

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 segurado, os dados do representante do segurador para efeito dos sinistros, e a determinação do prémio ou a fórmula do respetivo cálculo.
3. Compõem ainda o presente contrato, além das Condições previstas nos números anteriores e que constituem a apólice, as mensagens publicitárias concretas e objetivas que contrariem cláusulas da apólice, salvo se estas forem mais favoráveis ao tomador do seguro, ao segurado ou ao beneficiário.
4. Não se aplica o previsto no número anterior relativamente às mensagens publicitárias cujo fim de emissão tenha ocorrido há mais de um ano em relação à celebração do contrato, ou quando as próprias mensagens fixem um período de vigência e o contrato tenha sido celebrado fora desse período.

Capítulo I – Definições, Objeto e Garantias do Contrato Âmbito Territorial e Exclusões Gerais

Cláusula 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;
- **Agregado Familiar**, considera-se agregado familiar o cônjuge ou equiparado;
- **Pessoa Segura**, pessoa designada nas Condições Particulares, residente em Portugal, no interesse da qual o Contrato é celebrado.
- **Administrador do Plano de Saúde**, organização que constitui e mantém a Rede de Prestadores e que procede à gestão das prestações devidas pelo Contrato, em nome e por conta do Segurador, a seguir denominada Administrador.

b) Documentos Contratuais

- **Apólice**, documento que titula o Contrato de seguro, de onde constam as respetivas Condições Gerais, Especiais, se as houver, e Particulares acordadas.
- **Condições Gerais**, conjunto de cláusulas que definem e regulamentam obrigações genéricas e comuns inerentes a um ramo ou modalidade de seguro.
- **Condições Especiais**, conjunto de cláusulas que visam esclarecer, completar ou especificar disposições das Condições Gerais.
- **Condições Particulares**, documento onde se encontram os elementos específicos e individuais do Contrato, que o distinguem de todos os outros.
- **Proposta**, o(s) documento(s) subscrito(s) pelo Tomador do Seguro e pelas Pessoas Seguras que contém(êm) as informações necessárias à aceitação do seguro pelo Segurador e que faz(em) parte integrante da Apólice.

c) Valores do Seguro

- **Prémio**, 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 o Tomador do Seguro 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 participada 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 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 ambulatoriais, hospital, em regime de ambulatório ou em regime de internamento - seja o mais adequado à situação diagnosticada.
- **Período de Carência**, prazo que decorre entre a data de inclusão de cada pessoa na Apólice e a data de entrada em vigor das garantias.
 - **Prestadores de Serviços Clínicos**, médicos, hospitais, centros de diagnóstico ou outros prestadores que prestam serviços clínicos às Pessoas Seguras.
 - **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.

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. Cirurgias e/ou tratamentos destinadas à correção de malformações congénitas, exceto quando digam respeito a crianças nascidas durante a vigência do Contrato e incluídas antes de completarem 60 dias de idade.
2. Doenças crónicas do foro psíquico,
3. Cirurgia estética ou plástica, exceto quando consequência de acidente ocorrido ou doença manifestada durante a vigência deste Contrato.
4. Consultas, exame/tratamentos ou cirurgias de obesidade (incluindo obesidade mórbida).
5. Consultas, exames/tratamentos ou cirurgias de rejuvenescimento ou qualquer outro tratamento de carácter predominantemente estético.
6. Consultas, testes e tratamentos relativos a infertilidade ou inseminação artificial.
7. Despesas com medicamentos, tratamentos ou intervenções cirúrgicas com finalidade contracetiva.
8. Hemodiálise.
9. Transplante de órgãos e tecidos.
10. Infeção por HIV e suas implicações.
11. Check-up e exames gerais de saúde.
12. Alcoolismo e tratamentos relativos a toxicoddependência, bem como todas as doenças ou lesões adquiridas pela Pessoa Segura por ter consumido ou agido sob influência de álcool, estupefacientes, outras drogas ou produtos tóxicos, quando não prescritos por receita médica.
13. Acidentes ocorridos durante a participação em competições desportivas com veículos a motor ou nos respetivos treinos.
14. Prática profissional de desportos.

