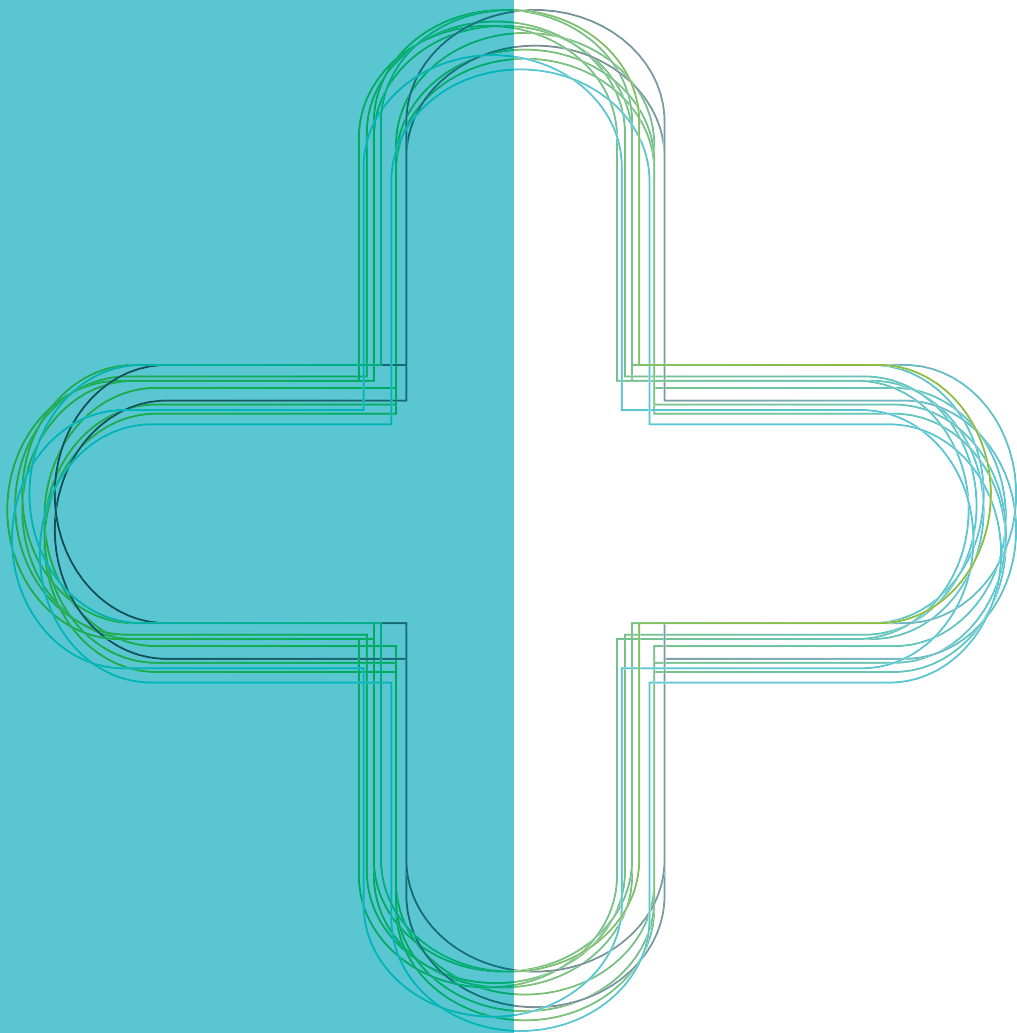


ageas[®]
seguros

condições contratuais
valorsaúde



Santander Totta

ÍNDICE

PARTE I

CONDIÇÕES GERAIS

Artigo Preliminar	4
-------------------------	---

CAPÍTULO I — DEFINIÇÕES, OBJECTO E ÂMBITO DO CONTRATO, ÂMBITO TERRITORIAL E EXCLUSÕES

Art.º 1.º — Definições	4
Art.º 2.º — Objecto e garantias do contrato.....	9
Art.º 3.º — Âmbito territorial	9
Art.º 4.º — Exclusões gerais	9

CAPÍTULO II — FORMAÇÃO DO CONTRATO, SUAS ALTERAÇÕES E EFEITOS

Art.º 5.º — Condições de admissão das Pessoas Seguras	11
Art.º 6.º — Declaração inicial do risco na formação do contrato.....	12
Art.º 7.º — Omissões ou inexactidões dolosas	13
Art.º 8.º — Omissões ou inexactidões negligentes	14
Art.º 9.º — Valor do silêncio do Segurador em contratos de seguro individual	15
Art.º 10.º — Data de celebração do contrato de seguro de grupo	16
Art.º 11.º — Adesão das Pessoas Seguras ao contrato de seguro de grupo	16
Art.º 12.º — Adesão das Pessoas Seguras ao contrato de seguro de grupo contributivo em que o Tomador do seguro é mediador com poderes de representação.....	17
Art.º 13.º — Dever de informação do Tomador do seguro às Pessoas Seguras de um contrato de seguro de grupo	18
Art.º 14.º — Representação do Tomador do seguro/Pessoa Segura	18
Art.º 15.º — Entrega da Apólice.....	19
Art.º 16.º — Início e duração do contrato	20
Art.º 17.º — Períodos de carência.....	20
Art.º 18.º — Inexistência do risco	21

Art.º 19.º — Alteração do plano de garantias	21
Art.º 20.º — Dever de informação da alteração do risco	22
Art.º 21.º — Diminuição do risco	22
Art.º 22.º — Agravamento do risco	22
Art.º 23.º — Cessação do contrato	24
Art.º 24.º — Cessação do contrato de seguro de grupo por iniciativa do Tomador do seguro	24
Art.º 25.º — Efeitos da cessação	25
Art.º 26.º — Estorno do prémio por cessação antecipada	25
Art.º 27.º — Efeitos da cessação em relação a terceiros	25
Art.º 28.º — Caducidade	25
Art.º 29.º — Revogação	26
Art.º 30.º — Denúncia — Regime comum	26
Art.º 31.º — Denúncia por iniciativa da Pessoa Segura no seguro de grupo	26
Art.º 32.º — Resolução por justa causa	27
Art.º 33.º — Livre resolução	27
Art.º 34.º — Extinção do direito às garantias e exclusão de Pessoas Seguras	28

CAPÍTULO III — SINISTROS

Art.º 35.º — Realização da prestação do Segurador	29
Art.º 36.º — Actos dolosos	30
Art.º 37.º — Perícia arbitral	31

CAPÍTULO IV — PRÉMIOS

Art.º 38.º — Vencimento do prémio	31
Art.º 39.º — Modo de efectuar o pagamento	32
Art.º 40.º — Pagamento por terceiro	32
Art.º 41.º — Aviso de pagamento	32
Art.º 42.º — Pagamento dos prémios	33
Art.º 43.º — Revisão dos prémios	34

CAPÍTULO V — CAPITALS SEGUROS

Art.º 44.º — Capital seguro	35
Art.º 45.º — Redução automática dos capitais seguros	35

CAPÍTULO VI — OBRIGAÇÕES DAS PARTES

Art.º 46.º — Obrigações do Tomador do seguro e/ou das Pessoas Seguras	35
Art.º 47.º — Deveres de informação do Segurador	37
Art.º 48.º — Deveres de informação do Segurador sobre exames médicos .	38
Art.º 49.º — Incumprimento dos deveres de informação do Segurador	39

CAPÍTULO VII — DISPOSIÇÕES GERAIS

Art.º 50.º — Participação dos resultados em contratos de seguro de grupo..	39
Art.º 51.º — Sub-rogação	40
Art.º 52.º — Transmissão do seguro	40
Art.º 53.º — Comunicações e notificações	40
Art.º 54.º — Prescrição	41
Art.º 55.º — Reclamações	41
Art.º 56.º — Lei aplicável.....	41
Art.º 57.º — Foro, arbitragem e resolução alternativa de litígios.....	42

PARTE II

CONDIÇÕES ESPECIAIS

Condição Especial 1 — Assistência.....	43
Condição Especial 2 — Assistência médica hospitalar.....	49
Condição Especial 3 — Assistência médica ambulatoria	53
Condição Especial 4 — Estomatologia	56
Condição Especial 5 — Próteses e ortóteses.....	57
Condição Especial 6 — Segunda opinião médica	58
Condição Especial 7 — Extensão da rede de prestadores a Espanha	63

CONDIÇÕES GERAIS

Artigo Preliminar

Entre a Ageas Portugal, Companhia de Seguros, S.A., adiante designada por Segurador, e o Tomador do seguro, mencionado nas Condições Particulares, estabelece-se o presente contrato de seguro que se regula pelas Condições Gerais, Especiais e Particulares, de harmonia com as declarações constantes na Proposta, Boletins de Adesão e demais informações complementares que lhe serviram de base e do qual fazem parte integrante.

CAPÍTULO I

DEFINIÇÕES, OBJECTO E ÂMBITO DO CONTRATO, ÂMBITO TERRITORIAL E EXCLUSÕES

Artigo 1.º — Definições

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

1. Partes envolvidas no contrato

Segurador — a Ageas Portugal, Companhia de Seguros, S.A., entidade legalmente autorizada para a exploração do seguro de saúde e que sub-creve, com o Tomador do seguro, o presente contrato.

Tomador do seguro — a pessoa, individual ou colectiva, identificada nas Condições Particulares da Apólice, que celebra o contrato de seguro com o Segurador, sendo responsável pelo pagamento dos prémios.

Pessoa Segura — a pessoa cuja saúde ou integridade física se segura e como tal definida nas Condições Particulares da Apólice; no caso de o contrato de seguro ser extensivo ao agregado familiar, também são consideradas Pessoas Seguras cada um dos seus elementos.

Aderente Principal — a Pessoa Segura no interesse da qual o contrato de Seguro de Grupo é celebrado, ligada ao Tomador do seguro por um vínculo que não seja o de segurar, podendo ser responsável, no caso de Seguro de

Grupo Contributivo, pelo pagamento de parte do seu prémio e/ou do prémio do seu agregado familiar, se incluído e como tal definido nas Condições Particulares da Apólice.

Agregado familiar — conjunto de pessoas que vivem em economia comum, com carácter de permanência, podendo ser constituído pelos cônjuges ou pessoas em situação análoga aos cônjuges e/ou seus descendentes — filhos, adoptados ou enteados, menores ou maiores a cargo, nas condições definidas na legislação que regula a concessão de abono de família.

Entidade gestora — entidade que, em nome e por conta do Segurador, assegura a gestão da rede de prestadores e das prestações devidas pelo contrato, articulando o pagamento directo das despesas médicas, quer aos prestadores convencionados, nomeadamente médicos, hospitais e centros de diagnóstico, quer às Pessoas Seguras.

Entidade de assistência — entidade que organiza e presta por conta do Segurador e a favor das Pessoas Seguras os serviços previstos nas garantias da Condição Especial 1 – Assistência e da Condição Especial 6 – Segunda Opinião Médica.

2. Tipos de seguro

Seguro individual — seguro efectuado relativamente a uma Pessoa Segura, podendo o contrato incluir no âmbito de cobertura o agregado familiar ou um conjunto de pessoas que vivam em economia comum.

Seguro de grupo — seguro de um conjunto de pessoas ligadas ao Tomador do seguro por um vínculo que não seja o de segurar.

Seguro de grupo não contributivo — seguro de grupo em que o Tomador do seguro contribui na totalidade para o pagamento do prémio.

Seguro de grupo contributivo — o seguro de grupo em que as Pessoas Seguras suportam no todo ou em parte o pagamento do montante correspondente ao prémio devido pelo Tomador do seguro.

3. Documentos contratuais

Proposta — o(s) documento(s) subscrito(s) pelo Tomador do seguro e pelas Pessoas Seguras que permite(m) ao Segurador obter as informações necessárias à aceitação do seguro e que faz(em) parte integrante da Apólice; a

Proposta de seguro vincula o Tomador do seguro, as Pessoas Seguras e o Segurador.

Boletim de adesão — nos seguros de grupo, o(s) documento(s) subscrito(s) pelas Pessoas Seguras que permite(m) ao Segurador obter as informações necessárias à sua aceitação no seguro e que faz(em) parte integrante da Apólice; o Boletim de Adesão vincula as Pessoas Seguras e o Segurador.

Apólice — documentos que titulam o contrato de seguro celebrado entre o Tomador do seguro e Segurador: Condições Gerais, Condições Especiais, quando as houver, Condições Particulares, Proposta, Boletins de Adesão para contratos de seguro de grupo, Questionários Médicos e demais informações complementares que lhe serviram de base.

Acta adicional — documento que formaliza as modificações introduzidas ao contrato de seguro na sua vigência.

Condições Gerais — disposições contratuais que definem o enquadramento e os princípios gerais do contrato de seguro, aplicando-se a todos os contratos inerentes a um mesmo ramo, modalidade ou operação.

Condições Especiais — disposições que completam ou especificam as Condições Gerais, sendo de aplicação generalizada a determinados contratos do mesmo tipo.

Condições Particulares — cláusulas que são acrescentadas às Condições Gerais e/ou Especiais, se as houver, de um contrato de seguro para o adaptar a um caso particular, precisando, nomeadamente, o risco coberto, a duração e o início do contrato, o capital seguro, o prémio, o Tomador do seguro, as Pessoas Seguras e, eventualmente, para completar ou modificar as Condições Gerais.

4. Valores do seguro

Prémio — a contrapartida da cobertura acordada, incluindo 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.

