

Índice

Condições Gerais:	2
Cláusula Preliminar	2
Capítulo I – Definições, Objeto e Garantias do Contrato Âmbito Territorial e Exclusões Gerais	2
Capítulo II – Declaração do risco, inicial e superveniente	7
Capítulo III - Início, Entrada em Vigor, Prolongamento, Anulação, Idade Limite, Duração, Livre Resolução, da Resolução e Denúncia do Contrato	9
Capítulo IV – Pessoas Seguras, Transferência do Seguro e Alteração do Plano de Garantias	11
Capítulo V – Determinação dos Valores do Seguro, Atualização das Garantias, Vencimento dos Prémios, Aviso de Pagamento dos Prémios, Falta de Pagamento dos Prémios e Alteração do Prémio	12
Capítulo VI – Obrigações e Direitos do Segurador, do Tomador do Seguro e das Pessoas Seguras..	13
Capítulo VII – Sinistros: Obrigações do Segurador e/ou Administrador, Procedimentos de Regularização	13
Capítulo VIII – Disposições Diversas	15
Condições Especiais	17
Internamento Hospitalar	17
Parto	18
Ambulatório	18
Proteção Adicional Oncologia	19
Estomatologia e Próteses Dentárias	20
Próteses e Ortóteses	20
Medicamentos.....	20
Extensão de Rede – Internamento.....	21
Extensão de Rede – Ambulatório	21
Segunda Opinião Médica.....	22
Doenças Graves	24
Serviço Médico Online.....	27
Assistência Médica.....	27
Subsídio Diário Internamento	35

Condições Gerais:

Cláusula Preliminar

1. Entre a Mudum - Companhia de Seguros, 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 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 Tomador do Seguro, 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 1.^a – 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.
- **Pessoa Segura**, pessoa designada nas Condições Particulares, cuja saúde ou integridade física se segura através do presente contrato, e que é beneficiária das garantias da Apólice.
- **Aderente**, A Pessoa Segura ligada ao Tomador do Seguro por um vínculo profissional, incluída no contrato de seguro.
- **Agregado Familiar**, Conjunto das pessoas identificadas nas Condições Particulares, constituído pelo Aderente o seu cônjuge ou equiparado, respetivos filhos, enteados e adotados, desde que com eles vivam em comunhão de mesa e habitação. Só são considerados os filhos desde que não exerçam profissão remunerada, nem tenham contraído matrimónio.
- **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**, documento, sob modelo de formulário do Segurador, a ser preenchido e assinado pelo Tomador do seguro (Proposta de Subscrição) e por cada Aderente (Proposta de adesão), do qual constam os elementos de informação essenciais para a aceitação do contrato de seguro ou da adesão individual. Este documento faz parte integrante da Apólice quando emitida e vincula todas as partes, ou seja, o Tomador do seguro, cada Aderente e o Segurador.
- **Questionário médico**: Formulário contendo um conjunto de indicadores relativos a dados de saúde, cujo preenchimento em papel ou plataforma eletrónica e assinatura pelo Aderente, ou resposta através de entrevista telefónica, equivale a declaração pessoal e exata relativa dos seus dados de saúde.

c) Valores do Seguro

- **Prémio**, o prémio é a contrapartida das coberturas acordadas e inclui tudo o que seja contratualmente devido pelo tomador do seguro, nomeadamente os custos da cobertura do risco, os custos de aquisição, de gestão e de cobrança e os encargos relacionados com a emissão da apólice. Ao prémio acrescem os encargos fiscais e parafiscais a suportar pelo tomador do seguro.
- **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 por Despesa Médica**, montante que a Pessoa Segura tem a seu cargo, em cada despesa médica garantida pela Apólice, antes de ser calculada a participação do Segurador. A participação do Segurador incide sobre

o valor da despesa médica que ultrapasse o valor da franquia.

- **Limite por Despesa Médica**, valor máximo por despesa médica comparticipada pelo Segurador após dedução de franquia, quando aplicável.

d) Garantias

- **Sinistro**, a verificação, total ou parcial, do evento que desencadeia o acionamento da cobertura do risco prevista no 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.
- **Consulta de Urgência**, considera-se consulta de urgência, aquela que significa um recurso ao serviço de urgência de clínicas ou unidades hospitalares.
- **Cirurgia Electiva**, 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 Oncológica**: Doença caracterizada pela existência de um tumor maligno resultante da proliferação descontrolada de células malignas classificada de acordo com o ICD (International Classification of Diseases) e confirmada por diagnóstico histológico, comunicado ao Médico do Segurador por relatório médico circunstanciado acompanhado dos respetivos exames auxiliares de diagnóstico

- **Doença Manifestada**, toda a doença que tenha sido objeto 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.
 - **Doença ou lesão pré-existente**, doença ou lesão da qual a Pessoa Segura deveria ter conhecimento ou não poderia ignorar, anteriormente à data de subscrição do seguro, por ter sido objeto de investigação clínica, tratamento prévio ou outro ato médico, ou ainda pela evidência dos sinais e sintomas específicos da patologia em causa, antes da data início das garantias do Contrato de Seguro;
 - **Doença ou Malformação Congénita** - Doença e/ou malformação presente à nascença, em resultado de fatores hereditários ou de condições verificadas durante a gestação até ao momento do nascimento. A doença e/ou malformação congénita pode ser evidente ou reconhecida imediatamente após o nascimento ou ser descoberta mais tarde em qualquer momento da vida da pessoa, sem prejuízo da sua natureza.
 - **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:
 - a) Necessários para o tratamento de uma situação de doença, ou acidente da Pessoa Segura;
 - b) Adequados à situação diagnosticada;
 - c) 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 ambulatorios, hospital, em regime de ambulatorio 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.
 - **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 às Pessoas Seguras.
- **Pré-Autorização**, a aprovação ao acesso a serviços clínicos solicitados pelas Pessoas Seguras dada pelos serviços clínicos do Administrador.
- **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).
- **INFARMED**, o Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento é um Instituto Público do Ministério da Saúde ao qual competem as ações de avaliação, regulamentação e controlo das atividades relacionadas com os medicamentos de uso humano, e dos produtos sanitários com vista à proteção da Saúde Pública.
- **Seguro de grupo**, seguro de um conjunto de pessoas ligadas entre si e ao Tomador

do seguro por um vínculo ou interesse comum que não o de segurar.

- **Seguro de grupo em regime contributivo**, seguro de Grupo em que as Pessoas Seguras/Aderentes suportam, no todo ou em parte, o pagamento do montante correspondente ao prémio devido pelo Tomador do seguro.
- **Seguro de grupo em regime não contributivo**, seguro de Grupo em que o Tomador do seguro contribui na totalidade para o pagamento do Prémio.
- **Grupo segurável**, conjunto de pessoas ligadas entre si e ao Tomador do seguro por um vínculo ou interesse comum que não o da própria efetivação do seguro.