15. Acidentes ocorridos e doenças contraídas por força de calamidades naturais de tipo catastrófico, durante revoluções ou devido à existência de um estado de guerra, declarado ou não.
16. Lesões ou doenças provocadas por radioatividade.
17. Doenças infetocontagiosas, quando em situação de epidemia declaradas pelas autoridades de saúde.
18. Despesas realizadas com médicos que sejam cônjuge, pais, filhos ou irmãos das Pessoas Seguras. Ficam ainda excluídas as despesas prescritas por um Médico para si próprio.
19. Doenças profissionais e acidentes de trabalho.
20. Despesas com Acupunctura, Homeopatia, Naturopatia ou qualquer outro tipo de medicinas alternativas, não reconhecidas oficialmente pela Ordem dos Médicos portuguesa.
21. Despesas com outros serviços que não são clinicamente necessários.
22. Despesas de saúde e internamento, quando os tratamentos a realizar tenham finalidade clínica de convalescença, reabilitação psico-motora, recuperação ou motivos sociais, nomeadamente os designados por cuidados continuados / paliativos, de acordo com o estado de saúde da Pessoa Segura.
23. Cirurgia destinada ao tratamento de roncopia.
24. Novas técnicas e/ou tecnologias, cuja evidência de eficácia clínica, não esteja ainda devidamente comprovada e/ou difundida a pelo menos dois prestadores em Portugal.
25. Cirurgia e/ou tratamentos refrativos, exceto para situações superiores a 4 dioptrias.
26. 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 o segurado está obrigado, antes da celebração do contrato, a declarar com exatidão todas as circunstâncias que conheça e razoavelmente deva ter por significativas para a apreciação do risco pelo segurador.
2. O disposto no número anterior é igualmente aplicável a circunstâncias cuja menção não seja solicitada em questionário eventualmente fornecido pelo segurador para o efeito.
 - 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
 - e) omitido, conheça;
 - f) De circunstâncias conhecidas do segurador, em especial quando são públicas e notórias.
3. O segurador que tenha aceite o contrato, salvo havendo dolo do tomador do seguro ou do segurado com o propósito de obter uma vantagem, não pode prevalecer-se:
4. O segurador, antes da celebração do contrato, deve esclarecer o eventual tomador do seguro ou o segurado acerca do dever referido no n.º 1, bem como do regime do seu incumprimento, sob pena de incorrer em responsabilidade civil, nos termos gerais.

Cláusula 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 do segurado 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 pela Seguradora da Declaração Inicial do Risco

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

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

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

Cláusula 9.^a – Início do Contrato

1. O presente Contrato produz os seus efeitos a partir do dia e hora constantes das Condições Particulares da Apólice, e vigorará pelo prazo aí estabelecido.
2. A proposta considera-se aprovada no décimo quarto dia a contar da data da sua receção no Segurador, a menos que entretanto sejam pedidas informações clínicas, relatórios médicos ou quaisquer outras informações necessárias à avaliação do risco, ou não seja, no mesmo prazo, comunicada a recusa, adiamento ou aceitação condicionada do seguro.

Cláusula 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;
2. O período de carência é ainda alargado para doze meses em caso de:
 - 2.1. Intervenção cirúrgica e tratamento às varizes;
 - 2.2. Intervenção cirúrgica a hérnias, qualquer que seja a sua natureza;
 - 2.3. Litotricia renal e vesicular;
 - 2.4. Tratamentos/Cirurgias proctológicas;

- 2.5. Intervenção cirúrgica a úlcera gastroduodenal;
- 2.6. Intervenção ginecológica por patologia benigna;
- 2.7. Cirurgia mamária por patologia benigna;
- 2.8. Intervenção cirúrgica a ouvidos, nariz e garganta por patologia benigna;
- 2.9. Tireoidectomia por patologia benigna;
- 2.10. Colecistectomia;
- 2.11. Artroscopia ou Artrotomia;
- 2.12. Extração de nevos, sinais, quistos dérmicos e verrugas, e tratamento de eczemas, por patologia benigna;
- 2.13. Tratamentos refrativos à miopia, astigmatismo e hipermetropia;
- 2.14. Cardiologia de Intervenção, nomeadamente Estudo Eletrofisiológico (com ou sem ablação), Cateterismos Cardíacos, Angioplastias e implantação de Pacemaker;
- 2.15. Prostactectomia ou resseção por patologia benigna;
- 2.16. Cirurgia para tratamento de incontinência urinária.