Valor total a pagar — prémio acrescido dos encargos fiscais e parafiscais a suportar pelo Tomador do seguro e, no caso de Seguros de Grupo contributivo, pelo Aderente Principal.

Limite de responsabilidade — valor máximo da responsabilidade do Segurador nas despesas médicas garantidas pela Apólice, por Pessoa Segura e por anuidade.

Comparticipação — percentagem das despesas médicas garantidas por este contrato que fica a cargo do Segurador.

Franquia ou co-pagamento — importância que, em caso de sinistro, fica a cargo da Pessoa Segura e cujo montante está estipulado nas Condições Particulares da Apólice.

Capital seguro — representa o valor máximo a pagar pelo Segurador por anuidade.

5. GARANTIAS

Sinistro — corresponde à verificação, total ou parcial, do evento que desencadeia o accionamento da cobertura do risco prevista no contrato.

Acidente — acontecimento fortuito, súbito e anormal, devido a causa exterior e alheia à vontade da Pessoa Segura e que nela origine lesões corporais que possam ser clínica e objectivamente constatadas.

Doença — alteração natural e involuntária do estado de saúde, não causada por acidente, com sintomatologia passível de reconhecimento médico.

Doença preexistente — doença ou lesão que se haja revelado, tenha sido objecto de um diagnóstico inequívoco e/ou dado lugar ao respectivo tratamento.

Doença súbita — toda e qualquer doença, não anteriormente manifestada, que requeira tratamento de urgência em hospital ou clínica, quer em regime de internamento, quer em regime ambulatório.

Período de carência — período durante o qual as garantias do contrato não funcionam por o respectivo efeito, nos termos e condições contratadas, ficar diferido para data posterior à do início do contrato.

Despesa médica — montante gasto pela Pessoa Segura para aquisição de bens ou serviços clinicamente necessários, referentes a especialidades médicas reconhecidas pela Ordem dos Médicos, desde que prescritos ou realizados por médico para o tratamento de doenças ou lesões resultantes de acidente.

Serviços clinicamente necessários — bens, serviços ou cuidados de saúde aprovados pelo Segurador ou pela Entidade Gestora, desde que sejam:

- i. necessários para tratamento de doença ou de lesão resultante de acidente das Pessoas Seguras;
- ii. adequados à situação diagnosticada;
- iii. prestados da forma mais eficiente em termos de custo e mais adequada ao tipo de serviço a prestar;
- iv. de reconhecida validade clínica.

Hospitalização ou internamento — estada num hospital ou clínica, sob prescrição médica, com permanência de pelo menos uma noite, que origine o pagamento de uma diária e que não se prolongue por um espaço de tempo superior a 365 dias.

Rede convencionada de prestadores de cuidados de saúde — conjunto de prestadores, nomeadamente médicos, hospitais, clínicas, centros de diagnóstico e outras entidades de saúde, com os quais o Segurador e/ou a Entidade Gestora tenha celebrado um acordo de prestação de serviços, com o objectivo de assegurar às Pessoas Seguras os cuidados de saúde garantidos nos respectivos contratos de seguro, no âmbito das prestações convencionadas.

Médico — licenciado por uma Faculdade de Medicina, legalmente autorizado a exercer a sua profissão no país onde o acto tiver lugar e cuja especialidade e inscrição sejam reconhecidas pela Ordem dos Médicos ou organismo equivalente nesse país.

Código de Nomenclatura e valor relativo de actos médicos — a tabela, publicada pela Ordem dos Médicos em 26/6/1997 e em que constam todos os actos médicos, incluindo as intervenções cirúrgicas, valorizados em número de “K”, sendo atribuídos tantos mais “K” quanto maior for a complexidade do acto médico efectuado.

Hospital — estabelecimento, público ou privado, oficialmente reconhecido como tal, onde médicos e enfermeiros diplomados asseguram uma assistência permanente durante as 24 horas do dia a doentes e acidentados.

Clínica — estabelecimento integrado ou não no Serviço Nacional de Saúde que tenha por objecto a prestação de cuidados de saúde e que, para tal, se encontre licenciado pelas autoridades competentes.

Cartão de saúde — documento pessoal e intransmissível que identifica a Pessoa Segura e permite o seu acesso aos serviços no âmbito da rede convencionada de prestadores de cuidados de saúde.

Pré-autorização — aprovação dada pelos serviços clínicos do Segurador ou da Entidade Gestora que permite o acesso das Pessoas Seguras aos cuidados de saúde garantidos pelo presente contrato de seguro.

Prestações convencionadas — despesas médicas efectuadas pelas Pessoas Seguras na rede convencionada de prestadores de cuidados de saúde previamente indicada, em consequência de um evento coberto pelas garantias da Apólice, sendo a comparticipação a cargo do Segurador paga directamente aos prestadores.

Prestações indemnizatórias — despesas médicas efectuadas pelas Pessoas Seguras fora da rede de prestadores, em consequência de um evento coberto pelas garantias da Apólice e que dão origem a um reembolso do Segurador às Pessoas Seguras, de acordo com as comparticipações e franquias estipuladas nas Condições Particulares.

Artigo 2.º — Objecto e garantias do contrato

Pelo presente contrato, o Segurador garante às Pessoas Seguras, de acordo com o disposto nas Condições Gerais, nas Condições Especiais contratadas e até aos limites estabelecidos nas Condições Particulares, um conjunto de coberturas no domínio dos cuidados de saúde que integram prestações convencionadas, prestações indemnizatórias e serviços de assistência, em consequência de doença ou acidente ocorrido em cada ano de vigência do contrato.

Artigo 3.º — Âmbito territorial

O presente contrato é válido exclusivamente no território nacional, salvo se o contrário for expressamente estipulado pelas Condições Especiais contratadas e pelas Condições Particulares.

Artigo 4.º — Exclusões gerais

- 1. Ficam sempre excluídas do presente contrato as prestações, convencionadas ou indemnizatórias, decorrentes de:**
 - a) doença preexistente ou acidente ocorrido antes da data de inclusão no contrato;**

- b) quaisquer anomalias, enfermidades ou malformações congénitas e suas consequências, excepto quando digam respeito a crianças nascidas durante a vigência do contrato e nele incluídas desde o nascimento;
- c) actos do foro estético ou plástico, incluindo consultas, tratamentos ou cirurgia de rejuvenescimento ou de regularização de peso, salvo quando se tratar de intervenções cirúrgicas reparadoras, consequentes de um acidente ou acto cirúrgico abrangidos por este contrato e ocorridos durante a vigência deste;
- d) transplante de órgãos e suas consequências;
- e) S.I.D.A. e suas implicações;
- f) consultas, tratamentos e testes de infertilidade, bem como de métodos de fecundação artificial e suas consequências;
- g) métodos anticoncepcionais;
- h) tratamentos de hemodiálise em situações de insuficiência renal crónica;
- i) acupunctura, homeopatia e outras terapêuticas fora do âmbito da medicina convencional;
- j) estadias em termas, casas de repouso, lares de terceira idade e outros estabelecimentos similares não classificados como unidades hospitalares, bem como os respectivos tratamentos;
- k) exames gerais de saúde (*check-up*);
- l) cuidados de saúde prestados por médicos e/ou enfermeiros com o seguinte grau de parentesco com qualquer uma das Pessoas Seguras: cônjuge, pais, sogros, filhos, irmãos ou cunhados;
- m) tratamentos não reconhecidos oficialmente pela Ordem dos Médicos ou organismo equivalente.

2. Ficam igualmente excluídos do presente contrato as prestações, convencionadas ou indemnizatórias, decorrentes de acidentes ou doenças sobrevindos em consequência de:

- a) prática profissional de desportos e participação em competições desportivas, profissionais ou amadoras, e respectivos treinos;
- b) participação em automobilismo, esqui na neve e aquático, caça submarina, boxe, espeleologia, desportos aéreos (voo à vela, pára-quedismo, etc.), karaté e outras artes marciais,

- montanhismo, motonáutica, tauromaquia e outros desportos de análoga perigosidade;
- c) utilização de veículos motorizados de duas rodas;
 - d) suicídio ou tentativa de suicídio;
 - e) prática de quaisquer actos dolosos ou gravemente culposos autoinfligidos por parte das Pessoas Seguras, nomeadamente a interrupção de gravidez, salvo se praticada legalmente;
 - f) atrasos ou negligência imputáveis às Pessoas Seguras no recurso a assistência médica, o mesmo acontecendo no caso de recusa de observação dos tratamentos prescritos;
 - g) intoxicação alcoólica, embriaguez, uso de estupefacientes ou narcóticos não prescritos pelo médico ou utilização abusiva de medicamentos;
 - h) qualquer conduta da Pessoa Segura contrária à Lei, nomeadamente a participação em actos de sabotagem, perturbações da ordem pública ou rixas;
 - i) acidentes de trabalho e doenças profissionais;
 - j) doenças epidémicas oficialmente declaradas;
 - k) guerra, guerra civil, revolução e actos de terrorismo;
 - l) efeitos da radioactividade;
 - m) calamidades e catástrofes da natureza;
 - n) medicamentos e vacinas.

CAPÍTULO II

FORMAÇÃO DO CONTRATO, SUAS ALTERAÇÕES E EFEITOS

Artigo 5.º — Condições de admissão das Pessoas Seguras

1. No contrato de Seguro Individual, são admissíveis como Pessoas Seguras os elementos de um mesmo agregado familiar, conforme definido na alínea e) no n.º 1 do Art.º 1.º destas Condições Gerais, desde que satisfaçam as seguintes condições:
 - a) os filhos enteados ou adoptados, menores ou maiores a cargo com idade inferior ou igual a 25 anos;
 - b) restante agregado familiar com idade inferior ou igual a 60 anos.
2. No contrato de Seguro de Grupo, são admissíveis como Pessoas Seguras os Aderentes Principais, conforme definido na alínea d) no n.º 1 do Art.º 1.º

destas Condições Gerais, e os respectivos agregados familiares, conforme definido na alínea e) do n.º 1 do Art.º 1.º destas Condições Gerais, desde que satisfaçam as seguintes condições:

- a) os filhos enteados ou adoptados, menores ou maiores a cargo com idade inferior ou igual a 25 anos;
 - b) restante agregado familiar com idade inferior ou igual a 64 anos.
3. Os limites de idade referidos nos n.ºs 1 e 2 do presente Artigo poderão ser alterados, mediante convenção expressa nas Condições Particulares.
4. Sem prejuízo no número seguinte, para aderir ao contrato de seguro, cada Pessoa a segurar deve preencher e entregar:
- a) nos contratos de Seguro Individual, a Proposta;
 - b) nos contratos de Seguro de Grupo, o Boletim de Adesão;
 - c) o Questionário Médico;
 - d) se o Segurador o solicitar, toda a documentação necessária à análise da sua aceitação.
5. A inclusão de recém-nascidos é automaticamente aceite desde o nascimento, não sendo necessário o preenchimento de questionário médico e não se considerando os períodos de carência referidos no Art.º 17.º destas Condições Gerais, desde que se verifiquem, cumulativamente, as seguintes condições:
- a) tal seja solicitado ao Segurador nos 30 dias seguintes ao nascimento;
 - b) os pais estejam já incluídos no seguro.

Artigo 6.º — Declaração inicial do risco na formação do contrato

1. Constituem a base deste contrato, fazendo dele parte integrante, a Proposta de seguro, os Boletins de Adesão para contratos de Seguro de Grupo e os Questionários Médicos de cada Pessoa a segurar, bem como a documentação necessária à aceitação do contrato de seguro e das Pessoas a segurar por parte do Segurador.
2. O presente contrato baseia-se nas declarações do Tomador do seguro e/ou das Pessoas Seguras que estão obrigados, antes da celebração do contrato, a declarar com exactidão todas as circunstâncias que conheçam e razoavelmente devam ter por significativas para a apreciação do risco pelo Segurador.

3. O disposto no número anterior é igualmente aplicável a circunstâncias cuja menção não seja solicitada em impresso fornecido pelo Segurador para o efeito.
4. O Segurador que tenha aceite o contrato, salvo havendo dolo do Tomador do seguro ou das Pessoas Seguras com o propósito de obter uma vantagem, não pode prevalecer-se:
 - a) da omissão de resposta a pergunta formulada;
 - b) de resposta imprecisa a questão formulada em termos demasiado genéricos;
 - c) de incoerência ou contradição evidente nas respostas;
 - d) de facto que o seu representante, aquando da celebração do contrato, saiba ser inexacto ou, tendo sido omitido, conheça;
 - e) de circunstâncias suas conhecidas, em especial quando são públicas e notórias.
5. Sem prejuízo dos deveres de informação a cumprir pelo Tomador e/ou Pessoas Seguras, a celebração do contrato pode depender de declaração sobre o estado de saúde e de exames médicos a realizar às Pessoas Seguras que tenham em vista a avaliação do risco.

Artigo 7.º — Omissões ou inexactidões dolosas

1. **Em caso de incumprimento doloso do dever referido no n.º 2 do Art.º 6.º destas Condições Gerais:**
 - a) **o contrato é anulável mediante declaração enviada pelo Segurador ao Tomador do seguro;**
 - b) **no caso de Seguro de Grupo Contributivo, a adesão é anulável mediante declaração enviada pelo Segurador ao Tomador do seguro e ao Aderente Principal.**
2. **Não tendo ocorrido sinistro, a declaração referida no número anterior deve ser enviada no prazo de 3 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 do presente Artigo 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 do presente Artigo, 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.