Cláusula 2.^a – 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. Doenças preexistentes ou que sejam consequência de acidentes ocorridos antes da data de início ou de adesão ao seguro;
2. 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.
3. Doenças crónicas do foro psíquico,
4. Cirurgia estética ou plástica, exceto quando consequência de acidente ocorrido ou doença manifestada durante a vigência deste Contrato.
5. Consultas, exame/tratamentos ou cirurgias de obesidade (incluindo obesidade mórbida).

6. Consultas, exames/tratamentos ou cirurgias de rejuvenescimento ou qualquer outro tratamento de carácter predominantemente estético.
7. Consultas, testes e tratamentos relativos a infertilidade ou inseminação artificial.
8. Despesas com medicamentos, tratamentos ou intervenções cirúrgicas com finalidade contraceptiva.
9. Hemodiálise.
10. Transplante de órgãos e tecidos.
11. Infeção por HIV e suas implicações.
12. Check-up e exames gerais de saúde.
13. Alcoolismo e tratamentos relativos a toxicod dependência, 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.
14. Acidentes ocorridos durante a participação em competições desportivas com veículos a motor ou nos respetivos treinos.
15. Prática profissional de desportos.
16. 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.
17. Lesões ou doenças provocadas por radioatividade.
18. Doenças infetocontagiosas, quando em situação de epidemia declaradas pelas autoridades de saúde.
19. 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.

20. Doenças profissionais e acidentes de trabalho.

21. Despesas com Acupuntura, Homeopatia, Naturopatia ou qualquer outro tipo de medicinas alternativas, não reconhecidas oficialmente pela Ordem dos Médicos portuguesa.

22. Despesas com outros serviços que não são clinicamente necessários.

23. Despesas de saúde e internamento, quando os tratamentos a realizar tenham finalidade clínica de convalescença, reabilitação psicomotora, recuperação ou motivos sociais, nomeadamente os designados por cuidados continuados / paliativos, de acordo com o estado de saúde da Pessoa Segura.

24. Cirurgia destinada ao tratamento de roncopia.

25. 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.

26. Cirurgia e/ou tratamentos refrativos, exceto para situações superiores a 4 dioptrias.

27. Disforia de género – Consultas, Exames, Tratamentos e Cirurgias relacionadas com a Disforia de Género e suas complicações.

Capítulo II – Declaração do risco, inicial e superveniente

Cláusula 5.^a – Dever de Declaração Inicial do Risco

1. O Tomador do Seguro ou a Pessoa Segura 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 aceitado o contrato, salvo havendo dolo do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura 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 a Pessoa Segura 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 6.^a – 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 da Pessoa Segura com o propósito de obter uma vantagem, o prémio é devido até ao termo do contrato.

Cláusula 7.^a – 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 5.^a, 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 este 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 8.^a – 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 reposta 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, da Resolução e Denúncia do Contrato

Cláusula 9.^a – Início do Contrato

1. O presente Contrato ou adesão, uma vez aceite produz os seus efeitos a partir do dia e hora constantes das Condições Particulares da Apólice, e vigorará pelo prazo aí estabelecido sem prejuízo do disposto quanto a Períodos de Carência.
2. A proposta considera-se aprovada, quando o Tomador do Seguro seja uma pessoa singular, 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 10.^a – 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;
- Extensão de Rede – Ambulatório;
- Subsídio Diário Internamento.

1.2. Dois meses para as garantias de:

- Ambulatório;
- Estomatologia e Próteses Dentárias (aplicado às fórmulas M e L);
- Próteses e Ortóteses;
- Medicamentos.

1.3. Doze meses para a garantia de:

- Doenças Graves.

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

- 2.1. Parto;
- 2.2. Intervenção cirúrgica e tratamento às varizes;
- 2.3. Intervenção cirúrgica a hérnias, qualquer que seja a sua natureza;
- 2.4. Litotricia renal e vesicular;
- 2.5. Tratamentos/Cirurgias proctológicas;
- 2.6. Intervenção cirúrgica a úlcera gastroduodenal;
- 2.7. Intervenção ginecológica por patologia benigna;
- 2.8. Cirurgia mamária por patologia benigna;
- 2.9. Intervenção cirúrgica a ouvidos, nariz e garganta por patologia benigna;
- 2.10. Tireoidectomia por patologia benigna;
- 2.11. Colectectomia;
- 2.12. Artroscopia ou Artrotomia;
- 2.13. Extração de nevos, sinais, quistos dérmicos e verrugas, e tratamento de eczemas, por patologia benigna;
- 2.14. Consultas, exames e tratamentos relacionados com gravidez;
- 2.15. Tratamentos refrativos à miopia, astigmatismo e hipermetropia;

2.16. Cardiologia de Intervenção, nomeadamente Estudo Eletrofisiológico (com ou sem ablação), Cateterismos Cardíacos, Angioplastias e implantação de Pacemaker;

2.17. Prostactomia ou resseção por patologia benigna;

2.18. 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 11.^a – 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, à prestação de declarações falsas, inexatas ou incompletas ou a quaisquer outros casos previstos na lei.**

Cláusula 12.^a – 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 13.^a – Caducidade das Garantias

- 1. As garantias do contrato deixam, automaticamente, de produzir os seus efeitos em relação a cada Pessoa Segura, salvo convenção expressa em contrário, nos seguintes casos:**
 - a) vencimento da anuidade em que a Pessoa Segura atinja a idade limite prevista nas Condições Particulares;**
 - b) no caso de membros do Agregado Familiar, quando percam a qualidade de dependentes nos termos da definição constante da Cláusula 1.^a;**
 - c) no termo da anuidade em que perca a qualidade de Aderente ou membro do grupo pelo qual aderiu ao contrato de seguro;**
 - d) falta de pagamento do Prémio, nos termos legais aplicáveis;**
 - e) em caso de não renovação do contrato ou de não renovação da adesão.**
- 2. As coberturas do Agregado Familiar terminam na mesma data de cessação das garantias do Aderente.**

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 11^a, 12^a e 13^a do Capítulo III das Condições Gerais.

Cláusula 15.^a – 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 16.^a – 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, salvo justo impedimento.

4. Em caso de dúvida, caberá ao Tomador do Seguro e às Pessoas Seguras provar o seu direito à prestação da garantia.

Capítulo IV – Pessoas Seguras, Transferência do Seguro e Alteração do Plano de Garantias

Cláusula 17.^a – Pessoas Seguras

1. Beneficiam das garantias conferidas pelo presente contrato as Pessoas Seguras que satisfaçam, cumulativamente, as seguintes

condições à data da sua inclusão da Apólice:

a) Preençam ou respondam através de entrevista telefónica ao Questionário Clínico com veracidade e exatidão;

b) Sejam aceites pelo Segurador em conformidade com os seus critérios de aceitação em função dos parâmetros da avaliação do risco vigentes;

c) Aceitem as regras de acionamento das garantias seguras e da utilização do Sistema de Cuidados de Saúde do Administrador.