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

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 – Idade Limite para subscrição, Cessação de Garantias

- 1. Não é permitida a subscrição do seguro a pessoas com menos de 55 anos de idade e maiores de 75 anos de idade.**
- 2. As garantias de Extensão de Rede – Internamento e Extensão de Rede – Ambulatório cessam no vencimento imediatamente posterior à data em que a pessoa completar 65 anos de idade;**

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 – Livre Resolução

- 1. O Tomador do Seguro dispõe de um prazo de 30 dias, a contar da receção das**

Condições Particulares, para renunciar aos efeitos do Contrato, em suporte de papel ou outro meio duradouro disponível e acessível ao segurador.

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

Cláusula 16.^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 17.^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 – Inclusão e Exclusão de Pessoas Seguras, Transferência do Seguro e Alteração do Plano de Garantias

Cláusula 18.^a – Inclusão de Pessoas Seguras

1. Durante a vigência do Contrato o Tomador do Seguro pode pedir a inclusão das pessoas que fazem parte do agregado familiar, sendo necessário o preenchimento do questionário clínico anexo à proposta.
2. 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.

Cláusula 19.^a – Exclusão de Pessoas Seguras

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

Cláusula 20.^a – Transferência do Seguro

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

Cláusula 21.^a – Alteração do Plano de Garantias

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

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

Cláusula 23.^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 24.^a – Data de Vencimento

1. Salvo convenção em contrário, o prémio inicial, ou a primeira fração deste, é devido na data da celebração do contrato.
2. As frações seguintes do prémio inicial, o prémio de anuidades subsequentes e as sucessivas frações deste são devidos nas datas indicadas nos respetivos avisos de pagamento, que podem corresponder até oito dias anteriores ao período de vigência a que o prémio respeita.

3. A parte do prémio de montante variável relativa a acerto do valor e, quando seja o caso, a parte do prémio correspondente a alterações ao contrato são devidas nas datas indicadas nos respetivos avisos.

Cláusula 25.^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.

Cláusula 26.^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 27.^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 28.^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 29.^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. **O Tomador do Seguro obriga-se a comunicar por escrito ao Segurador qualquer mudança de residência. Considerar-se-á como recebida por ele toda a correspondência registada, enviada para a sua última residência que conste dos registos e documentos do Segurador.**

- 3. Os médicos, clínicas e quaisquer outros prestadores de serviços são da livre escolha da Pessoa Segura. A Pessoa Segura só terá, no entanto, direito a prestações convencionadas quando optar pela Rede de Prestadores.**
- 4. A ocorrência de um erro administrativo não pode privar as Pessoas Seguras das prestações devidas pelo Contrato. A ocorrência de um erro administrativo também não cria o direito a benefícios não contratados.**

Capítulo VII – Sinistros: Obrigações do Segurador e/ou Administrador, Procedimentos de Regularização

Cláusula 30.^a – Obrigações do Segurador em Caso de Sinistro

O Segurador obriga-se a:

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

Cláusula 31.^a – Procedimentos para Regularização de Sinistros

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

2. As Pessoas Seguras devem, sempre que utilizem bens, serviços ou cuidados de saúde realizados em prestadores que não pertençam à Rede de Prestadores (Prestações Indemnizatórias):

- 2.1. Requerer pré-autorização para obtenção dos serviços médicos que assim o exigirem;
- 2.2. Apresentar o impresso de participação de sinistros devidamente preenchido;
- 2.3. Apresentar prescrição médica para os exames complementares de diagnóstico e tratamentos realizados, bem como para os medicamentos e óculos/lentes adquiridos;
- 2.4. 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;
- 2.5. 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;
- 2.6. Apresentar os recibos das despesas médicas no prazo máximo de 180 dias a contar da data de realização da despesa.**