Artigo 8.º — Omissões ou inexactidões negligentes

1. Em caso de incumprimento com negligência do dever referido no n.º 2 do Art.º 6.º destas Condições Gerais, no prazo de 3 meses a contar do seu conhecimento, o Segurador pode:
 - a) mediante declaração a enviar ao Tomador do seguro, 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) no caso de Seguro de Grupo Contributivo, mediante declaração a enviar ao Tomador do seguro e ao Aderente Principal, propor uma alteração à adesão, fixando um prazo, não inferior a 14 dias, para o envio da aceitação ou, caso a admita, da contraproposta;
 - c) fazer cessar o contrato demonstrando que, em caso algum, celebra contratos para a cobertura de riscos relacionados com o facto omitido ou declarado inexactamente;
 - d) no caso de Seguro de Grupo Contributivo, fazer cessar a adesão, demonstrando que, em caso algum, aceita a cobertura de riscos relacionados com o facto omitido ou declarado inexactamente.
2. O contrato cessa os seus efeitos 30 dias após o envio da declaração de cessação ou 20 dias após a recepção pelo Tomador do seguro ou, no caso de Seguro de Grupo Contributivo, pelo Aderente Principal da proposta de alteração, caso este nada responda ou a rejeite.

- 3. No caso referido no número anterior, o prémio é devolvido proporcionalmente ao período de tempo não decorrido até ao vencimento do contrato 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 inexactidões negligentes:**
 - a) o Segurador cobre o sinistro na proporção entre o prémio pago e o prémio que seria devido, caso, aquando da celebração do contrato, tivesse conhecido o facto omitido ou declarado inexactamente;**
 - b) o Segurador, demonstrando que, em caso algum, teria celebrado o contrato se tivesse conhecido o facto omitido ou declarado inexactamente, não cobre o sinistro e fica apenas vinculado à devolução do prémio nos termos do n.º 3 do presente Artigo.**

Artigo 9.º — Valor do silêncio do Segurador em contratos de seguro individual

1. O contrato de seguro em que Tomador do seguro seja uma pessoa singular tem-se por concluído, nos termos propostos, na data de recepção da proposta, em caso de silêncio do Segurador durante 14 dias contados da recepção da Proposta do Tomador do seguro, no local indicado pelo Segurador.

Parágrafo único — Para efeitos da aplicação deste número, a proposta tem de ser feita em impresso do próprio Segurador, devidamente preenchido, e ser acompanhada dos documentos que o Segurador tenha indicado como necessários.
2. O disposto no número anterior aplica-se ainda quando o Segurador tenha autorizado a proposta feita de outro modo e indicado as informações e os documentos necessários à sua completude, se o Tomador do seguro tiver seguido as instruções do Segurador.
3. O Segurador, no prazo de 14 dias a contar da data da recepção da proposta, tem o direito de avisar o Proponente, por correio registado ou por outro meio do qual fique registo escrito ou duradouro, da recusa ou da necessidade de obtenção de elementos ou de esclarecimentos adicionais para melhor determinação do risco.

4. Se a avaliação da proposta, incluindo o estado de saúde de uma Pessoa a segurar, determinar a recolha de elementos adicionais, a proposta só se considera aceite mediante comunicação escrita do Segurador que mencionará a data de efeito.
5. Em resultado dos elementos adicionais, o Segurador poderá propor a aceitação do seguro com restrições, as quais serão igualmente comunicadas por escrito, competindo ao Proponente a aceitação ou recusa no prazo de 14 dias.

Parágrafo único — Findo este prazo, caso não haja resposta por parte do Proponente, a proposta fica sem efeito.

6. O contrato celebrado nos termos dos números anteriores rege-se pelas Condições Gerais, Condições Especiais, Condições Particulares, demais informações complementares que lhe serviram de base e pela tarifa do Segurador em vigor na data da celebração.
7. Sem prejuízo de eventual responsabilidade civil, não é aplicável o disposto nos números anteriores, quando o Segurador demonstre que, em caso algum, celebra contratos com as características constantes da proposta.

Artigo 10.º — Data de celebração do contrato de seguro de grupo

O contrato de seguro considera-se celebrado na data da aceitação pelo Segurador expressamente indicada nas Condições Particulares da Apólice.

Artigo 11.º — Adesão das Pessoas Seguras ao contrato de seguro de grupo

1. A adesão ao contrato considera-se efectuada nos termos propostos, na data da recepção do Boletim de Adesão, se, decorridos 30 dias após a recepção desse Boletim pelo Segurador, este não tiver notificado o proponente, por correio registado ou por qualquer meio do qual fique registo escrito ou duradouro, da recusa ou da necessidade de obtenção de elementos ou de esclarecimentos adicionais para melhor determinação do risco.
2. As garantias contratuais têm início para cada Pessoa Segura a partir das zero horas do dia seguinte ao da adesão, nos termos do número anterior, sem prejuízo do Art.º 17.º destas Condições Gerais.

3. Se a avaliação do Boletim de Adesão, incluindo o estado de saúde de uma Pessoa a segurar, determinar a recolha de elementos adicionais, a adesão só se considera efectuada mediante comunicação escrita do Segurador que mencionará a data feito.
4. Em resultado dos elementos adicionais, o Segurador poderá propor a aceitação da Pessoa a segurar com restrições, as quais serão igualmente comunicadas por escrito, competindo ao Proponente a aceitação ou recusa no prazo de 14 dias.

Parágrafo único — Findo este prazo, caso não haja resposta por parte do Proponente, o Boletim de Adesão fica sem efeito.

5. O Tomador do Seguro de Grupo Contributivo responde perante o Segurador pelos danos decorrentes da falta de entrega do Boletim de Adesão ou dos documentos em que sejam prestadas informações essenciais à avaliação do risco ou da respectiva entrega tardia.

Artigo 12.º — Adesão das Pessoas Seguras ao contrato de seguro de grupo contributivo em que o Tomador do seguro é mediador com poderes de representação

1. A adesão a um Seguro de Grupo Contributivo em que a Pessoa Segura seja Pessoa Singular considera-se efectuada nos termos propostos se, decorridos 30 dias após a recepção do Boletim de Adesão pelo Tomador do seguro que seja simultaneamente mediador de seguros com poderes de representação, o Segurador não tiver notificado o proponente da recusa ou da necessidade de recolher informações essenciais à avaliação do risco.
2. O disposto no número anterior é igualmente aplicável no caso em que, tendo sido solicitadas informações essenciais à avaliação do risco, o Segurador não notifique o proponente da recusa no prazo de 30 dias após a prestação dessas informações, independentemente de estas lhe serem prestadas directamente ou através do Tomador do seguro que seja simultaneamente mediador de seguros com poderes de representação.
3. Para efeitos do disposto nos números anteriores, o Tomador do seguro deve fornecer ao proponente cópia do respectivo Boletim de Adesão ou dos documentos em que sejam prestadas informações essenciais à avaliação do risco, nos quais esteja averbada indicação da data em que foram recebidos.

4. O Tomador do Seguro de Grupo Contributivo responde perante o Segurador pelos danos decorrentes da falta de entrega do Boletim de Adesão ou dos documentos em que sejam prestadas informações essenciais à avaliação do risco ou da respectiva entrega tardia.
5. Se a avaliação do Boletim de Adesão, incluindo o estado de saúde de uma Pessoa a segurar, determinar a necessidade de recolha de elementos adicionais, o Boletim de Adesão só se considera aceite mediante comunicação escrita do Segurador que mencionará a data de efeito.

Artigo 13.º — Dever de informação do Tomador do seguro às Pessoas Seguras de um contrato de seguro de grupo

1. O Tomador do seguro deve 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 um espécimen elaborado pelo Segurador.
2. Compete ao Tomador do seguro provar que forneceu as informações referidas no número anterior.
3. O Segurador deve facultar, a pedido das Pessoas Seguras, todas as informações necessárias para a efectiva compreensão do contrato.

Artigo 14.º — Representação do Tomador do seguro/Pessoa Segura

1. Sendo o contrato de seguro celebrado por representante do Tomador do seguro ou, no caso de Seguro de Grupo Contributivo, sendo a adesão efectuada por representante do Aderente Principal, são oponíveis a estes não só os seus próprios conhecimentos, mas também os dos representantes.
2. Se o contrato for celebrado por representante sem poderes, o Tomador do seguro ou o respectivo representante com poderes pode ratificá-lo, mesmo depois de ocorrido o sinistro, salvo havendo dolo do Tomador do seguro, do representante ou das Pessoas Seguras ou quando tenha já decorrido um prazo para a ratificação, não inferior a 5 dias, determinado pelo Segurador antes da verificação do sinistro.

3. No caso de Seguro de Grupo Contributivo, se a adesão for efectuada por representante sem poderes, o Aderente Principal ou o respectivo representante com poderes pode ratificá-lo, mesmo depois de ocorrido o sinistro, salvo havendo dolo do Tomador do seguro, do representante ou das Pessoas Seguras ou quando tenha já decorrido um prazo para a ratificação, não inferior a 5 dias, determinado pelo Segurador antes da verificação do sinistro.
4. Quando o Segurador desconheça a falta de poderes de representação, o representante fica obrigado ao pagamento do prémio calculado proporcionalmente ao período de tempo decorrido até ao momento em que o Segurador receba ou tenha conhecimento da recusa de ratificação.

Artigo 15.º — Entrega da Apólice

1. A Apólice é entregue ao Tomador do seguro aquando da celebração do contrato ou ser-lhe-á enviada no prazo de 14 dias, salvo se houver motivo justificado.
2. Quando convencionado nas Condições Particulares, o Segurador entrega a Apólice ao Tomador do seguro em suporte electrónico duradouro.
3. Entregue a Apólice de seguro, não são oponíveis pelo Segurador cláusulas que dela não constem, sem prejuízo do regime do erro negocial.
4. Havendo atraso na entrega da Apólice, não são oponíveis pelo Segurador cláusulas que não constem de documento escrito assinado pelo Tomador do seguro ou a ele anteriormente entregue.
5. O Tomador do seguro pode a qualquer momento exigir a entrega da Apólice de seguro, mesmo após a cessação do contrato.
6. Decorrido o prazo referido no n.º 1 do presente Artigo e enquanto a Apólice não for entregue, o Tomador do seguro pode resolver o contrato, tendo a cessação efeito retroactivo e o Tomador do seguro e/ou os Aderentes Principais direito à devolução da totalidade do prémio pago.
7. Decorridos 30 dias sobre a data da entrega da Apólice sem que o Tomador do seguro haja invocado qualquer desconformidade entre o acordado e o conteúdo da Apólice, só são invocáveis divergências que resultem de documento escrito ou de outro suporte duradouro.

Artigo 16.º — Início e duração do contrato

1. O contrato de Seguro de Grupo produz efeitos a partir das zero horas da data expressamente referida nas Condições Particulares.
2. O contrato de Seguro Individual produz efeitos a partir das zero horas do dia seguinte ao da sua celebração, salvo se, por acordo das partes expresso nas Condições Particulares, for aceite outra data para a produção de efeitos, a qual não pode, todavia, ser anterior à da celebração do contrato.
3. O contrato é celebrado pelo prazo que decorre entre a data de efeito definida nos números anteriores e o dia 31 de Dezembro desse mesmo ano.
4. No fim do período referido no número anterior, o contrato considera-se tácita e sucessivamente renovado por períodos anuais, excepto se o Tomador do seguro ou o Segurador o denunciar nos termos do Art.º 30.º destas Condições Gerais.
5. As partes podem convencionar nas Condições Particulares que a cobertura abranja riscos anteriores à data da celebração do contrato sem prejuízo do disposto no Artigo seguinte.
6. Considera-se como um único contrato aquele que seja objecto de prorrogação.

Artigo 17.º — Períodos de carência

As coberturas contratadas entram em vigor:

- a) imediatamente, em caso de acidente;
- b) no prazo de 12 meses (365 dias) para as despesas motivadas por parto e interrupção de gravidez e assistência pós-natal, se garantidas pelo contrato;
- c) no prazo de 3 meses (90 dias), para as restantes garantias.

Artigo 18.º — Inexistência do risco

- 1. Salvo nos casos legalmente previstos, o contrato de seguro é nulo se, aquando da celebração, o Segurador, o Tomador do seguro ou as Pessoas Seguras tiverem conhecimento de que o risco cessou.**
- 2. O Segurador não cobre sinistros anteriores à data da celebração do contrato quando o Tomador do seguro ou as Pessoas Seguras deles tivesse conhecimento nessa data.**
- 3. O contrato de seguro não produz efeitos relativamente a um risco futuro que não chegue a existir.**
4. Nos casos previstos nos números anteriores tem direito à devolução do prémio pago, deduzido das despesas necessárias à celebração do contrato suportadas pelo Segurador de boa-fé:
 - a) o Tomador do seguro, no caso de Seguro de Grupo Não Contributivo e no caso de Seguro Individual;
 - b) o Tomador e/ou o Aderente Principal no caso de Seguro de Grupo Contributivo.
5. Em caso de má-fé do Tomador do seguro ou, no caso de Seguro de Grupo Contributivo, do Aderente Principal, o Segurador de boa-fé tem direito a reter o prémio pago.
6. Presume-se a má-fé do Tomador do seguro e, no caso de Seguro de Grupo Contributivo, do Aderente Principal se as Pessoas Seguras tiverem conhecimento, aquando da celebração do contrato de seguro, da ocorrência de sinistro.