2. A aceitação do seguro, relativamente a cada Pessoa Segura, é confirmada, pelo Segurador, através da emissão da Apólice ou de novas Condições Particulares.

3. Na celebração, execução e cessação do contrato de seguro, são consideradas as práticas e técnicas de avaliação, seleção e aceitação de riscos próprias do Segurador, tendo por base dados estatísticos e atuariais rigorosos considerados relevantes.

4. 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.

5. O início das garantias para as Pessoas Seguras incluídas durante a vigência do Contrato fica sujeito aos períodos de carência previstos na cláusula 10.^a exceto no caso da inclusão do recém-nascido de acordo com o ponto anterior.

Cláusula 18.^a – Exclusão de Pessoas Seguras

Durante a vigência do Contrato, o Tomador do Seguro pode pedir, por escrito, a exclusão de uma Pessoa Segura. Neste caso, o Segurador devolverá o prémio relativo ao período já pago e ainda não decorrido.

Cláusula 19.^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.
2. 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, Vencimento dos Prémios, Aviso de Pagamento dos Prémios, Falta de Pagamento dos Prémios e Alteração do Prémio

Cláusula 20.^a – Determinação dos Valores do Seguro

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

Cláusula 21.^a – 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 22.^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 23.^a – 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.
4. Nos seguros de grupo, salvo convenção em contrário, a responsabilidade pelo pagamento do prémio junto do Segurador, mesmo quando o contrato diga respeito a um seguro de grupo contributivo, será sempre do Tomador do Seguro.

Cláusula 24.^a – 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 25.^a – Alteração do Prémio

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

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

Cláusula 26.^a – 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 27.^a – 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. Nos seguros de grupo compete ao Tomador do Seguro o dever de informar as Pessoas

Seguras sobre as coberturas contratadas e as suas exclusões, as obrigações e os direitos em caso de sinistro, bem como sobre as alterações ao contrato, em conformidade com espécimen facultado pelo Segurador.

3. O Tomador do Seguro obriga-se a comunicar por escrito ao Segurador qualquer mudança de morada. 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.
4. 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.
5. 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 28.^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, a pagar o montante devido, no prazo máximo de quinze dias úteis, após a receção do pedido de participação e de todos os documentos necessários para a regularização dos sinistros, conforme referido no número 2 da Cláusula 29.^a destas Condições Gerais.

Cláusula 29.^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 à Rede de Prestadores (Prestações Indemnizatórias):

2.1. Requerer pré-autorização para obtenção dos serviços médicos que assim o exigirem;

2.2. Apresentar prescrição médica para os exames complementares de diagnóstico e tratamentos realizados, bem como para os medicamentos e óculos/lentes adquiridos;

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 que faça prova do montante despendido 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 despendido 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:

4.1. Informar com verdade o Administrador ou o Segurador sobre as circunstâncias e consequências da doença ou acidente;

4.2. Cumprir as prescrições do médico a que tenham recorrido;

4.3. Sujeitar-se a exames, por médicos designados pelo Administrador ou pelo Segurador, caso esta o considere necessário;

4.4. Autorizar os médicos e hospitais a que tenham recorrido a facultar aos serviços clínicos do Administrador ou do Segurador, os relatórios clínicos e quais quer outros elementos que este tenha por convenientes para documentar o processo;

4.5. 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;

4.6. A partir da 9^a (nona) consulta, qualquer que seja a especialidade (exceto para os seguintes casos: crianças com idade inferior a 1 ano e consultas de estomatologia) deverá enviar informação clínica que comprove a existência de patologia coberta pelo seguro, por forma a que as consultas seguintes possam ser indemnizadas.

4. Pré-autorizações

Nos casos em que seja aplicável o disposto no n.º 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 às prestações a que haja lugar, sempre que o ato médico 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 à taxa de câmbio indicativa, publicada pelo Banco de Portugal no dia de realização da despesa.

Capítulo VIII – Disposições Diversas

Cláusula 30.^a – Comunicações e Notificações entre as Partes

1. As comunicações ou notificações do Tomador do Seguro ou das Pessoas Seguras 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 31.^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.

Cláusula 32.^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 as 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 33.^a – Lei Aplicável e Arbitragem

1. A lei aplicável a este contrato é 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 à arbitragem, a efetuar nos termos da lei.

Cláusula 34.^a – Foro

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

Cláusula 35.^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 mencionadas no número anterior, quando aplicáveis de acordo com o ordenamento jurídico português.

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 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 ato (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:
 - antineoplásicos administrados isoladamente ou em associação e numa mesma sessão;
 - antineoplásicos adquiridos em farmácia hospitalar, para administração no domicílio.
- Radioterapia e outros tratamentos com isótopos radioativos;
- 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;
- 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. Internamento motivado por doenças do foro psíquico no máximo de quinze (15) dias por anuidade;

1.4. Tratamentos refrativos a 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 maxilo-facial e/ou estomatologica em caso de 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.

Parto

1. O Que Fica Garantido

O segurador garante as prestações convencionadas e as prestações indemnizatórias das despesas médicas com parto, normal ou por cesariana, desde que ocorridas durante o período de internamento hospitalar da parturiente, de acordo com os limites fixados nas Condições Particulares.

As despesas médicas incluídas nesta garantia são:

- 1.1. Honorários médicos, incluindo de pediatria para assistência neo-natal;
- 1.2. Despesas de internamento:
 - a) Diárias;
 - b) Unidade de cuidados intensivos;
 - c) Utilização de incubadora;
 - d) Medicamentos;
 - e) Exames complementares de diagnóstico;
 - f) Piso de sala de partos e operações e material utilizado (gases de anestesia, oxigénio, transfusão de sangue, etc.);
 - g) Enfermagem (não privativa);
 - h) Transporte terrestre de ambulância para e do hospital.
- 1.3. Despesas de internamento relacionadas com Interrupção Involuntária de Gravidez.

2. O Que Não Fica Garantido

- 2.1. Despesas de natureza particular (telefone, aluguer de TV, etc.);
- 2.2. Despesas com acompanhantes;
- 2.3. Enfermagem privativa.