3. Informação clínica

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

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

- 3.2. Cumprir as prescrições do médico a que tenham recorrido;
 - 3.3. Sujeitar-se a exames, por médicos designados pelo Administrador ou pelo Segurador, caso esta o considere necessário;
 - 3.4. Autorizar os médicos e hospitais a que tenham recorrido a facultar aos serviços clínicos do Administrador ou do Segurador, os relatórios clínicos e quais quer outros elementos que este tenha por convenientes para documentar o processo;
 - 3.5. Em caso de acidente, comunicar no prazo máximo de 15 dias, a sua ocorrência, indicando a sua descrição (data, local, hora, causas e consequências), o hospital a que recorreu, as testemunhas, as autoridades que dele tomaram conhecimento e a identificação do eventual responsável;**
 - 3.6. A partir da 9ª (nona) consulta, qualquer que seja a especialidade (exceto para os seguintes casos: 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 32.ª – Comunicações e Notificações entre as Partes

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

remetidas para o respetivo endereço constante da apólice.

Cláusula 33.^a – Confidencialidade da Informação com o Administrador

O Tomador do Seguro e as Pessoas Seguras autorizam o Segurador a ceder ao Administrador toda a informação confidencial sobre este Contrato.

Cláusula 34.^a – Sub-rogação do Segurador

O segurador fica sub-rogado, até à concorrência das importâncias pagas, em todos os direitos das Pessoas Seguras, contra terceiros responsáveis por acidentes ou doenças abrangidos pela Apólice, obrigando-se 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 35.^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 36.^a – Foro

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

Cláusula 37.^a – Sanções Internacionais

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

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

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

Condições Especiais

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

Internamento Hospitalar

1. O Que Fica Garantido

O Segurador obriga-se a garantir as prestações convencionadas e as prestações indemnizatórias das despesas médicas, **de acordo com os limites 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;

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.

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

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:

1.2.1. 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;

1.2.2. 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.

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 alergológicos.

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 agitados);
- 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.**

Serviço Médico Online

Este serviço visa disponibilizar à Pessoa Segura, o acesso a consultas por meio remoto (video), 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 – a pessoa ou pessoas no interesse das quais o contrato de seguro é celebrado, e a favor de quem devem ser prestadas as garantias contratadas, de acordo com a presente Apólice. Apenas é elegível como Pessoa Segura nesta Apólice, quem tiver domicílio fixado em Portugal.

2. Âmbito Territorial

As coberturas previstas nesta Apólice são válidas em Portugal, sem prejuízo definido para cada garantia.

3. O Que Fica Garantido

Em caso de Sinistro, coberto por quaisquer das coberturas da Apólice quando contratadas, ocorrido no Domicilio Seguro, o Serviço de Assistência prestará, até aos Limites de Capital da Apólice, as seguintes garantias:

3.1. Envio de médico ao Domicilio Seguro

- a) O Serviço de Assistência garante o envio ao Domicilio Seguro de um médico de clínica geral, para consulta e eventual aconselhamento quanto à orientação a seguir.
- b) A deslocação por ocorrência é por conta do Serviço de Assistência, tendo as consultas um copagamento, fixado nas Condições particulares, que ficará a cargo da Pessoa Segura. Todos os tratamentos prescritos serão por conta da Pessoa Segura.

3.2. Aconselhamento médico

Mediante solicitação, a equipa de médicos do Serviço de Assistência presta orientação médica, por telefone, à Pessoa Segura, nas condições que sejam compatíveis com as regras da profissão.

As respostas emitidas baseiam-se nos elementos facultados pela Pessoa Segura, não sendo o Serviço de Assistência responsável por interpretações dessas respostas.

O apoio médico solicitado e prestado telefonicamente implica, única e exclusivamente, a responsabilidade própria decorrente deste tipo de intervenção, dentro da conjuntura em que é praticada.

Este aconselhamento médico não substitui o recurso aos serviços de urgência hospitalar nem constitui em si uma consulta médica.

3.3. Convalescença Domiciliária

No seguimento de um Sinistro e mediante solicitação da Pessoa Segura, o Serviço de Assistência organizará e suportará o envio de profissionais qualificados ao seu Domicílio, para ajuda na recuperação ou convalescença do seu estado de saúde, até ao Limite de Capital fixado na Apólice, relativa aos seguintes serviços:

- Terapia da fala;
- Fisioterapia (desde que reunidas as condições necessárias à prática da mesma);
- Serviço de enfermagem.