Artigo 19.º — Alteração do plano de garantias

Sem prejuízo de outras alterações contratuais previstas no presente contrato, o Tomador do seguro poderá solicitar ao Segurador, por escrito, até 30 dias antes da data de vencimento do contrato, a alteração do plano de garantias, sendo que esta, se aceite por escrito pelo Segurador, só produzirá efeitos na data de renovação do contrato, contando-se os períodos de carência, no caso de aumento de garantias, a partir desta data.

Artigo 20.º — Dever de informação da alteração do risco

Durante a vigência do contrato, o Segurador e o Tomador do seguro ou as Pessoas Seguras devem comunicar reciprocamente as alterações do risco respeitantes ao objecto das informações prestadas nos termos do Art.º 6.º destas Condições Gerais.

Artigo 21.º — Diminuição do risco

1. Ocorrendo uma diminuição inequívoca e duradoura do risco com reflexo nas condições do contrato, o Segurador deve, a partir do momento em que tenha conhecimento das novas circunstâncias, reflecti-la no prémio do contrato.
2. Na falta de acordo relativamente ao novo prémio, assiste ao Tomador do seguro o direito de resolver o contrato e, no caso de Seguro de Grupo Contributivo, ao Aderente Principal o direito de denunciar o vínculo resultante da adesão, salvo, neste último caso, de se tratar de uma adesão obrigatória em virtude de relação estabelecida com o Tomador de Seguro.

Artigo 22.º — Agravamento do risco

1. O Tomador do seguro ou as Pessoas Seguras têm o dever de, durante a execução do contrato, no prazo de 14 dias a contar do conhecimento do facto, comunicar ao Segurador todas as circunstâncias que agravem o risco, desde que estas, caso fossem conhecidas pelo Segurador aquando da celebração do contrato, tivessem podido influir na decisão de contratar ou nas condições do contrato.

Parágrafo único — Não se enquadram nas circunstâncias que agravam o risco referidas neste número todas aquelas que respeitem as alterações do estado de saúde das Pessoas Seguras no contrato.

2. No prazo de 30 dias a contar do momento em que tenha conhecimento do agravamento do risco, o Segurador pode:
 - a) apresentar ao Tomador do seguro proposta de modificação do contrato, que este deve aceitar ou recusar em igual prazo, findo o qual se entende aprovada a modificação proposta;

- b) no caso de Seguro de Grupo Contributivo, apresentar ao Tomador do seguro e ao Aderente Principal proposta de modificação da adesão, que este deve aceitar ou recusar em igual prazo, findo o qual se entende aprovada a modificação proposta;
 - c) resolver o contrato demonstrando que, em caso algum, celebra contratos que cubram riscos com as características resultantes desse agravamento do risco;
 - d) no caso de Seguro de Grupo Contributivo, resolver a adesão demonstrando que, em caso algum, aceita a cobertura de riscos com as características resultantes desse agravamento do risco.
3. Se antes da cessação ou da alteração do contrato, nos termos previstos nos números anteriores, ocorrer o sinistro cuja verificação ou consequência tenha sido influenciada pelo agravamento do risco, o Segurador:
- a) cobre o sinistro, se o agravamento tiver sido correcta e tempestivamente comunicado antes do sinistro ou antes de decorrido o prazo previsto no n.º 1 do presente Artigo;
 - b) cobre parcialmente o sinistro, na proporção entre o prémio pago e aquele que seria devido em função das reais circunstâncias do risco, se o agravamento não tiver sido correcta e tempestivamente comunicado antes do sinistro;
 - c) pode recusar a cobertura em caso de comportamento doloso do Tomador do seguro ou da Pessoa Segura com o propósito de obter uma vantagem, mantendo direito aos prémios vencidos.
4. Na situação prevista nas alíneas a) e b) do número anterior, sendo o agravamento do risco resultante de facto do Tomador do seguro ou da Pessoa Segura, o Segurador não está obrigado ao pagamento da prestação se demonstrar que, em caso algum, celebra contratos que cubram riscos com as características resultantes desse agravamento do risco.

Artigo 23.º — Cessaçãõ do contrato

1. O contrato de seguro cessa nos termos gerais, nomeadamente por caducidade, revogaçãõ, denúncia e resoluçãõ, sem prejuízo do número seguinte.
2. Em caso de não renovaçãõ 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 factõ ocorrido na vigência do contrato, desde que cobertos pelo seguro.
3. Para efeitos do disposto no número anterior, o Segurador deve ser informado da doença nos 30 dias imediatos ao termo do contrato, salvo justo impedimento.
4. Salvo disposiçãõ legal em contrário, as partes não podem estipular sançãõ aplicável ao Tomador do seguro sempre que este exerça um direito que determine cessaçãõ antecipada do contrato.

Artigo 24.º — Cessaçãõ do contrato de seguro de grupo por iniciativa do Tomador do seguro

1. O Tomador do seguro pode fazer cessar o contrato por revogaçãõ, denúncia ou resoluçãõ, nos termos gerais.
2. O Tomador do seguro deve comunicar às Pessoas Seguras a extinçãõ da cobertura decorrente da cessaçãõ do contrato de seguro.
3. A comunicaçãõ prevista no número anterior é feita com a antecedência de 30 dias em caso de revogaçãõ ou denúncia do contrato.
4. Não sendo respeitada a antecedência por factõ a este imputável, o Tomador do seguro responde pelos danos a que der origem.

Artigo 25.º — Efeitos da cessação

- 1. Sem prejuízo de disposições que estatuem a eficácia de deveres contratuais depois do termo do vínculo, a cessação do contrato determina a extinção das obrigações do Segurador, do Tomador do seguro e, no caso de Seguro de Grupo Contributivo, dos Aderentes Principais.**
- 2. A cessação do contrato não prejudica a obrigação do Segurador de efectuar a prestação decorrente da cobertura do risco, desde que o sinistro seja anterior ou concomitante com a cessação e ainda que este tenha sido a causa da cessação do contrato.**

Artigo 26.º — Estorno do prémio por cessação antecipada

- 1. Salvo disposição legal em contrário, sempre que o contrato cesse antes do período de vigência estipulado há lugar ao estorno do prémio, excepto quando tenha havido pagamento da prestação decorrente de sinistro.**
- 2. O estorno do prémio é calculado proporcionalmente ao período de tempo não decorrido até ao vencimento do contrato.**

Artigo 27.º — Efeitos da cessação em relação a terceiros

A cessação do contrato de seguro não prejudica os direitos adquiridos por terceiros durante a vigência do contrato.

Artigo 28.º — Caducidade

- 1. O contrato de seguro caduca nos termos gerais, nomeadamente no termo do período de vigência estipulado nas Condições Particulares.**
- 2. O contrato de seguro caduca na eventualidade de superveniente perda do interesse ou de extinção do risco.**

3. Nos contratos de Seguro Individual considera-se que há extinção do risco, nomeadamente em caso de morte de todas as Pessoas Seguras no contrato.

Artigo 29.º — Revogação

O Segurador e o Tomador do seguro podem, por acordo, a todo o tempo, fazer cessar o contrato de seguro.

Artigo 30.º — Denúncia – regime comum

1. O contrato de Seguro Individual celebrado por período determinado e com prorrogação automática, para obviar à sua prorrogação, pode ser:
 - a) livremente denunciado pelo Tomador do seguro;
 - b) denunciado pelo Segurador nos termos do n.º 4 do Art.º 43.º e, na falta de pagamento do prémio, nos termos do Art.º 42.º destas Condições Gerais.
2. O contrato de Seguro de Grupo celebrado por período determinado e com prorrogação automática pode ser livremente denunciado por qualquer das partes para obviar à sua prorrogação.
3. A denúncia deve ser feita por declaração escrita enviada ao destinatário com uma antecedência mínima de 30 dias relativamente à data da prorrogação do contrato.

Artigo 31.º — Denúncia por iniciativa da Pessoa Segura no seguro de grupo

1. Após a comunicação de alterações ao contrato de Seguro de Grupo, qualquer Aderente Principal pode denunciar o vínculo resultante da adesão, salvo nos casos de adesão obrigatória em virtude de relação estabelecida com o Tomador do seguro.

2. A denúncia prevista no número anterior respeita ao Aderente Principal que a invoque, não afectando a eficácia do contrato nem a cobertura dos restantes Aderentes Principais.
3. A denúncia, nos termos do presente Artigo, é feita por declaração escrita enviada ao Segurador com antecedência de 30 dias.

Artigo 32.º — Resolução por justa causa

1. O contrato de seguro pode ser resolvido por qualquer das partes a todo o tempo, havendo justa causa, nos termos gerais.
2. Entende-se que existe motivo de resolução por justa causa por parte do Segurador, nomeadamente, em caso de incumprimento do disposto no n.º 2 do Art.º 46.º destas Condições Gerais.

Artigo 33.º — Livre resolução

1. O Tomador do seguro pode resolver o contrato sem invocar justa causa nos 30 dias imediatos à data da recepção da Apólice.
2. O prazo previsto no número anterior conta-se a partir da data da celebração do contrato, desde que o Tomador do seguro, nessa data, disponha, em papel ou noutro suporte duradouro, de todas as informações relevantes sobre o seguro que tenham de constar da Apólice.
3. A resolução do contrato deve ser comunicada ao Segurador por escrito, em suporte de papel ou outro meio duradouro disponível e acessível ao Segurador.
4. A resolução tem efeito retroactivo, podendo o Segurador ter direito ao valor do prémio calculado proporcionalmente ao período de tempo decorrido até à data da resolução, na medida em que tenha suportado o risco até à resolução do contrato.

5. Em caso de livre resolução de contrato de seguro celebrado à distância, o Segurador apenas tem direito às prestações indicadas no número anterior no caso de início de cobertura do seguro antes do termo do prazo de livre resolução do contrato a pedido do Tomador do seguro.

Artigo 34.º — Extinção do direito às garantias e exclusão de Pessoas Seguras

1. As garantias contratadas cessam para todas as Pessoas Seguras, em caso de cessação do contrato de seguro, nos termos previstos nestas Condições Gerais.
2. Consideram-se excluídos do seguro:
 - a) os filhos, enteados e adoptados no dia 31 de Dezembro do ano em que completem 25 anos de idade;
 - b) a Pessoa Segura por morte;

Parágrafo único — Em caso de morte, o prémio a devolver é calculado proporcionalmente ao período de tempo que falta decorrer até ao vencimento do contrato;

- c) a Pessoa Segura que pratique actos fraudulentos que integrem o conceito de justa causa de resolução em prejuízo do Segurador ou do Tomador do seguro;
- d) exclusivamente nos contratos de Seguro de Grupo:
 - i. o Aderente Principal, nos termos do n.º 5 do Art.º 43.º destas Condições Gerais;
 - ii. o Aderente Principal em caso de falta de pagamento do prémio, nos termos definidos no Art.º 42.º destas Condições Gerais;
 - iii. o Aderente Principal por cessação do vínculo que o une ao Tomado do seguro;
 - iv. as Pessoas Seguras não referidas na alínea a), no dia 31 de Dezembro do ano em que a Pessoa Segura completar 70 anos de idade.

3. No contrato de Seguro de Grupo, a cessação das garantias em relação a um Aderente Principal determina a cessação imediata das garantias para o seu agregado familiar, se incluído.
4. Nos casos referidos na alínea c) e nos pontos i., ii. e iii. da alínea d) do n.º 2 do presente Artigo, o Segurador deve efectuar comunicação à Pessoa Segura objecto da exclusão, por carta registada com aviso de recepção, na qual fundamenta os motivos da exclusão, indicando a data a partir da qual a exclusão produz efeitos.
5. Sem prejuízo do disposto no n.º 2 do presente Artigo, a cessação das garantias contratadas poderá ser solicitada ao Segurador, por escrito, até 30 dias antes da data efeito pretendida, nos seguintes termos:
 - a) pelo Tomador do seguro, por exclusão de uma Pessoa Segura;
 - b) pela Pessoa Segura Aderente Principal no contrato de Seguro de Grupo Contributivo, por exclusão de um membro do seu agregado familiar.
6. As Pessoas que se encontram nas condições referidas na alínea a) do n.º 2 do presente Artigo, podem subscrever um novo contrato de seguro individual, sem formalidades médicas e sem períodos de carência para as mesmas garantias, se o pedido for feito no decurso dos 30 dias seguintes à sua exclusão do seguro.

CAPÍTULO III

SINISTROS

Artigo 35.º — Realização da prestação do Segurador

1. O Segurador obriga-se a satisfazer a prestação contratual a quem for devida, após a confirmação da ocorrência de um sinistro e das suas causas, circunstâncias e consequências.
2. Para efeito do disposto no número anterior, dependendo das circunstâncias, pode ser necessária a prévia quantificação das consequências do sinistro.