Ambulatório

1. O Que Fica Garantido

O Segurador obriga-se a garantir as prestações convencionadas e as prestações indemnizatórias

das seguintes despesas médicas, de acordo com os limites fixados nas Condições Particulares:

- 1.1. Consultas de clínica geral e especialidade;
- 1.2. Consultas médicas do foro psíquico até ao máximo de seis (6) por anuidade;
- 1.3. Exames complementares de diagnóstico (desde que prescritos por médico):
 - a) Análises clínicas, exames citohistológicos;
 - b) Imageologia, incluindo radiografias, arteriografias, cintigrafia, ecotomografia, TAC, ressonância magnética nuclear e exames doppler;
 - c) Outros exames complementares, tais como E.C.G., E.E.G., etc.;
 - d) Testes alergológicos.
- 1.4. Urgências médicas:
 - a) Todas as despesas inerentes ao episódio incluindo transporte terrestre de ambulância para e do hospital.
- 1.5. Tratamentos (desde que prescritos por médico):
 - a) Fisioterapia, em caso de acidente ou doença, em regime de prestações convencionadas;
 - b) Tratamentos com raios laser;
 - c) Atos de enfermagem (exceto enfermagem privativa);
 - d) Terapia da fala, em regime de prestações convencionadas;
 - e) Cinesiterapia, em regime de prestações convencionadas;
- 1.6. Cirurgia Ambulatória:
 - a) As despesas decorrentes da pequena cirurgia, cuja valorização seja igual ou inferior a 50K de acordo com as valorizações estabelecidas pelo Código de Nomenclatura e Relativos de Atos Médicos publicado pela Ordem dos Médicos, ficam garantidas de acordo com os pontos anteriores.

2. O Que Não Fica Garantido:

- 2.1. Consultas, tratamentos e cirurgia do foro estomatológico;
- 2.2. Exercícios de ortóptica;
- 2.3. Consultas e tratamentos de apoio e orientação psicológica;
- 2.4. Enfermagem privativa;
- 2.5. Próteses e Ortóteses;
- 2.6. Medicamentos.

3. Limite do Valor por Consulta

Relativamente às prestações indemnizatórias, o valor das consultas é sujeito ao limite por despesa médica estipulado nas Condições Particulares.

Programa de Medicina Preventiva

O Segurador garante, de acordo com os regimes de comparticipação e limites da garantia Ambulatório, o seguinte programa de medicina preventiva:

1. Imunização:

Tipo de vacina	Limite de idade
Vacina contra a hepatite "B", desde que comprada com a comparticipação do SNS (nas 3 doses, feitas em 2 anos)	Até aos 25 anos
Vacinas antigripais anuais	A partir dos 65 anos; em idade inferiores, em caso de patologia alérgica ou respiratória crónica e com o acordo do Segurador

2. Exames de Prevenção:

Tipo de exame	Limite de idade
Teste de visão para despiste precoce de patologias	Até aos 4 anos
Mamografia <ul style="list-style-type: none"> • De 2 em 2 anos • Anual 	A partir dos 45 anos A partir dos 55 anos

Exame de Papanicolau <ul style="list-style-type: none"> • De 2 em 2 anos • Anual 	A partir dos 45 anos A partir dos 55 anos
Análise de controlo do colesterol <ul style="list-style-type: none"> • De 2 em 2 anos • Anual 	A partir dos 40 anos A partir dos 50 anos
Pesquisa do sangue oculto nas fezes para prevenção do cancro gástrico. <ul style="list-style-type: none"> • De 2 em 2 anos • Anual 	A partir dos 40 anos A partir dos 60 anos

Proteção Adicional Oncologia

1. O Que Fica Garantido

Fica garantido por esta Condição Especial:

- 1.1. Um capital adicional na cobertura de Internamento, para despesas médicas com doenças oncológicas, garantidas por esta cobertura, de acordo com os limites fixados nas Condições Particulares.
- 1.2. Um Capital Adicional na cobertura de Ambulatório, decorrentes de despesas com doenças médicas oncológicas, garantidas por esta cobertura, de acordo com os limites fixados nas Condições Particulares.

2. O Que Não Fica Garantido

- 2.1. As despesas não garantidas na cobertura de internamento;
- 2.2. As despesas não garantidas na cobertura de ambulatório;
- 2.3. Despesas que não decorram de doenças oncológicas.

Estomatologia e Próteses Dentárias

1. O Que Fica Garantido

1.1. Fica garantido o acesso a uma Rede de Prestadores de serviços dentários definida nas condições particulares a preços convencionados;

1.2. O Segurador garante ainda:

1.1.1. A comparticipação (prestações convencionadas) das despesas médicas em consultas ou tratamentos do foro estomatológico realizados na Rede de Prestadores em Portugal, de acordo com o fixado nas Condições Particulares;

1.1.2. O reembolso (prestações indemnizatórias) das despesas médicas em consultas ou tratamentos do foro estomatológico realizados fora da rede de prestadores em Portugal, de acordo com o fixado nas Condições Particulares.

1.1.3. O reembolso (prestações indemnizatórias) das despesas médicas em consultas ou tratamentos do foro estomatológico realizados na rede de prestadores em Espanha, de acordo com o fixado nas Condições Particulares.

As despesas médicas incluídas nesta garantia são:

- a) Tratamentos ambulatoriais, exames auxiliares de diagnóstico e outros atos clínicos desde que prescritos por médico dentista/estomatologista;
- b) Limpezas dentárias;
- c) Próteses dentárias;
- d) Ortodôncia;
- e) Cirurgia do foro estomatológico.

Próteses e Ortóteses

1. O Que Fica Garantido

O Segurador garante a comparticipação das despesas médicas abaixo referidas, de acordo com os limites fixados nas Condições Particulares:

- 1.1. Óculos;
- 1.2. Lentes de contato graduadas;
- 1.3. Próteses auditivas, oftalmológicas e ortopédicas;
Aluguer ou aquisição de cadeira de rodas, cama articulada e outros equipamentos auxiliares.

2. O Que Não Fica Garantido

- 2.1. Óculos de sol com graduação inferior a 4 dioptrias;
- 2.2. Lentes de contato cosméticas;
- 2.3. Próteses estomatológicas;
- 2.4. Aquisição de collants, meias elásticas e cintas ortopédicas;
- 2.5. Colchões e almofadas ortopédicos;
- 2.6. Calçado Ortopédico.

Medicamentos

1. O Que Fica Garantido

1.1. O Segurador comparticipa mediante reembolso (Prestações Indemnizatórias) nas despesas médicas com aquisição de medicamentos, desde que prescritos por médico e registados no Infarmed, de acordo com os limites fixados nas Condições Particulares;

1.2. São igualmente comparticipadas as despesas com medicamentos, desde que prescritos por um médico e registados nos respetivos organismos oficiais dos países constantes nas Condições Particulares da Apólice e desde que a prescrição haja sido efetuada ao abrigo das garantias Extensão de Rede – Ambulatório, Extensão de Rede – Internamento e Doenças Graves.

2. O Que Não Fica Garantido

- 2.1. Medicamentos para tratamento de obesidade;
- 2.2. Vacinas, exceto as recomendadas no Programa de Medicina Preventiva;

- 2.3. Medicamentos de venda livre;
- 2.4. Medicamentos manipulados;
- 2.5. Produtos de higiene e produtos dermocosméticos.