Estes serviços deverão ser solicitados com a antecedência mínima de 48 (quarenta e oito) horas e poderão ser solicitados entre as 09h00 e as 21h00, de segunda a sexta-feira.

3.4. Apoio Pessoal Domiciliário

Em caso de sinistro e mediante solicitação da Pessoa Segura o Serviço de Assistência, organizará e suportará o envio de profissionais qualificados, para apoio nas seguintes tarefas de higiene e bem-estar pessoal e para as quais a Pessoa Segura não se encontre em situação clínica considerada estável para as efetuar:

- Levantar da cama;
- Higiene pessoal, banho, corte de unhas e penteados simples;
- Ajuda com a comida;
- Mudança de roupa pessoal e de cama;

- Pequenos passeios, ajuda com cadeira de rodas, exercícios de mobilidade.

Este serviço deverá ser solicitado com a antecedência mínima de 48 (quarenta e oito) horas e poderá ser solicitado entre as 09h00 e as 21h00, de segunda a sexta-feira.

3.5. Transporte em ambulância ou táxi

O Serviço de Assistência organiza e suporta o custo de transporte em ambulância ou táxi do Domicílio Seguro até ao posto de primeiros socorros ou de urgência mais próximo, num raio de 30km.

4. O Que Não Fica Garantido

Para além das exclusões previstas nas Condições Gerais, ficam igualmente excluídos os encargos ou prestações relacionados com:

- a) Os sinistros que tenham ocorrido em data anterior à contratação da Apólice, ainda que as suas consequências se tenham prolongado ou manifestado após essa data;
- b) Os sinistros ocorridos fora do período de vigência ou cobertura da Apólice;
- c) Os sinistros e suas consequências, causados por ações ou omissões criminosas, dolosas ou com negligência grosseira do Segurado;
- d) Os sinistros e suas consequências causados por suicídio ou tentativa de suicídio, e lesão contra si próprio praticada pelo Segurado;
- e) Os sinistros com origem em causas já existentes aquando do início da Apólice;
- f) Ações ou omissões praticados pela Pessoa Segura, quando acuse o consumo de produtos tóxicos, estupefacientes ou outras drogas fora de prescrição médica, bem como quando lhe for detetado um grau de alcoolemia no sangue superior a 0,5 gramas por litro ou, ainda, quando este se tenha recusado a submeter-se aos testes de alcoolemia ou deteção de estupefacientes;

- g) Os sinistros causados por cataclismos da natureza, tais como, tremores de terra, erupções vulcânicas, inundações, maremotos, e quaisquer outros fenómenos análogos e ainda ação de queda de raio;**
- h) Os sinistros derivados de acontecimentos de guerra, declarada ou não, hostilidade entre países, sabotagem, rebelião, revolução, atos de terrorismo, tumultos, insurreição, distúrbios laborais, greves, lockouts, atos de vandalismo, execução de lei marcial e usurpação de poder civil ou militar e demais perturbações da ordem pública e fenómenos análogos;**
- i) Os sinistros causados por engenhos explosivos ou incendiários;**
- j) Os sinistros derivados, direta ou indiretamente, da desintegração ou fusão do núcleo de átomos, aceleração de partículas e radioatividade;**
- k) Sinistros e danos não comprovados pelo Segurador;**
- l) Ações de salvamento, assistência médica primária e primeiro transporte medicalizado, sempre que existam e possam ser acionados meios públicos para o efeito;**
- m) As despesas relativas a terapias e tratamentos continuados.**

5. Procedimentos em caso de sinistro

- 5.1. Em caso de Sinistro, e sem prejuízo das obrigações especificamente previstas nas Condições Especiais aplicáveis, é condição indispensável para o funcionamento das garantias deste contrato que o Tomador do Seguro ou a Pessoa Segura:**
 - a) Contactem imediatamente o Serviço de Assistência, caracterizando a ocorrência e fornecendo todas as informações necessárias para a execução da garantia em causa, explicitando as circunstâncias do Sinistro, as eventuais causas e respetivas consequências;**