3. O Segurador obriga-se a proceder com diligência e prontidão a todas as averiguações necessárias para a correcta regularização do sinistro.
4. A obrigação do Segurador referida no n.º 1 do presente Artigo deverá ser realizada no prazo máximo de 30 dias após o apuramento dos factos, nos termos dos números anteriores e, no caso de prestações indemnizatórias, 30 dias após recepção do pedido de comparticipação e dos documentos referidos no n.º 1.2. do Art.º 46.º destas Condições Gerais.
- 5. A prestação devida pelo Segurador está limitada ao montante do capital seguro em vigor em cada anuidade.**
- 6. O Segurador apenas cobre o pagamento das despesas efectuadas em cada ano de vigência do contrato.**
7. No caso de complementaridade entre este contrato de seguro e outros esquemas de protecção, o total das comparticipações pagas por outras entidades/ instituições e pelo Segurador não poderá, em caso algum, ser superior ao valor real das despesas efectuadas pela Pessoa Segura.
8. Os pagamentos devidos pelo Segurador serão efectuados em Portugal e em moeda nacional, pelo que, caso as despesas sejam efectuadas em moeda estrangeira, a conversão para a moeda nacional será efectuada à taxa de câmbio publicada pelo Banco de Portugal no dia de realização da despesa.

Artigo 36.º — Actos dolosos

- 1. Salvo disposição legal ou regulamentar em sentido diverso, o Segurador não é obrigado a efectuar a prestação contratual em caso de sinistro causado dolosamente pelo Tomador do seguro ou pelas Pessoas Seguras.**
- 2. As Pessoas Seguras que tenham causado dolosamente o dano não têm direito à prestação contratual.**
- 3. Sem prejuízo do disposto nos números anteriores, não se considera dolosa a produção do dano quando as Pessoas Seguras beneficiem de uma causa de exclusão da ilicitude ou da culpa.**

Artigo 37.º — Perícia arbitral

1. No caso de desacordo quanto ao direito às prestações contratuais, com fundamento em opinião médica, o Tomador do seguro e/ou as Pessoas Seguras aceitam submeter o diferendo a um médico escolhido, de comum acordo, pelos médicos das Pessoas Seguras e do Segurador.
2. No caso de divergências irredutíveis sobre a escolha referida no número anterior, a designação será pedida à Ordem dos Médicos ou requerida judicialmente por qualquer uma das partes.

Parágrafo único — Durante este processo, o Segurador e o Tomador do seguro suportarão as despesas e honorários dos médicos respectivos, sendo as despesas e honorários da perita de desempate repartida por ambos, em partes iguais.

3. A determinação pelos peritos árbitros das causas, circunstâncias e consequências do sinistro é vinculativa para o Segurador, para o Tomador do seguro e para a Pessoa Segura.

CAPÍTULO IV PRÉMIOS

Artigo 38.º — Vencimento do prémio

1. A cobertura dos riscos depende do prévio pagamento do prémio.
2. Salvo convenção em contrário nas Condições Particulares, o prémio inicial ou a primeira fracção deste é devido na data da celebração do contrato.
3. As fracções seguintes do prémio inicial, o prémio de anuidades subsequentes e as sucessivas fracções deste são devidos nas datas estabelecidas no contrato de seguro.
4. 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 respectivos avisos.

Artigo 39.º — Modo de efectuar o pagamento

1. O prémio de seguro deverá ser pago através de uma das formas previstas no Aviso de Pagamento do Prémio, nos termos do Art.º 41.º destas Condições Gerais.
2. O pagamento do prémio por cheque fica subordinado à condição da sua boa cobrança e, verificada esta, considera-se feito na data da recepção daquele.
3. O pagamento por débito em conta fica subordinado à condição da não anulação posterior do débito por retractação do autor do pagamento no quadro de legislação especial que a permita.
4. A falta de cobrança do cheque ou a anulação do débito equivale à falta de pagamento do prémio.
5. A dívida de prémio pode ainda ser extinta por compensação com crédito reconhecido, exigível e líquido até ao montante a compensar, mediante declaração de uma das partes à outra, desde que se verifiquem os demais requisitos da compensação.

Artigo 40.º — Pagamento por terceiro

1. O prémio pode ser pago por terceiro, interessado ou não no cumprimento da obrigação, sem que o Segurador possa recusar o recebimento.
2. O Segurador não cobre sinistros, ocorridos entre a data do vencimento e a data do pagamento do prémio, de que a Pessoa Segura tivesse conhecimento.

Artigo 41.º — Aviso de pagamento

Na vigência do contrato, o Segurador deve avisar por escrito o Tomador do seguro e, no caso de Seguro de Grupo Contributivo, o Aderente Principal do montante a pagar, assim como da forma e do lugar de pagamento e das consequências da falta do pagamento do prémio ou de sua fracção, com uma antecedência mínima de 30 dias em relação à data em que se vence o prémio ou fracções deste.

Artigo 42.º — Pagamento dos prémios

1. Salvo disposição em contrário nas Condições Particulares, no Seguro de Grupo Contributivo o Aderente Principal paga directamente ao Segurador a respectiva parte do prémio.
2. No Seguro de Grupo Não Contributivo o Tomador do Seguro pagará o prémio ao Segurador.
3. Nos termos da Lei, a falta de pagamento do prémio ou fracções na data indicada no aviso de pagamento determina:
 - i. no caso de Seguro Individual e Seguro de Grupo Não Contributivo:
 - a) se se tratar de prémio inicial ou da primeira fracção deste, na respectiva data do vencimento, a resolução automática do contrato a partir da data da sua celebração;
 - b) se se tratar do prémio de anuidades subsequentes ou da primeira fracção deste, na respectiva data de vencimento, a não prorrogação do contrato que, por esse facto, não se opera;
 - c) se se tratar de qualquer fracção do prémio no decurso de uma anuidade, prémio de acerto ou parte de um prémio de montante variável ou, ainda, prémio adicional resultante de uma modificação do contrato fundada em agravamento superveniente do risco, a resolução imediata e automática na data do vencimento da fracção, prémio de acerto ou parte do prémio de montante variável ou prémio adicional, respectivamente.
 - ii. no caso de Seguro de Grupo Contributivo:
 - a) se se tratar de prémio inicial ou da primeira fracção deste, na respectiva data do vencimento, a resolução automática da relação contratual decorrente da adesão, a partir da data da sua celebração;
 - b) se se tratar do prémio de anuidades subsequentes ou primeira fracção deste, na respectiva data de vencimento, a não prorrogação da relação contratual decorrente da adesão que, por esse facto, não se opera;
 - c) se se tratar de uma qualquer fracção do prémio no decurso de uma anuidade, prémio de acerto ou parte de um prémio de montante variável ou, ainda, prémio adicional resultante de uma modificação do contrato fundada em agravamento superveniente do risco, que a relação contratual decorrente da adesão seja imediata e automaticamente resolvida na data em que o pagamento dessa fracção, prémio de acerto ou parte do prémio de montante variável ou prémio adicional era devido, sendo as Pessoas Seguras excluídas do contrato, cessando as respectivas garantias.

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.

Artigo 43.º — Revisão dos prémios

- 1. O Segurador tem a faculdade de proceder à revisão do prémio, com efeitos na data de renovação do contrato, devendo o Segurador comunicar o novo montante ao Tomador do seguro e, no caso de Seguro de Grupo Contributivo, ao Aderente Principal, com a antecedência mínima de 30 dias.**
- 2. Sem prejuízo do disposto no número anterior e igualmente com efeitos na data de renovação do contrato, o prémio será igualmente actualizado sempre que, durante a anuidade, as Pessoas Seguras transitem para o escalão etário seguinte.**
- 3. Salvo definição em contrário expressa nas Condições Particulares, para efeito do número anterior, entende-se por escalões etários os a seguir indicados:**

0-5	16-20	31-35	46-50	61-65	76-80
6-11	21-25	36-40	51-55	66-70	>= 81
12-15	26-30	41-45	56-60	71-75	

- 4. O Tomador do seguro, caso não aceite as alterações previstas nos números anteriores do presente Artigo, deverá comunicá-lo ao Segurador nos 15 dias seguintes à recepção da comunicação, reservando-se, então, o Segurador o direito de poder denunciar o contrato.**
- 5. No caso de Seguro de Grupo Contributivo, o Aderente Principal, caso não aceite as alterações previstas nos n.ºs 1, 2 e 3 do presente Artigo, deverá comunicá-lo ao Segurador nos 15 dias seguintes à recepção da comunicação, reservando-se, então, o**

Segurador o direito de o poder excluir da adesão, com efeito a partir da data de renovação do contrato, bem como as Pessoas Seguras do seu agregado familiar.

CAPÍTULO V CAPITAIS SEGUROS

Artigo 44.º — Capital seguro

A responsabilidade do Segurador por Pessoa Segura e por anuidade tem sempre como limite os valores de capital seguro indicados para cada garantia nas Condições Particulares da Apólice.

Artigo 45.º — Redução automática dos capitais seguros

Após ocorrência de um sinistro, os capitais seguros correspondentes à garantia afectada ficarão, até ao próximo vencimento anual do contrato, automaticamente reduzidos no valor das prestações efectuadas pelo Segurador.

CAPÍTULO VI OBRIGAÇÕES DAS PARTES

Artigo 46.º — Obrigações do Tomador do seguro e/ou das Pessoas Seguras

1. Para além das demais obrigações constantes nestas Condições Gerais, nas Condições Especiais, nas Condições Particulares e das que resultem da Lei, é ainda obrigação de qualquer das Pessoas Seguras e/ou do Tomador do seguro, em caso de doença ou acidente garantidos:
 - 1.1. Nas prestações convencionadas:
 - a) escolher um prestador da rede convencionada de prestadores de cuidados de saúde indicada pelo Segurador;
 - b) apresentar o seu cartão de saúde sempre que receberem cuidados de saúde num prestador da rede convencionada;

- c) efectuar o pagamento ao prestador da parte da despesa que fica a seu cargo, conforme definido nas Condições Particulares.

1.2. Nas prestações indemnizatórias:

- a) **apresentar o impresso de sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo médico, acompanhado dos originais identificativos das despesas efectuadas, no prazo máximo de 45 dias a contar da data da efectivação da despesa;**

Parágrafo único — Os originais identificativos das despesas efectuadas terão de indicar o nome do doente a que respeitam, discriminar os serviços prestados, a especialidade médica e obedecer às normas legais, nomeadamente às de natureza fiscal.

- b) apresentar a prescrição médica para os exames complementares de diagnóstico e tratamentos realizados, bem como para as próteses e ortóteses adquiridas;
- c) em caso de comparticipação por Organismos Oficiais ou Particulares pelos mesmos motivos, são aceites fotocópias desde que sejam autenticadas e obedeçam aos requisitos indicados na alínea anterior; neste caso, o Segurador só é responsável pela parte suportada pela Pessoa Segura.

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

- a) por doença, informar a Entidade Gestora ou o Segurador das respectivas circunstâncias e consequências;
- b) por acidente, informar a Entidade Gestora ou o Segurador sobre a data, hora, local, circunstâncias e consequências, testemunhas presenciais e eventual responsável, identificados pelo nome completo e morada, as autoridades que dele tomaram conhecimento e, no caso de acidente automóvel, juntar cópia da participação de sinistro do ramo automóvel e/ou auto de ocorrência do acidente;
- c) cumprir as prescrições médicas e tomar providências para evitar agravamento das consequências da doença ou do acidente, sob pena de o Segurador apenas responder pelas consequências que presumivelmente se verificariam se aquelas prescrições tivessem sido observadas;
- d) sujeitar-se a exames médicos designados pela Entidade Gestora ou pelo Segurador, caso estes o considerem necessário;

- e) autorizar a visita de médicos do Segurador, tantas vezes quantas as necessárias, para verificarem o seu estado de saúde;
 - f) prestar todas as informações solicitadas pela Entidade Gestora ou pelo Segurador, assim como facultar cópias de certificados médicos, relatórios clínicos ou outra documentação tida por estes como necessária para documentar o processo e autorizar os médicos ou hospitais a que tenham recorrido a fazê-lo, salvaguardando a devida confidencialidade.
3. As Pessoas Seguras deverão, ainda, solicitar uma pré-autorização aos serviços clínicos do Segurador ou da Entidade Gestora, para a realização de determinados actos médicos, conforme previsto nas respectivas Condições Especiais.
 4. Se, em caso de urgência, não for possível solicitar a pré-autorização, os serviços clínicos da Entidade Gestora ou do Segurador deverão ser contactados no prazo de 48 horas ou no mais curto período de tempo possível.
 5. O Tomador do seguro e/ou as Pessoas Seguras autorizam o Segurador a ceder à Entidade Gestora toda a informação confidencial sobre este contrato.

Artigo 47.º — Deveres de informação do Segurador

1. Sem prejuízo das menções obrigatórias a incluir na Apólice, cabe ao Segurador prestar todos os esclarecimentos exigíveis e informar o Tomador do seguro das condições do contrato de seguro, nomeadamente:
 - a) da sua denominação e do seu estatuto legal;
 - b) do âmbito do risco que se propõe cobrir;
 - c) das exclusões e limitações de cobertura;
 - d) do valor total do prémio, ou, não sendo possível, do seu método de cálculo, assim como das modalidades de pagamento do prémio e das consequências da falta de pagamento;
 - e) dos agravamentos ou bónus que possam ser aplicados no contrato, enunciando o respectivo regime de cálculo;
 - f) do montante máximo a que o Segurador se obriga em cada período de vigência do contrato;
 - g) da duração do contrato e do respectivo regime de renovação, de denúncia e de livre resolução;
 - h) do regime de transmissão do contrato;
 - i) do modo de efectuar reclamações, dos correspondentes mecanismos de protecção jurídica e da autoridade de supervisão;
 - j) do regime relativo à Lei aplicável.