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;
 - 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 maxilo-facial, 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. Parto;
- 3.7. 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.

Extensão de Rede – Ambulatório

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 seguintes despesas médicas e de acordo com os limites fixados nas Condições Particulares:

- 2.1. Honorários médicos:
 - a) Consultas de clínica geral e especialidade;
 - b) Atos médicos.

2.2. Exames complementares de diagnóstico (desde que prescritos por médico):

- a) Análises clínicas, exames citohistológicos;
- b) Imageologia, incluindo radiografias, arteriografias, cintigrafia, ecotomografia, TAC, ressonância magnética nuclear e exames doppler;
- c) Outros exames complementares, tais como E.C.G., E.E.G., etc;
- d) Testes alérgicos.

2.3. Urgências médicas:

- a) Honorários médicos;
- b) Piso da sala de operações e material utilizado;
- c) Exames complementares de diagnóstico;
- d) Transporte terrestre de ambulância para e do hospital.

2.4. Tratamentos (desde que prescritos por médico):

- a) Fisioterapia, em caso de acidente que requeira tratamento de urgência em hospital, quer em regime de internamento, quer em regime ambulatorio, situação pós-cirúrgica, acidente vascular cerebral, ou cinesiterapia originada por doença respiratória;
- b) Radioterapia e outros tratamentos com isótopos radioativos;
- c) Tratamentos com raios laser;
- d) Atos de enfermagem (exceto enfermagem privativa);
- e) Terapia da fala, em caso de situação pós-cirúrgica ou acidente vascular cerebral.

3. O Que Não Fica Garantido

3.1. Consultas, tratamentos e cirurgia do foro estomatológico;

3.2. Exercícios de ortóptica;

3.3. Consultas e tratamentos de apoio e orientação psicológica;

3.4. Enfermagem privativa;

3.5. Próteses e Ortóteses;

3.6. Medicamentos;

3.7. Quaisquer consultas ou tratamentos diretamente relacionados com situações de gravidez, com exceção de interrupção involuntária de gravidez;

3.8. Tratamento às varizes, nomeadamente injeções esclerosantes e laser.

4. Pré-Autorização

As despesas que necessitam de Pré-Autorização são:

4.1. Angioscopia fluorescência e Retinografia;

4.2. RMN / TAC;

4.3. Diagnóstico cardiológico;

4.4. Ecocardiograma, Holter, Ergometria, Doppler;

4.5. Análises Clínicas (especificamente cariótipos);

4.6. Estudos anatomopatológicos especiais;

4.7. Extração de sinais, quistos e nervos em consulta;

4.8. Fisioterapia;

4.9. Radiologia Vascular;

4.10. Radioterapia;

4.11. Quimioterapia e Cobalto terapia;

4.12. Todas as Técnicas de Neurofisiologia;

4.13. Isótopos radioativos;

4.14. Cirurgia em regime ambulatorio.

Segunda Opinião Médica

1. Definições

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:

- 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 a 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 à 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, são válidas apenas na Rede de Prestadores Convencionada – Best Doctors.

2. Definições

Para efeitos da presente condição especial, consideram-se doença grave ou situação clínica garantida:

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.

Para efeitos da alínea c) entende-se por Neoplasma Maligna “IN SITU”, 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.

2.2. Cirurgia “By-Pass” das artérias coronárias (Re-Vascularização 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.

2.3. Procedimentos Cardiológicos de Intervenção que implicam qualquer operação ou procedimento destinado à 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.

2.4. 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.

2.5. 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

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 acima indicadas e cujos primeiros sintomas e primeiro diagnóstico tenham ocorrido durante o período de vigência da Garantia.

Quando se verificar uma doença grave ou situação clínica identificada no número anterior, o 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 à 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 área 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 “Kaposi 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 ficará sempre dependente da sua prévia apreciação por parte 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 a Seguradora, 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 à Seguradora a Pré-autorização antes de receber qualquer tratamento, serviço, provisão ou prescrição médica em relação a uma Doença coberta por esta garantia.
- 6.3. A Seguradora emitirá 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 pela Seguradora, perderá o direito à indemnização desta garantia.
- 6.5. Estabelecida a existência do sinistro e cumprido satisfatoriamente a Autorização (Termo de Responsabilidade), a Seguradora assumirá 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 à 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 do Segurador, 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.

Serviço Médico Online

Este serviço visa disponibilizar à Pessoa Segura, o acesso a consultas por meio remoto (vídeo), por médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar, Pediatria e Consulta do Viajante.

O acesso a este serviço será efetuado através da Linha de Assistência a Clientes através da opção específica para o efeito, que efetuará a avaliação do acesso ao mesmo.

O custo da consulta será suportado pelo Segurador e pela Pessoa Segura, cabendo a esta pagar o valor da franquia que, para o efeito, se considerar fixado nas Condições Particulares.

Assistência Médica

1. Definições

Para efeitos da garantia deste risco, entende-se por:

Pessoa Segura – Pessoa designada nas Condições Particulares, residente em Portugal, no interesse da qual o Contrato é celebrado.

2. Âmbito Territorial

2.1. As garantias do presente Contrato não são aplicáveis nos países em que, por motivos de força maior, não imputáveis ao Segurador, se torne impossível a prestação de serviços dela decorrentes.

2.2. As garantias de assistência previstas no número 4.2. são válidas em Portugal Continental e nas Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores.

2.3. As garantias de assistência previstas no número 4.1. são válidas em todo o Mundo, salvo estipulação em contrário nas Condições Particulares.

3. Duração

As garantias de assistência previstas no número 4, em relação a cada adesão, caducarão automaticamente na data em que o Tomador do Seguro deixar de ter residência habitual em Portugal, ou se a sua permanência no estrangeiro for superior a 60 dias por viagem ou deslocação, ou na data em que cessar o vínculo que tiver determinado a adesão. Caducarão igualmente, em relação a cada Pessoa Segura, na data em que completar 75 anos de idade.

4. O Que Fica Garantido

4.1. Assistência a Pessoas

a) Transporte ou Repatriamento Sanitário de Feridos e Doentes

Se a Pessoa Segura sofrer ferimentos ou adoecer durante o período de validade da Apólice, o Segurador encarrega-se:

- do custo do transporte em ambulância até à clínica ou hospital mais próximo;
- da vigilância por parte da sua equipa médica, em colaboração com o médico assistente da Pessoa Segura ferida ou doente, para determinação das medidas convenientes ao melhor tratamento a seguir e do meio mais apropriado para a eventual transferência para outro Centro Hospitalar mais adequado ou até ao seu domicílio;

- do custo desta transferência pelo meio de transporte mais adequado. Se tal ocorrer para Centro Hospitalar afastado do domicílio, o Segurador encarrega-se também da oportuna transferência até ao mesmo.

O meio de transporte utilizado em Portugal, na Europa e nos países vizinhos do Mediterrâneo, se a urgência e a gravidade o exigirem, será o avião sanitário especial.