- b) Sigam as instruções do Serviço de Assistência e tomem as medidas necessárias e possíveis para impedir o agravamento das consequências do Sinistro;**
- c) Obtenha o acordo do Serviço de Assistência antes de assumirem qualquer custo ou despesa;**
- d) Satisfazam, em qualquer altura, os pedidos de informação e documentação formulados pelo Serviço de Assistência/Segurador, remetendo-lhe prontamente todos os elementos necessários ao andamento do processo;**
- e) Recolham e facultem ao Serviço de Assistência os elementos relevantes para a efetivação da responsabilidade de terceiros, quando for o caso.**

5.2. O incumprimento dos deveres fixados nos números anteriores dará lugar à redução da prestação do Serviço de Assistência atendendo ao dano que o incumprimento dos deveres fixados no presente artigo lhe cause.

5.3. O incumprimento ou cumprimento defeituoso dos deveres enunciados nos números anteriores com dolo e que tenham determinado um dano ou prejuízo ao Serviço de Assistência, dará lugar à perda de cobertura.

5.4. Impende sobre a Pessoa Segura o ónus da prova da veracidade do Sinistro participado, podendo o Serviço de Assistência / Segurador exigir-lhe todos os meios de prova adequados e que estejam ao seu alcance.

6. Impossibilidade material

6.1. Não ficam garantidos por esta Apólice os custos ou o reembolso de despesas incorridos pelo Segurado, com prestações de assistência que não tenham sido previamente solicitadas ao Serviço de Assistência, ou que tenham sido executadas sem o seu acordo

prévio, salvo em casos de força maior ou impossibilidade material demonstrada.

6.2. Se não for possível ao Serviço de Assistência organizar as prestações devidas no âmbito territorial definido, o Serviço de Assistência reembolsará a Pessoa Segura das despesas que esta tenha efetuado, dentro dos limites definidos por esta Apólice e das garantias que forem aplicáveis.

6.3. O processamento de qualquer reembolso pelo Serviço de Assistência está condicionado à apresentação pela Pessoa Segura da documentação original comprovativa das despesas efetuadas.

7. Equipa médica do segurador

7.1. No âmbito da regularização de Sinistros ao abrigo de coberturas que impliquem prestações de assistência médica, cuidados de saúde, transporte de sinistrados, as decisões do Serviço de Assistência terão sempre em consideração, a opinião da respetiva equipa médica, que prevalecerá sobre quaisquer outras, na escolha dos procedimentos a seguir e seleção dos meios de transporte.

7.2. Sob pena de exclusão da coberturas da Apólice ou impossibilidade do Serviço de Assistência regularizar os Sinistros participados, a Pessoa Segura deverá autorizar e assegurar à equipa médica do Serviço de Assistência a disponibilidade e acesso à respetiva informação clínica.

7.3. A Pessoa Segura consente de forma expressa no tratamento dos seus dados de saúde para efeitos de gestão das garantias do presente seguro.

8. Salvamento e perda de cobertura

8.1. Em caso de Sinistro, o Tomador do Seguro ou Pessoa Segura devem empregar os meios ao seu alcance para prevenir ou limitar os danos.

8.2. O incumprimento do dever fixado no número anterior, dará lugar à redução da

prestação do Serviço de Assistência atendendo ao dano que o incumprimento do dever fixado no presente artigo lhe cause.

8.3. O Tomador do Seguro ou Pessoa Segura perdem direito às prestações do presente contrato se:

- a) Agravarem, voluntária ou intencionalmente, as consequências do sinistro;
- b) Usarem de fraude, simulação ou quaisquer outros meios dolosos, bem como de documentos falsos para justificarem a participação do Sinistro.

9. Caducidade

As garantias de assistência previstas no número 3, cessam os seus efeitos por caducidade nos seguintes casos:

- a) **Alteração do Domicilio da Pessoa Segura para fora de Portugal;**
- b) **A Pessoa Segura inicie o trabalho regular no estrangeiro;**
- c) **Ausência de Portugal da Pessoa Segura superior a 60 dias consecutivos.**

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 (707 78 20 70) ou através do site www.advancecare.pt.

2. O Que Não Fica Garantido

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

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.