2. Quando o contrato de seguro seja celebrado com intervenção de um mediador de seguros, aos deveres de informação gerais acrescem os deveres de informação específicos estabelecidos no regime jurídico de acesso e de exercício da actividade de mediação de seguros.
3. O Segurador obriga-se a informar o Tomador do seguro e as Pessoas Seguras sempre que, no futuro, outros serviços clínicos ou despesas necessitem de pré-autorização.
4. Para além das demais obrigações constantes nestas Condições Gerais e das que resultem da Lei, é ainda obrigação do Segurador informar o Tomador do seguro, durante a vigência do contrato, de todas as alterações do contrato e da execução das obrigações do Segurador que possam influir na formação da sua vontade de manter em vigor o contrato de seguro.

Artigo 48.º — Deveres de informação do Segurador sobre exames médicos

1. Quando haja lugar à realização de exames médicos, o Segurador deve entregar ao candidato, antes da realização dos referidos exames:
 - a) discriminação exaustiva dos exames, testes e análises a realizar;
 - b) informação sobre entidades junto das quais os referidos actos podem ser realizados;
 - c) informação sobre o regime de custeamento das despesas com a realização dos exames e, se for o caso, sobre a forma como o respectivo custo vai ser reembolsado a quem o financie;
 - d) identificação da pessoa ou entidade à qual devam ser enviados os resultados dos exames ou relatórios dos actos realizados.
2. Cabe ao Segurador a prova do cumprimento do disposto no número anterior.
3. O resultado dos exames médicos deve ser comunicado, quando solicitado, às Pessoas Seguras ou a quem estas expressamente indiquem.
4. A comunicação a que se refere o número anterior deve ser feita por um médico, salvo se as circunstâncias forem já do conhecimento das Pessoas Seguras ou se puder supor, à luz da experiência comum, que já as conheciam.
5. O disposto no n.º 3 aplica-se igualmente à comunicação ao Tomador do seguro ou às Pessoas Seguras quanto ao efeito do resultado dos exames médicos na decisão do Segurador, designadamente no que respeite à não aceitação do seguro ou à sua aceitação em condições especiais.

6. O Segurador não pode recusar-se a fornecer às Pessoas Seguras todas as informações de que disponha sobre a sua saúde, devendo, quando instado, disponibilizar tal informação por meios adequados do ponto de vista ético e humano.

Artigo 49.º — Incumprimento dos deveres de informação do Segurador

1. O incumprimento dos deveres de informação e de esclarecimento previstos nestas Condições Gerais faz incorrer o Segurador em responsabilidade civil, nos termos gerais.
2. O incumprimento dos deveres de informação do Segurador confere ainda ao Tomador do seguro o direito de resolução do contrato, salvo quando a falta do Segurador não tenha razoavelmente afectado a decisão de contratar da contraparte ou haja sido accionada a cobertura por terceiro.
3. O direito de resolução previsto no número anterior deve ser exercido no prazo de 30 dias a contar da recepção da Apólice, tendo a cessação efeito retroactivo e o Tomador do seguro direito à devolução da totalidade do prémio pago.
4. O direito de resolução previsto no número anterior deve ser exercido no prazo de 30 dias a contar da recepção da Apólice, tendo a cessação efeito retroactivo e o Tomador do seguro direito à devolução da totalidade do prémio pago.

CAPÍTULO VII DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 50.º — Participação dos resultados em contratos de seguro de grupo

Salvo disposição em contrário nas Condições Particulares, o presente contrato não confere direito à participação nos resultados.

Artigo 51.º — Sub-rogação

1. O Segurador, uma vez liquidadas as prestações contratuais, fica sub-rogado nos direitos do Tomador do seguro ou das Pessoas Seguras contra um Terceiro que dê causa ao sinistro.
2. O Tomador do seguro e/ou as Pessoas Seguras obrigam-se, sob pena de responderem por perdas e danos, a praticar o que for necessário para permitir ao Segurador efectivar o direito de sub-rogação que lhe assistem os termos do número anterior.

Artigo 52.º — Transmissão do seguro

1. **Salvo disposição em contrário nas Condições Particulares, e sem prejuízo do número seguinte, o Tomador do seguro não poderá transmitir a sua posição contratual nos termos gerais.**
2. **Em caso de morte do Tomador de seguro de um contrato de Seguro Individual, a posição contratual transmite-se apenas para o Cônjuge, se este for Pessoa Segura.**

Artigo 53.º — Comunicações e notificações

1. As comunicações ou notificações do Tomador do seguro e/ou das Pessoas Seguras previstas nesta Apólice consideram-se válidas e plenamente eficazes caso sejam efectuadas por correio registado, ou por outro meio do qual fique registo duradouro, para a sede social do Segurador.
2. As comunicações ou notificações do Segurador previstas nesta Apólice consideram-se válidas e plenamente eficazes, podendo servir como meio de prova, caso sejam efectuadas por correio registado, correio electrónico, mensagem telefónica ou por outro meio do qual fique registo duradouro para os endereços convencionais indicados pelo Tomador do seguro e/ou pelas Pessoas Seguras (e, no caso de Seguro de Grupo Contributivo, pelo Aderente Principal) na proposta de seguro, nomeadamente morada/sede, endereço de correio electrónico ou números de telefone, ou entretanto comunicados nos termos previstos no número seguinte.

- 3. A alteração dos meios de contacto e endereços referidos no número anterior deve ser comunicada ao Segurador, nos 30 dias subsequentes à data em que se verifique, por carta registada com aviso de recepção ou por outro meio do qual fique registo duradouro, sob pena de as comunicações ou notificações que o Segurador venha a efectuar para os meios de contacto e endereços desactualizados se terem por válidas e eficazes.**

4. Se o Tomador do seguro e/ou as Pessoas Seguras (e, no caso de Seguro de Grupo Contributivo, o Aderente Principal) indicarem, além da residência habitual/sede, uma morada para efeitos de correspondência postal, o Segurador enviará preferencialmente para esta última todas as comunicações relacionadas com este contrato, sem prejuízo de se considerar como validamente realizadas todas e quaisquer comunicações realizadas pelo Segurador para qualquer um dos endereços postais ou electrónico indicados na Apólice.

Artigo 54.º — Prescrição

Os direitos emergentes do contrato de seguro prescrevem no prazo de 5 anos a contar da data em que o titular teve conhecimento do direito, sem prejuízo da prescrição ordinária a contar do facto que lhe deu causa.

Artigo 55.º — Reclamações

Sem prejuízo do recurso aos tribunais, o Tomador do seguro e/ou as Pessoas Seguras podem apresentar reclamações decorrentes da interpretação ou aplicação do presente contrato ao departamento responsável pela gestão de reclamações do Segurador, ao Provedor do Cliente ou à Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões, nos termos das suas competências legais.

Artigo 56.º — Lei aplicável

Salvo convenção em contrário nas Condições Particulares, é aplicável a este contrato a Lei Portuguesa.

Artigo 57.º — Foro, arbitragem e resolução alternativa de litígios

1. O foro competente para dirimir os litígios emergentes deste contrato é o fixado na Lei Civil.
2. Nos litígios surgidos ao abrigo do presente contrato de seguro poderá haver recurso à arbitragem, de acordo com as disposições legais em vigor.
3. Em caso de litígio de consumo o consumidor pode recorrer à entidade de resolução alternativa de litígios indicada nas Condições Particulares.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

As seguintes Condições Especiais só serão aplicáveis desde que expressamente mencionadas nas Condições Particulares.

Condição Especial 1 — ASSISTÊNCIA

Artigo 1.º — objecto da cobertura

O Segurador garante os riscos referidos no Art.º 3.º desta Condição Especial, observando-se os preceitos e limites referidos no Art.º 4.º desta Condição Especial e desde que solicitada a Assistência através da linha de atendimento específica para o efeito.

Artigo 2.º — âmbito territorial

As garantias constantes no Art.º 3.º desta Condição Especial são válidas em Portugal, com excepção das referidas no n.º 4.2., que são válidas só no estrangeiro.

Artigo 3.º — Garantias

1. Informação médica

1.1. O Segurador, através do seu Serviço de Assistência Permanente, assumirá o encargo de fornecer informação sobre:

- a) prevenção (vacinação, hábitos alimentares e modos de vida);
- b) doenças, com recurso ao envio de literatura quando tal for solicitado;
- c) tipos de medicamentos, sua finalidade, modo de utilização e contra-indicações;
- d) hospitais e outras entidades clínicas, sua localização e especialidades;
- e) farmácias de serviço (turnos, horários de funcionamento e sua localização).

- 1.2. O Segurador, através do seu Serviço de Assistência Permanente, assegurará, ainda, a transmissão de mensagens urgentes.

Parágrafo único — O custo da expedição de mensagens urgentes relacionadas com o funcionamento das garantias previstas no presente contrato fica a cargo do Segurador.

2. Aconselhamento médico

- 2.1. O Serviço de Assistência põe à disposição das Pessoas Seguras um serviço de aconselhamento médico, assegurado por médico, em caso de urgência, via telefone, 24 horas por dia.

- 2.2. O aconselhamento médico consiste em:

- a) avaliar sintomas;
- b) sugerir cuidados de saúde imediatos no âmbito de problemas concretos apresentados por uma Pessoa Segura;
- c) proporcionar à Pessoa Segura elementos que a ajudem a resolver pequenos problemas ou a tomar uma decisão;
- d) aconselhar uma consulta médica, uma ida ao hospital ou a outra entidade clínica;
- e) acompanhar a evolução clínica, após solicitação de aconselhamento médico que tenha originado uma acção subsequente por parte do Serviço de Assistência, telefonando à Pessoa Segura e questionando-a sobre o seu estado de saúde.

- 2.3. A informação recebida deve ser sempre considerada como uma mera sugestão auxiliar de uma decisão a tomar pela Pessoa Segura ou pelo seu representante legal, não podendo considerar-se responsável, em caso algum, o Serviço de Assistência ou o seu quadro clínico.

- 2.4. O aconselhamento médico não constitui diagnóstico médico nem o pretende substituir.

3. Assistência médica de urgência domiciliária

O Segurador, através do seu Serviço de Assistência, providenciará:

a) consultas médicas de urgência, solicitadas em dias úteis, das 20 horas às 7 horas, fins-de-semana e feriados, promovendo o envio de um médico de clínica geral ao domicílio da Pessoa Segura;

i. O Segurador suportará os custos com os honorários médicos, ficando a cargo da Pessoa Segura o pagamento da franquia por consulta indicada no Art.º 4.º desta Condição Especial.

ii. Caso não seja possível a deslocação do médico ao domicílio, o Serviço de Assistência providenciará, em alternativa, o transporte da Pessoa Segura para a entidade hospitalar mais próxima.

b) actos de enfermagem geral e aplicação de oxigénio no domicílio da Pessoa Segura, mediante prescrição médica;

Parágrafo único — O Segurador suportará os custos com os honorários de enfermagem, ficando a cargo da Pessoa Segura o pagamento da franquia por tratamento indicada no Art.º 4.º desta Condição Especial, assim como dos materiais e oxigénio utilizados no tratamento.

c) o envio de medicamentos ao domicílio, no período compreendido entre as 24 horas e as 9 horas, mediante solicitação da Pessoa Segura, prescritos na sequência de uma emergência médica e/ou de consulta domiciliária.

Parágrafo único — O custo dos medicamentos e do respectivo transporte ficarão a cargo da Pessoa Segura.

4. Transportes e estadias das Pessoas Seguras

Através desta garantia, a Seguradora, por intermédio do seu Serviço de Assistência:

4.1. Ocorrências em Portugal

a) providenciará o transporte da Pessoa Segura para e de entidades clínicas, sempre que esta o solicite na sequência da utilização das garantias de Assistência Médica de Urgência Domiciliária e/ ou Aconselhamento Médico;

Parágrafo único — Se a entidade clínica pertencer à rede convencionada de prestadores de cuidados de saúde, o

custo do transporte ficará a cargo do Segurador, caso contrário ficará a cargo da Pessoa Segura.

- b) providenciará o transporte e/ou estadia da Pessoa Segura para o local de tratamento indicado pelo médico;
 - i. Se o local de tratamento pertencer à rede convencionada de prestadores de cuidados de saúde, o custo do transporte ficará a cargo do Segurador, caso contrário, ficará a cargo da Pessoa Segura.
 - ii. Os custos da estadia ficarão sempre a cargo da Pessoa Segura.
- c) providenciará, em caso de hospitalização da Pessoa Segura, o transporte (ida e volta) de um acompanhante para o local de internamento, pelo meio adequado, suportando os respectivos custos, desde que se verifique cumulativamente as seguintes condições:
 - o local de hospitalização diste mais de 50 km do domicílio da Pessoa Segura;
 - o médico preveja hospitalização de duração superior a 5 dias;
 - o médico desaconselhe o transporte mesmo que acompanhando.

Parágrafo único — Apesar das despesas com a estadia ficarem a cargo da Pessoa Segura, a seu pedido, aquela poderá ser providenciada pelo Serviço de Assistência.

4.2. Ocorrências no Estrangeiro

- a) em caso de acidente ou doença súbita da Pessoa Segura, surgidos no estrangeiro e impeditivos do normal prosseguimento da viagem ou estadia, providenciará o seu repatriamento/transporte sanitário, pelo meio adequado, para o centro hospitalar indicado pela equipa médica que a assistiu e/ou para a sua residência habitual, suportando os respectivos custos;

Parágrafo único — A necessidade e as medidas mais adequadas para a prestação deste serviço serão definidas pelo médico do Segurador, após contacto com o médico que assistiu a Pessoa Segura.