Nos restantes casos, tal transporte efetuar-se-á por avião comercial ou qualquer outro meio mais adequado às circunstâncias.

b) Acompanhamento Durante o Transporte ou Repatriamento Sanitário

No caso do estado da Pessoa Segura, objeto de transporte ou repatriamento sanitário o justificar, o Segurador, após parecer do seu médico, suporta as despesas com a viagem de uma pessoa também segura, que se encontre no local para a acompanhar.

c) Acompanhamento da Pessoa Segura Hospitalizada

Se se verificar a hospitalização de uma Pessoa Segura e se o seu estado de saúde não aconselhar o repatriamento ou regresso imediato, o Segurador suporta as despesas de estadia num hotel, não inicialmente previstas, de um familiar ou pessoa por ela designada que se encontre já no local, para ficar junto de si, até ao limite estabelecido nas Condições Particulares.

d) Bilhete de Transporte de Ida e Volta para um Familiar e Respetiva Estadia

Se a hospitalização da Pessoa Segura ultrapassar 10 dias e se não for possível acionar a garantia prevista na alínea c) deste artigo, o Segurador suporta as despesas a realizar por um familiar com a passagem de ida e volta de comboio em

1.ª classe ou de avião em classe turística, com partida de Portugal, para ficar junto dela, responsabilizando-se ainda pelas despesas de estadia até ao limite fixado nas Condições Particulares.

e) Prolongamento de Estadia em Hotel

Se após ocorrência de doença ou acidente, o estado da Pessoa Segura não justificar hospitalização ou transporte sanitário e se o seu regresso não se puder realizar na data inicialmente prevista, o Segurador encarrega-se, se a elas houver lugar, das despesas efetivamente realizadas com estadia em hotel por si e por uma pessoa que a fique a acompanhar até ao limite por pessoa fixado nas Condições Particulares.

Quando o estado de saúde da Pessoa Segura o permitir, o Segurador encarrega-se do seu regresso bem como do eventual acompanhante caso não possam regressar pelos meios inicialmente previstos.

f) Localização e Envio de Medicamentos de Urgência

O Segurador encarregar-se-á do envio de medicamentos indispensáveis prescritos por médico, sempre que não sejam substituíveis por similares. Ficará a cargo da Pessoa Segura o preço dos medicamentos, taxas e despesas alfandegárias.

g) Transporte ou Repatriamento de Falecidos e das Pessoas Seguras Acompanhantes

O Segurador suporta as despesas com todas as formalidades a efetuar no local de falecimento da Pessoa Segura bem como as relativas ao seu transporte ou repatriamento até ao local de enterro em Portugal. No caso das Pessoas Seguras que a acompanhavam no momento do falecimento não poderem regressar nos meios inicialmente previstos, ou por impossibilidade de utilização do bilhete de

transporte, já adquirido, o Segurador paga as despesas de transporte para regresso das mesmas até ao seu domicílio habitual ou até ao local do enterro em Portugal.

Se por motivos administrativos for necessária a inumação provisória ou definitiva localmente, o Segurador suporta as despesas de transporte de um familiar, se um deles não se encontrar já no local, pondo à sua disposição uma passagem de ida e volta de comboio em 1.ª classe ou de avião em classe turística para se deslocar desde o seu domicílio até ao local da inumação, pagando ainda as despesas de estadia até ao limite especificado nas Condições Particulares.

h) Regresso Antecipado

Se no decurso de uma viagem falecer em Portugal o cônjuge, ou pessoa com quem coabite em termos de permanência, ascendente ou descendente até ao 2.ª grau, adotados, irmãos, sogros ou cunhados da Pessoa Segura, e no caso do meio utilizado para a sua viagem ou bilhete adquirido não lhe permitir antecipação do regresso, o Segurador suporta as despesas com passagem de comboio em 1.ª classe ou de avião em classe turística desde o local de estadia até ao seu domicílio ou até ao local de inumação em Portugal.

Esta garantia funciona ainda no caso de o cônjuge da Pessoa Segura ou pessoa com quem coabite em termos de permanência, ascendente ou descendente até ao 2.ª grau ser vítima de acidente ou doença imprevisível em Portugal cuja gravidade, a confirmar pelo médico do Segurador depois de contato com o médico assistente, exija a sua presença urgente e imperiosa. Se, em consequência da vinda prematura, for indispensável o regresso ao local de estadia da Pessoa Segura para permitir o regresso do veículo ou das Pessoas

Seguras pelos meios inicialmente previstos, o Segurador põe à sua disposição para esse efeito uma passagem, nos meios atrás descritos, suportando os custos respetivos.

i) Encargo de Crianças no Estrangeiro

No caso da Pessoa Segura ficar hospitalizada ou em caso de falecimento, se as restantes Pessoas Seguras forem menores, com idade inferior a 15 anos, e não dispuserem de um familiar ou pessoa de confiança para as acompanhar em viagem, o Segurador suporta as despesas a realizar por uma pessoa que viaje com elas até ao local do enterro ou do seu domicílio em Portugal.

j) Roubo de Bagagens no Estrangeiro

No caso de roubo de bagagens e/ou objetos pessoais o Segurador assistirá, se isso for solicitado, a Pessoa Segura na respetiva participação às autoridades. Tanto no caso de roubo como no de perda ou extravio dos ditos pertences, se encontrados, o Segurador encarregar-se-á do seu envio até ao local onde se encontre a Pessoa Segura ou até ao seu domicílio, desde que se encontrem devidamente embalados e transportáveis até ao limite máximo de 100 Kg.

k) Adiantamento de Fundos no Estrangeiro

Em caso de roubo ou extravio de bagagem ou valores monetários, não recuperados no prazo de 24 horas, o Segurador prestará o adiantamento das verbas necessárias para substituição dos bens desaparecidos até ao limite fixado nas Condições Particulares.

Igual garantia é prestada se em caso de avaria ou acidente do veículo seguro forem necessários fundos para a sua reparação.

Estas importâncias adiantadas serão reembolsadas ao Segurador no prazo máximo de 60 dias.

l) Transmissão de Mensagens

O Segurador encarregar-se-á da transmissão de mensagens urgentes que lhe seja solicitada pela Pessoa Segura em virtude da ocorrência de algum acontecimento a coberto pelas presentes garantias.

m) Defesa e Reclamação Jurídica no Estrangeiro

3. O segurador compromete-se a:

- Reclamar a reparação pecuniária dos danos corporais e/ou materiais sofridos pela Pessoa Segura, desde que resultem de um acidente em que esteja envolvido o veículo que ela conduz e que sejam da responsabilidade de uma pessoa diferente das Pessoas Seguras cobertas pela Apólice ou dos seus ocupantes;
- Assegurar a defesa da Pessoa Segura perante qualquer tribunal se ela for acusada de homicídio involuntário ou de ofensas corporais involuntárias, dano culposo, infração às regras de circulação, em consequência da propriedade, guarda ou utilização do veículo que ela conduz;
- Prestar assistência no estrangeiro à Pessoa Segura em caso de litígio com garagistas ou reparadores de automóveis, que diga respeito ao veículo que conduz.

