquer tratamento, serviço, provisão ou prescrição médica em relação a uma Doença coberta por esta garantia.
- 6.3. O Segurador emitira a Autorização (Termo de Responsabilidade) onde se incluirá a lista de centros médicos internacionais autorizados pela Seguradora para o tratamento, serviço, fornecimento ou prescrição médica do caso. Esses centros médicos serão selecionados para o tratamento mais adequado do caso do quadro de provedores médicos internacionais recomendado pela Seguradora.
- 6.4. Se a Pessoa Segura não cumprir com o estabelecido na Autorização (Termo de Responsabilidade) ou não utilizar os prestadores médicos internacionais recomendados pelo Segurador, perderá o direito à indemnização desta garantia.
- 6.5. Estabelecida a existência do sinistro e cumprido satisfatoriamente a Autorização (Termo de Responsabilidade), o Segurador assumira diretamente com esta garantia as despesas médicas incorridas pela Pessoa Segura, com subordinação a todas as restantes condições, limitações e exclusões contidas na mesma.
- 6.6. A Pessoa Segura deve seguir estritamente todas as prescrições do médico encarregado do tratamento e deve dar a Seguradora todo tipo de informações sobre as circunstâncias ou consequências da doença.
- 6.7. A Pessoa Segura deve em qualquer circunstância autorizar os médicos e hospitais a que tenham recorrido a facultar aos serviços clínicos do Administrador ou da Seguradora, os relatórios clínicos e quaisquer outros elementos que esta tenha

por convenientes para documentar o processo.

O incumprimento destes deveres será considerado como renúncia expressa ao direito a indemnização desta Apólice.