- b) em caso de morte da Pessoa Segura no estrangeiro, no âmbito da alínea anterior, assegurará o tratamento das formalidades no local e suportará as despesas de transporte/repatriamento do corpo até ao local do enterro em Portugal, com exclusão das respeitantes à aquisição da urna de madeira.

5. Serviço adicional “INFOPARTNER”

O Serviço de Assistência prestará as informações e providenciará os serviços seguintes:

5.1. Informações

- a) viagens informações sobre horários e ligações aéreas;

Parágrafo único — A Pessoa Segura pode ainda beneficiar da reserva de voos e de várias informações de ordem administrativa ou médica, antes do início de uma viagem, tais como: passaporte, vistos de entrada em outros países, vacinas exigidas, alfândegas e taxas de câmbio;

- b) restaurantes entre as 8h30 e as 22h00, informações sobre moradas, telefones e pratos típicos;
- c) câmbios informações sobre câmbio diário;
- d) trânsito Rodoviário entre as 6h00 e as 24h00, informações sobre condições de trânsito rodoviário agravado em todo o país;
- e) lojas e Compras entre as 8h30 e as 22h00, informações sobre moradas e telefones de representantes de marcas;
- f) turismo entre as 8h30 e as 22h00, informações sobre museus, horários e dias de funcionamento;
- g) meteorologia entre as 8h00 e as 24h00, informações sobre condições atmosféricas em Portugal e no estrangeiro.

5.2. Serviços

- a) envio de Flores entrega personalizada de flores em qualquer ponto do país ou do estrangeiro, mediante solicitação entre as 8h00 e as 19h00, todos os dias do ano;

Parágrafo único — O pagamento respectivo terá de ser efectuado previamente.

- b) reserva de Bilhetes para Espectáculos em Portugal, na zona da grande Lisboa e do grande Porto, para os seguintes espectáculos: Ópera, Concertos, Teatro, Dança, Touradas, Desportivos.

Parágrafo único — A reserva fica no entanto condicionada às disponibilidades existentes, razão pela qual deverá ser solicitada com a maior antecedência possível.

Artigo 4.º — Limites de indemnização

- | | |
|---|-----------|
| 1. Informação médica..... | ilimitado |
| 2. Aconselhamento médico..... | ilimitado |
| 3. Assistência médica de urgência domiciliária | |
| a) consulta médica no domicílio..... | ilimitado |
| i. Franquia por consulta..... | € 15,00 |
| b) serviços de enfermagem..... | ilimitado |
| i. Franquia por tratamento..... | € 15,00 |
| ii. Materiais utilizados e oxigénio custo a cargo da Pessoa Segura | |
| c) envio de medicamentos..... | ilimitado |
| i. Transporte e medicamentos custo a cargo da Pessoa Segura | |
| 4. Transportes e estadias das Pessoas Seguras | |
| 4.1. Ocorrências em Portugal | |
| a) transporte para e de entidades clínicas..... | ilimitado |
| i. se entidade fora da rede convencionada de prestadores de cuidados de saúde, custo de transporte a cargo da Pessoa Segura | |
| b) transporte para local de tratamento e estadia..... | ilimitado |
| ii. custo da estadia a cargo da Pessoa Segura | |
| c) transporte de familiar p/accompanhamento da Pessoa Segura hospitalizada..... | ilimitado |
| 4.2. Ocorrências no Estrangeiro | |
| a) transporte/repatriamento sanitário..... | ilimitado |
| b) transporte do corpo em caso de morte..... | ilimitado |
| i. aquisição da urna de madeira custo a cargo da Pessoa Segura | |
| 5. Serviço Adicional “INFOPARTNER”..... | ilimitado |

Condição Especial 2 — ASSISTÊNCIA MÉDICA HOSPITALAR

Artigo 1.º — Garantias

1. Ao abrigo desta Condição Especial, o Segurador garante, até aos limites estabelecidos nas Condições Particulares, o pagamento de despesas médicas, efectuadas pela Pessoa Segura em regime de prestações convencionadas ou prestações indemnizatórias, relacionadas com as seguintes garantias:

1.1. HOSPITALIZAÇÃO

- a) diária hospitalar;
- b) assistência Médica;
- c) tratamentos:
 - actos de enfermagem geral, não privativa, incluindo a administração de injecções;
 - reanimação imediata e aplicação de oxigénio, incluindo o oxigénio;
 - infusões endovenosas e transfusões de sangue, incluindo o sangue e o plasma;
 - radioterapia, cobaltoterapia e quimioterapia com ou sem internamento;
 - tratamentos psiquiátricos, com o limite de 15 dias de internamento por Pessoa Segura/ano;
 - medicamentos prescritos durante a hospitalização;
 - aplicação de pensos cirúrgicos, gesso e talas;
 - material de osteossíntese.
- d) elementos auxiliares de diagnóstico:
 - análises clínicas;
 - análises anatomopatológicas;
 - electrocardiogramas, electroencefalogramas e electromiogramas;
 - audiogramas;
 - testes alergológicos;
 - exames imagiológicos (radiologia convencional, TAC, ressonância magnética, ecografias, etc.);
 - endoscopias.

Parágrafo único — As despesas médicas previstas nesta alínea estarão garantidas apenas se realizadas para comprovar uma situação clínica que, por si só, justificadamente implique um internamento urgente.

- e) acompanhamento de crianças: Pagamento de diária hospitalar para um acompanhante de menores com idade igual ou inferior a 13 anos, com o limite de 75,00 euros por dia e 10 dias de internamento, por sinistro.

1.2. INTERVENÇÃO CIRÚRGICA (com e sem internamento)

a) acto operatório:

- custo do bloco operatório, dos instrumentos e produtos cirúrgicos;
- honorários do médico cirurgião, de ajudantes, do anestesista e instrumentista.

b) exames especiais efectuados durante o acto operatório:

- exames radiológicos;
- exames intra-operatórios;
- análises clínicas.

c) próteses e ortóteses aplicadas em intervenções cirúrgicas.

1.3. PARTO E INTERRUPÇÃO DE GRAVIDEZ

- a) diária hospitalar da parturiente;
- b) honorários de médico obstetra;
- c) honorários de médicos ajudantes, parteiras, instrumentista e anestesista, quando clinicamente necessários;
- d) sala de operações/parto, instrumentos, medicamentos e material utilizado;
- e) elementos auxiliares de diagnóstico;
- f) tratamentos;
- g) despesas médicas, garantidas pela presente Condição Especial, referentes ao recém-nascido, durante o primeiro mês após o nascimento.

2. As despesas médicas previstas na alínea g) do ponto 1.3. anterior estão garantidas até ao limite de capital anual previsto nas Condições Particulares para a presente Condição Especial, enquanto que as despesas previstas nas restantes alíneas do mesmo ponto estão garantidas até ao limite anual de capital previsto nas Condições Particulares para Parto e Interrupção de Gravidez.
3. Em regime de prestações indemnizatórias, os honorários médicos garantidos pelo presente Artigo são limitados aos montantes que resultem do produto entre o valor de “K” indicado nas Condições Particulares e o número de “K” previsto no Código de Nomenclatura e Valor Relativo de Actos Médicos.

Artigo 2.º — Pré-autorização

O acesso aos serviços garantidos por esta cobertura carece sempre de uma prévia autorização que deverá ser solicitada à Entidade Gestora ou ao Segurador.

Artigo 3.º — Exclusões

Além das exclusões previstas no Art.º 4.º das Condições Gerais, não fica garantido, ao abrigo da presente Condição Especial, o pagamento de despesas relacionadas com:

- a) patologia estomatológica ou maxilofacial, salvo se em consequência de acidente abrangido por este contrato;
- b) tratamento psiquiátrico, no que excede os 15 dias de internamento por Pessoa Segura/ano;
- c) tratamentos refractivos à miopia, astigmatismo e hipermetropia para situações com menos de 4 dioptrias;
- d) enfermagem privativa;
- e) despesas de natureza particular, tais como telefone, aluguer de TV ou vídeo, etc.;
- f) despesas com acompanhantes, salvo as previstas na alínea e) do n.º 1.1. do Art.º 1.º da presente Condição Especial.

Artigo 4.º — Outras disposições

1. No regime de prestações indemnizatórias, caso haja lugar à aplicação de franquia, cujo valor constará nas Condições Particulares, o respectivo valor será debitado à totalidade da despesa constante do recibo, após dedução de eventuais participações de Organismos Oficiais ou Particulares.
2. No regime de prestações indemnizatórias, mediante prévia participação do sinistro, devidamente documentada, a Entidade Gestora ou o Segurador poderá responsabilizar-se pelo pagamento das despesas garantidas pelo contrato directamente ao estabelecimento hospitalar, para o que emitirá um termo de responsabilidade.
 - 2.1. As despesas excluídas deverão ser sempre liquidadas pelo Tomador do seguro ou pela Pessoa Segura.
 - 2.2. O termo de responsabilidade apenas obriga o Segurador a liquidar as despesas que lhe venham a ser apresentadas pelo estabelecimento hospitalar referido no mesmo.
3. Poderão ficar garantidas pela presente Condição Especial as despesas médicas efectuadas no estrangeiro, nas seguintes condições:
 - 3.1. Nos termos da Condição Especial 7 – Extensão da Rede de Prestadores a Espanha.
 - 3.2. Exclusivamente em regime de prestações indemnizatórias,
 - 3.2.1. Nas seguintes situações:
 - a) acidente ou doença ocorridos em viagem ou viagens com duração até 30 dias/cada e comunicadas previamente ao Segurador ou à Entidade Gestora;
 - b) despesas prescritas pelo médico assistente da Pessoa Segura e após acordo prévio do Segurador e/ou da Entidade Gestora.
 - 3.2.2. No caso da situação descrita na alínea a) do n.º 3.2.1., mediante apresentação ao Segurador ou à Entidade Gestora dos recibos originais comprovativos da

despesa efectuada e dos relatórios e certificados médicos que comprovam a urgência, para que esta possa proceder ao reembolso nos termos da Apólice.

- 3.2.3. Sem prejuízo do disposto na alínea a) do n.º 3.2.1., não ficam garantidas as despesas mencionadas no n.º 1.3. do Art.º 1.º desta Condição Especial, realizadas no estrangeiro.

Condição Especial 3 — ASSISTÊNCIA MÉDICA AMBULATORIA

Artigo 1.º — Garantias

1. Ao abrigo desta Condição Especial, o Segurador garante, até aos limites estabelecidos nas Condições Particulares, o pagamento das despesas com cuidados médicos ambulatoriais, efectuadas pela Pessoa Segura em regime de prestações convencionadas ou prestações indemnizatórias, em consequência de sinistro garantido pelo presente contrato.
2. Fica garantido o pagamento das despesas relacionadas com:
 - 2.1. HONORÁRIOS MÉDICOS DE CONSULTAS — Consultas de clínica geral e de especialidade, incluindo consultas de psiquiatria no máximo de 6 sessões individuais por Pessoa Segura/ano.
 - 2.2. ELEMENTOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO, desde que prescritos por médico:
 - a) análises clínicas;
 - b) análises anatomopatológicas;
 - c) electrocardiogramas, electroencefalogramas e electromiogramas;
 - d) audiogramas;
 - e) testes alergológicos;
 - f) exames imagiológicos (radiologia convencional, TAC, ressonância magnética, ecografias, etc.);
 - g) colposcopias;
 - h) endoscopias.

2.3. TRATAMENTOS AMBULATÓRIOS E OUTROS ACTOS CLÍNICOS, desde que prescritos por médico:

- a) actos de enfermagem geral, não privativa, incluindo a administração de injecções;
- b) reanimação imediata e aplicação do oxigénio, incluindo o oxigénio;
- c) infusões endovenosas e transfusões de sangue, incluindo o sangue e o plasma;
- d) laserterapia (tratamentos por raios X e raios laser);
- e) fisioterapia com o limite de 30 sessões por sinistro, em consequência de cirurgia, acidente vascular cerebral, cinesioterapia originada por doença respiratória ou, ainda, em consequência de acidente que tenha implicado tratamento hospitalar;
- f) terapia de fala com o limite de 30 sessões por sinistro, em consequência de cirurgia, acidente vascular cerebral ou, ainda, em consequência de acidente.

2.4. ASSISTÊNCIA PRÉ E PÓS-NATAL:

- a) ginástica de preparação para o parto;
- b) assistência obstétrica;
- c) testes específicos de vigilância pré-natal;
- d) consultas de psiquiatria associados a depressões pós-parto, durante os 6 meses posteriores, até ao máximo de 6 sessões individuais;
- e) despesas médicas, garantidas pela presente Condição Especial, referentes ao recém-nascido, durante o 1.º mês após o nascimento.

Artigo 2.º — Pré-autorizações

O acesso aos serviços que a seguir se discriminam, carece sempre de uma prévia autorização que deverá ser solicitada à Entidade Gestora ou ao Segurador:

- a) fisioterapia;
- b) terapia de fala.

Artigo 3.º — Exclusões

Além das exclusões previstas no Art.º 4.º das Condições Gerais, não fica garantido ao abrigo da presente Condição Especial o pagamento de despesas relacionadas com:

- a) assistência domiciliária sob qualquer forma;
- b) enfermagem privativa;
- c) patologia estomatológica ou maxilofacial;
- d) tratamentos de fisioterapia e/ou terapia da fala em consequência de doença;
- e) tratamentos de fisioterapia em consequência de acidente que não tenha implicado tratamento hospitalar;
- f) tratamentos de fisioterapia e/ou terapia da fala garantidos, no que excede o limite de 30 sessões por sinistro;
- g) consultas de psiquiatria, no que excede o limite de 6 sessões individuais por Pessoa Segura/ano.