4. Competirá ao Segurador dirigir todas as diligências, negociações e procedimentos, escolher os seus peritos, médicos, conselheiros, advogados, etc..

A Pessoa Segura poderá, no entanto e com despesas a seu cargo, nomear e/ou associar peritos ou conselheiros da sua escolha, cujos pareceres porém não vincularão o Segurador.

5. O Segurador não tentará ação judicial ou não recorrerá de uma decisão judicial:

- Quando considerar que tal não apresenta suficientes probabilidades de sucesso;
- Quando, por informações obtidas, o terceiro considerado responsável seja insolvente;
- Quando o valor dos prejuízos não exceder a importância fixada nas Condições Particulares;
- Quando considerar justa e suficiente a proposta feita pelo terceiro.

A Pessoa Segura pode, no entanto, em todos os casos intentar ou prosseguir a ação a expensas suas. Se a vier a ganhar, o Segurador reembolsar-lhe-á do montante das despesas legitimamente efetuadas.

n) Adiantamento de Cauções Penais no Estrangeiro

1. Custas processuais – O segurador prestará, a título de adiantamento, as cauções penais que sejam exigidas à Pessoa Segura, para garantir as custas processuais em procedimento criminal que contra ele seja movido, em consequência de acidente de viação, até ao limite fixado nas Condições Particulares;
2. Liberdade provisória – Prestará ainda, a título de adiantamento, e até ao limite fixado, a caução que seja exigida para garantia da liberdade provisória da Pessoa Segura ou a sua comparência no julgamento em resultado de procedimento criminal consequente de acidente de viação;
3. **Estas importâncias adiantadas, quer para custas processuais quer para a garantia de liberdade provisória, serão reembolsadas ao Segurador,**

no prazo máximo de 3 meses ou logo após a restituição pelo tribunal, consoante o que ocorrer primeiro.

Simultaneamente com a prestação da caução por parte do Segurador, deverá a Pessoa Segura assinar o documento de reconhecimento de dívida ou prestar garantia bastante, para o caso de, por culpa sua, ser quebrada ou perdida a caução.

4.2. Assistência Médico-Sanitária no Lar

4.2.1. Garantias em caso de hospitalização da Pessoa Segura ou do seu cônjuge ou pessoa que com ele coabite em situação equiparada à de cônjuge:

a) Ajuda Domiciliária

Em caso de hospitalização da Pessoa Segura, o Segurador providenciará, consoante as disponibilidades locais, uma pessoa para prestar ajuda domiciliária:

- ao cônjuge, aos filhos e aos ascendentes até ao 1.^a grau da Pessoa Segura durante a sua hospitalização;
- ou, à Pessoa Segura, após o seu regresso da hospitalização, durante o período de convalescença, de acordo com a prescrição médica.

O Segurador suportará os custos com a ajuda domiciliária até ao limite máximo fixado nas Condições Particulares, devendo esta ser prestada dentro do limite de 30 dias após a data de alta clínica do hospital.

b) Custos com Televisão

Durante a hospitalização da Pessoa Segura, o Segurador suportará os custos com aluguer da televisão no hospital, até ao montante máximo fixado nas Condições Particulares, e

mediante a apresentação dos respetivos justificativos.

c) Transferência/Encaminhamento das Crianças Menores de 16 Anos:

O Segurador organiza e suporta os custos com:

- uma passagem de ida e volta, de comboio em 1.ª classe ou de avião em classe turística, para uma pessoa designada pela Pessoa Segura, desde o seu domicílio em Portugal até ao domicílio da Pessoa Segura, para que possa guardar as crianças menores de 16 anos que tenham a ficar sós;
- ou, uma passagem de ida e volta, de comboio em 1.ª classe ou de avião em classe turística para cada criança menor de 16 anos para que possa viajar até ao domicílio de uma pessoa designada pela Pessoa Segura e que possa guardá-los.

d) Transferência/Guarda dos Animais Domésticos (Cães e Gatos)

O Segurador encarrega-se de procurar um estabelecimento para guarda dos animais domésticos (cães e gatos) situado o mais próximo possível do domicílio da Pessoa Segura e de organizar o transporte dos animais até este estabelecimento ou até ao domicílio, em Portugal, de uma pessoa designada pela Pessoa Segura.

O Segurador suportará os custos de transporte, no raio de 50 Km a partir do domicílio da Pessoa Segura bem como os custos com a guarda dos animais no canil ou gatil, até ao limite fixado nas Condições Particulares.

A prestação desta garantia é submetida às condições de transporte e guarda dos transportadores e dos canis ou gatis (vacinas em dia,

cauções,...). Para poder ser prestada esta garantia, deverá alguém, designado pela Pessoa Segura, poder entregar os animais aos nossos colaboradores.

4.2.2. Outras garantias

a) Envio de Médico ao Domicílio

Em caso de urgência, deslocação de um médico ao domicílio da Pessoa Segura, para consulta e para eventual aconselhamento quanto à orientação a seguir. O custo da deslocação é por conta do Segurador.

O custo destas consultas será suportado pelo Segurador e pela Pessoa Segura, cabendo a esta pagar o valor da franquia que, para o efeito, se considerar fixado nas Condições Particulares.

b) Transporte em Ambulância

Em caso de urgência, o Segurador organiza e suporta o custo do transporte da Pessoa Segura, do domicílio para o posto de primeiros socorros ou de urgência mais próximo.

c) Informação Médica

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. Não será responsável pelas interpretações da Pessoa Segura, nem das eventuais consequências das mesmas.

O Segurador oferece a possibilidade da Pessoa Segura entrar em contato com o seu serviço médico. Os eventuais conselhos que poderão ser prestados não deverão ser entendidos com uma consulta médica mas tão somente como uma orientação geral prestada por um dos médicos do Segurador.

d) Reserva de um Lugar em Clínica Privada

O Segurador encarregar-se-á da reserva de um lugar em clínica privada para a Pessoa Segura, mediante prescrição médica e de acordo com as disponibilidades, sendo os respetivos custos por conta da Pessoa Segura.

e) Transporte de Ambulância para o Hospital e Regresso ao Domicílio

O segurador organiza e suporta o custo do transporte em ambulância da Pessoa Segura até ao hospital ou clínica designada, bem como do seu transporte de regresso ao domicílio.

f) Acompanhamento da Pessoa Segura Hospitalizada

Em caso de hospitalização da Pessoa Segura a mais de 50 km do seu domicílio, o Segurador suporta as despesas de estadia num hotel, não inicialmente previstas, de um familiar ou pessoa por ela designada, para ficar junto de si, até ao limite estabelecido nas Condições Particulares.

g) Despesas com Pessoal e Atos de Enfermagem

Em consequência de doença súbita ou de acidente verificado pela Pessoa Segura, o segurador suportará, no caso de acamamento por prescrição médica, as despesas com um profissional de enfermagem, assim como todos os tratamentos, atos de

enfermagem específicos e material necessário para o género, até ao limite estipulado nas Condições Particulares.

h) Entrega de Medicamentos ao Domicílio

O Segurador enviará ao domicílio os medicamentos prescritos através de receita médica, sendo o respetivo custo por conta da Pessoa Segura.

i) Transmissão de Mensagens Urgentes

Mediante solicitação da Pessoa Segura e em caso de hospitalização, o Segurador transmitirá esta informação aos familiares designados pela Pessoa Segura e com residência em Portugal.

4.2.3. Em todos os casos, o Segurador reserva-se o direito de pedir à Pessoa Segura uma cópia do certificado de hospitalização ou de imobilização no domicílio.

5. O Que Não Fica Garantido

5.1. Não estão garantidas por esta cobertura:

- a) **As consequências de sinistros ocorridos anteriormente ao início do Contrato;**
- b) **Os sinistros ou as consequências causadas por dolo ou em consequência de suicídio consumado ou frustrado de qualquer das Pessoas Seguras;**
- c) **Os danos sofridos pelas Pessoas Seguras, em consequência de demência ou quando se encontrem sob influência de álcool nos termos da legislação sobre condução automóvel ou tenham ingerido drogas ou estupefacientes sem prescrição médica;**
- d) **Os sinistros devidos a acontecimentos de guerra, tumultos e perturbações da ordem pública;**
- e) **Os sinistros devidos, direta ou indiretamente, à desintegração ou**

fusão do núcleo de átomos, aceleração de partículas ou radioatividade.

5.2. Assistência a Pessoas

Sem prejuízo do disposto nas Condições Gerais, o Segurador não será ainda responsável pelas prestações respeitantes a:

- a) Despesas médicas, cirúrgicas, farmacêuticas e de hospitalização em Portugal;
- b) Sinistros ocorridos em consequência da prática de desportos de competição, de inverno, de alto risco tais como ski de neve, paraquedismo, alpinismo e montanhismo, artes marciais e outros desportos de risco, assim como treinos para competição e apostas;
- c) Partos e complicações devidas ao estado de gravidez, salvo se imprevisíveis durante os primeiros 6 meses;
- d) Gastos com funeral, urna ou cerimónia fúnebre;
- e) Sinistros causados por tremores de terra, erupções vulcânicas, inundações ou quaisquer cataclismos;
- f) Despesas com próteses, óculos, lentes de contato e similares;
- g) Despesas relacionadas com fisioterapia não urgente.

5.3. Assistência Médico-Sanitária no Lar

Sem prejuízo do disposto nas Condições Gerais, o Segurador não será ainda responsável pelas prestações respeitantes a:

- a) Despesas realizadas sem o prévio acordo do Segurador;
- b) Condições patológicas que não justificam uma imobilização no domicílio;
- c) Doenças mentais que já foram objeto de tratamento;
- d) Recaídas ou complicações decorrentes de um estado patológico

já declarado antes do início da Apólice;

- e) As consultas médicas de rotina;
- f) Partos e complicações devidas ao estado de gravidez, salvo se imprevisíveis durante os primeiros 6 meses;
- g) Hospitalizações programadas;
- h) Doença crónica.

6. Sinistros

Em caso de sinistro que afete esta cobertura, a Pessoa Segura deve:

- a) Contactar imediatamente o Serviço de Assistência, caracterizando a ocorrência e fornecendo todas as informações necessárias para a prestação da assistência solicitada;
- b) Seguir as instruções do Serviço de Assistência e tomar as medidas necessárias e possíveis para impedir o agravamento das consequências do sinistro;
- c) Satisfazer, em qualquer altura, os pedidos de informação solicitados pelo Serviço de Assistência e remeter-lhe prontamente todos os avisos, convocações ou citações que receberem;
- d) Recolher e facultar ao Serviço de Assistência os elementos relevantes para a efetivação da responsabilidade de terceiros, quando for o caso.

7. Reembolso de transportes não utilizados

As Pessoas Seguras que tiverem utilizado prestações de transportes previstas no presente Contrato, ficam obrigadas a promover as diligências necessárias à recuperação de bilhetes de transporte não utilizados e a entregar ao Segurador as importâncias recuperadas.

8. Complementaridade

As prestações e indemnizações previstas são pagas em excesso e complementarmente a outros Contratos de seguro já existentes e cobrindo os mesmos riscos.

A Pessoa Segura obriga-se a promover todas as diligências necessárias à obtenção daquelas prestações e a devolvê-las ao Segurador no caso e na medida em que esta as houver adiantado, assim como das participações da Segurança Social ou de qualquer outra instituição a que tiver direito.

9. Disposições Diversas

Não ficam garantidas por este seguro, as prestações que não tenham sido previamente solicitadas ao Serviço de Assistência ou tenham sido executadas sem o seu acordo, salvo em caso de força maior ou impossibilidade material demonstrada.

Rede de Bem-Estar

1. O Que fica Garantido

O Segurador garante o acesso a bens e serviços, nomeadamente Psicologia, Nutrição, Osteopatia, Homeopatia, Quiroprática, Acupunctura, Shiatsu, Estética, Genética, Termalismo, Talassoterapia, Spas, Health Clubs, Cursos de Preparação para o Parto, Podologia, Terapia da fala, Criopreservação de Células Estaminais, Parafarmácias, Higiene Oral e Óticas, fornecidos por um conjunto de prestadores, a preços convencionados.

Os prestadores que integram esta rede, bem como os descontos por estes praticados podem ser consultados através da linha de assistência a clientes, ou através do site www.advancecare.pt.

2. O Que Não Fica Garantido

2.1. O segurador não garante a concessão dos descontos referidos no número anterior, quando os respetivos fornecedores não integrem a Rede de Prestadores gerida pelo Administrador.

Subsídio Diário Internamento

1. O Que Fica Garantido

O Segurador garante, durante o período de Internamento Hospitalar da Pessoa Segura, o pagamento de um subsídio diário, nos termos e de

acordo com os limites fixados nas Condições Particulares da Apólice.

2. O Que Não Fica Garantido

2.1. O Subsídio Diário ficará excluído:

- a) Quando o Internamento Hospitalar for devido à ocorrência de Parto;
- b) Quando o Internamento a que a Pessoa Segura for sujeita não estiver abrangido pelas condições do contrato;
- c) Quando o Internamento ocorra nos primeiros três meses após a adesão da Pessoa Segura ou da contratação desta Condição Especial.