Artigo 4.º — Outras disposições

- 1. No regime de prestações indemnizatórias, caso haja lugar à aplicação de franquias, cujo valor constará nas Condições Particulares, o respectivo valor será debitado à totalidade da despesa constante do recibo, após dedução de eventuais participações de Organismos Oficiais ou Particulares.
- 2. Poderão ficar garantidas pela presente Condição Especial as despesas médicas efectuadas no estrangeiro, nas seguintes condições:
 - 2.1. Nos termos da Condição Especial 7 – Extensão da Rede de Prestadores a Espanha.
 - 2.2. Exclusivamente em regime de prestações indemnizatórias:
 - 2.2.1. Nas seguintes situações:
 - a) acidente ou doença ocorridos em viagem ou viagens com duração até 30 dias/cada e comunicadas previamente ao Segurador ou à Entidade Gestora;

- b) despesas prescritas pelo médico assistente da Pessoa Segura e após acordo prévio do Segurador e/ou da Entidade Gestora.
- 2.2.2. No caso da situação descrita na alínea a) do n.º 2.2.1., mediante apresentação ao Segurador ou à Entidade Gestora dos recibos originais comprovativos da despesa efectuada e dos relatórios e certificados médicos que comprovam a urgência, para que esta possa proceder ao reembolso nos termos da Apólice.
- 2.2.3. Sem prejuízo do disposto na alínea a) do n.º 2.2.1., não ficam garantidas as despesas mencionadas no n.º 2.4. do Art.º 1.º desta Condição Especial, realizadas no estrangeiro.

Condição Especial 4 — ESTOMATOLOGIA

Artigo 1.º — Garantias

1. Ao abrigo desta Condição Especial, o Segurador garante, até aos limites estabelecidos nas Condições Particulares, o pagamento das despesas efectuadas pela Pessoa Segura em regime de prestações convencionadas ou prestações indemnizatórias, com internamentos, consultas ou tratamentos do foro estomatológico.
2. Fica garantido o pagamento das despesas relacionadas com:
 - 2.1. consultas e tratamentos do foro estomatológico ou maxilofacial;
 - 2.2. exames auxiliares de diagnóstico do foro estomatológico ou maxilofacial;
 - 2.3. cirurgia estomatológica ou maxilofacial em consequência de doença, com ou sem internamento;
 - 2.4. próteses e ortóteses estomatológicas.

Artigo 2.º — Exclusões

Além das exclusões previstas no Art.º 4.º das Condições Gerais, não fica garantido, ao abrigo da presente Condição Especial, o pagamento de:

- a) tratamentos efectuados com metais preciosos;
- b) despesas com enfermagem privativa, despesas particulares (telefone, aluguer de TV, etc.) e despesas com acompanhantes, quando haja lugar a internamento.

Artigo 3.º — Outras disposições

1. No regime de prestações indemnizatórias, caso haja lugar à aplicação de franquia, cujo valor constará nas Condições Particulares, o respectivo valor será debitado à totalidade da despesa constante do recibo, após dedução de eventuais participações de Organismos Oficiais ou Particulares.
2. Poderão ficar garantidas pela presente Condição Especial despesas médicas efectuadas no estrangeiro, nos termos da Condição Especial 7 – Extensão da Rede de Prestadores a Espanha.

Condição Especial 5 — PRÓTESES E ORTÓTESES

Artigo 1.º — Garantias

1. Ao abrigo desta Condição Especial, o Segurador garante, até aos limites estabelecidos nas Condições Particulares, o pagamento das despesas efectuadas pela Pessoa Segura em regime de prestações convencionadas ou prestações indemnizatórias, com próteses e ortóteses, desde que prescritas por médico.
2. Fica garantido o pagamento das despesas relacionadas com:
 - 2.1. aros e lentes;
 - 2.2. entes de contacto;

- 2.3. próteses e ortóteses auditivas, oftalmológicas e ortopédicas;
- 2.4. aquisição ou aluguer de cadeiras de rodas, camas articuladas e outros equipamentos auxiliares.

Artigo 2.º — Exclusões

Além das exclusões previstas no Art.º 4.º das Condições Gerais, não fica garantido, ao abrigo da presente Condição Especial, o pagamento de despesas efectuadas com:

- a) próteses intracirúrgicas;

Parágrafo único — Estas próteses estão garantidas na Condição Especial 2 – Assistência Médica Hospitalar.

- b) próteses e ortóteses do foro estomatológico;

Parágrafo único — Estas próteses e ortóteses estão garantidas na condição Especial 7 – Estomatologia.

- c) collants, meias e ligas elásticas e cintas ortopédicas;
- d) soutiens medicinais;
- e) calçado ortopédico;
- f) palmilhas de silicone;
- g) calcanhares d'helfett;
- h) colchões e almofadas ortopédicos;
- i) óculos de sol, graduados ou não.

Condição Especial 6 — SEGUNDA OPINIÃO MÉDICA

Artigo 1.º — Objecto da cobertura

1. O Segurador garante os riscos referidos no Art.º 2.º, observando-se as condições e limites referidos nos Art.ºs 3.º e 4.º desta Condição Especial.
2. As garantias constantes da presente Condição Especial são válidas apenas no âmbito dos Centros de Excelência, referidos no número seguinte.

3. Entende-se por Centros de Excelência as seguintes Entidades:

- Albert Einstein Medical Center;
- Barnes-Jewish Hospital;
- Brigham and Women's Hospital;
- Cedars-Sinai Medical Center;
- Children's Memorial Hospital;
- Cleveland Clinic;
- Duke University Medical Center;
- Georgetown Medical Center;
- MD Anderson Cancer Center;
- Memorial Sloan-Kettering Cancer Center;
- New York Presbyterian Hospital;
- Northwestern Memorial Hospital;
- Stanford University Hospital;
- UCLA Medical Center;
- University of Iowa Hospitals and Clinics;
- University of California, San Francisco Medical Center;
- Johns Hopkins Hospital;
- Universidad de Loyola;
- Massachusetts General Hospital;
- University of Chicago Hospitals;
- University of Washington Medical Center;
- Vanderbilt University Medical.

Artigo 2.º — Garantias

1. O Segurador, através do seu Serviço de Assistência, providenciará, em caso de doença grave da Pessoa Segura:

- a) as ações necessárias à recolha de uma Segunda Opinião Médica junto de médicos especialistas de Centros de Excelência, relativamente à confirmação ou não de um diagnóstico existente e/ou respectivos tratamentos;

Parágrafo único — Para efeitos do disposto nesta alínea, o Serviço de Assistência do Segurador coordenará a recolha e tradução da informação clínica, solicitando, caso seja necessário, a realização de novos exames auxiliares de diagnóstico e providenciará o envio da informação recolhida para o

médico especialista do Centro de Excelência que considere mais adequado, tendo em conta a patologia da Pessoa Segura.

b) a prestação dos seguintes serviços, a pedido da Pessoa Segura, quando esta, por sua iniciativa, entender realizar os tratamentos médicos recomendados na Segunda Opinião Médica obtida ao abrigo desta Condição Especial:

- i. selecção e fornecimento de referências à Pessoa Segura sobre médicos especialistas e entidades hospitalares;
- ii. obtenção de orçamentos e custos estimados com honorários e internamentos hospitalares relativos ao tratamento médico a realizar;
- iii. marcação de consultas médicas com médicos especialistas;
- iv. marcação de reservas de transporte e alojamento no estrangeiro para a Pessoa Segura e seus familiares;
- v. formalização dos trâmites prévios necessários à admissão da Pessoa Segura na entidade hospitalar;
- vi. apresentação e orientação da Pessoa Segura na entidade hospitalar onde será internada e coordenação do atendimento médico a prestar;
- vii. revisão, controlo e análise das facturas correspondentes aos tratamentos e consultas efectuadas;
- viii. realização de auditorias completas a todas as facturas e despesas médicas suportadas pela Pessoa Segura;
- ix. negociação de descontos a favor da Pessoa Segura junto dos médicos especialistas e entidades hospitalares.

2. Para efeitos do número anterior, entende-se por doença grave as seguintes patologias:

- a) doenças cancerígenas;
- b) doenças cardiovasculares;
- c) doenças neurológicas, neurocirúrgicas, neurodegenerativas e neuronais motoras;
- d) acidentes vasculares cerebrais;
- e) coma;
- f) transplante de coração, fígado, pulmão, rim;
- g) insuficiência renal crónica;

- h) esclerose múltipla;
- i) doença de Parkinson;
- j) doença de Alzheimer;
- k) cegueira repentina devido a doença;
- l) surdez e perda da fala;
- m) outra doença, desde que considerada grave pelo Segurador e/ou pelo seu Serviço de Assistência, tendo em conta o caso concreto da Pessoa Segura.

Artigo 3.º — Exclusões

1. Para efeitos desta Condição Especial, o presente Artigo derroga o disposto no Art.º 4.º das Condições Gerais da Apólice, passando a aplicar-se o disposto nos números seguintes.
2. Ficam sempre excluídas da presente Condição Especial as prestações, convencionadas ou indemnizatórias, decorrentes de:
 - a) situações de doença preexistente ou acidente ocorrido antes da data de inclusão da Pessoa Segura no contrato, durante os 6 meses seguintes à data da sua inclusão no contrato;
 - b) quaisquer anomalias, enfermidades ou malformações congénitas e suas consequências, excepto quando digam respeito a crianças nascidas durante a vigência do contrato e nele incluídas desde o nascimento;
 - c) S.I.D.A., infecção com HIV e suas implicações;
 - d) suicídio ou tentativa de suicídio;
 - e) prática de quaisquer actos dolosos ou gravemente culposos autoinfligidos por parte das Pessoas Seguras;
 - f) atrasos ou negligência imputáveis às Pessoas Seguras no recurso a assistência médica, o mesmo acontecendo no caso de recusa de observação dos tratamentos descritos;
 - g) intoxicação alcoólica, embriaguez, uso de estupefacientes ou narcóticos não prescritos pelo médico ou utilização abusiva de medicamentos;
 - h) qualquer conduta da Pessoa Segura contrária à Lei, nomeadamente a participação em actos de sabotagem, perturbações da ordem pública ou rixas;
 - i) doenças epidémicas oficialmente declaradas;

- j) guerra, guerra civil, revolução e actos de terrorismo;
- k) efeitos da radioactividade;
- l) envenenamento e inalação de gases venenosos;
- m) calamidades e catástrofes da natureza.

3. Ficam igualmente excluídas da presente Condição Especial:

- a) quaisquer serviços solicitados ao Segurador, através do seu Serviço de Assistência, que não verifiquem a situação de doença grave nos termos do n.º 2 do Art.º 2.º da presente Condição Especial;
- b) serviços, ainda que garantidos pela presente Condição Especial, não solicitados ao Segurador ou ao seu Serviço de Assistência;
- c) quaisquer despesas médicas com honorários médicos de consultas, tratamentos e cirurgias, internamentos hospitalares, medicamentos e exames auxiliares de diagnóstico, mesmo que realizadas na consequência da Segunda Opinião Médica;
- d) despesas de transporte e alojamento.

Artigo 4.º — Limites

As garantias previstas no Art.º 2.º da presente Condição Especial ficam garantidas até aos seguintes limites de indemnização:

1. Segunda Opinião Médica

1.1. Segundas Opiniões Médicas

não relacionadas entre si..... 2 pedidos p/ P. Segura/ano

1.1.1. Até dois pedidos

p/ P. Segura/ano..... custo a cargo do Segurador

1.1.2. Três ou mais

p/ P. Segura/ano..... € 220 a cargo da Pessoa Segura,
p/ pedido adicional

1.2. Segunda Opinião Médica

complementar 1 pedido p/ P. Segura/ano

1.2.1. No mesmo Especialista... custo a cargo do Segurador

1.2.2. Num Especialista

diferente..... € 300 a cargo da Pessoa Segura

2. Serviços complementares

2.1. Prestação do serviço..... custo a cargo do Segurador

2.2. Despesas com:

**2.2.1. Honorários médicos,
internamentos hospitalares,
medicamentos e exames
auxiliares de diagnóstico..... custo a cargo da
Pessoa Segura**

**2.2.2. Transportes e alojamento..... custo a cargo da
Pessoa Segura**

Condição Especial 7 – EXTENSÃO DA REDE DE PRESTADORES A ESPANHA

Artigo 1.º — Âmbito territorial

As garantias no âmbito desta Condição Especial são válidas em Espanha.

Artigo 2.º — Garantias

Ao abrigo desta Condição Especial e tendo presente as exclusões referidas no seu Art.º 4.º, o Segurador garante o pagamento de despesas médicas efectuadas pela Pessoa Segura no âmbito das seguintes Condições Especiais, desde que contratadas e até aos respectivos limites referidos nas Condições Particulares:

- a) Assistência Médica Hospitalar;**
- b) Assistência Médica Ambulatória;**
- c) Estomatologia.**

Artigo 3.º — Pré-autorização

1. Nas situações previstas nas Condições Particulares da Apólice, o acesso às garantias previstas nesta Condição Especial carece de prévia autorização que deverá ser solicitada à Entidade Gestora ou ao Segurador.

2. As despesas referidas no ponto anterior só ficarão garantidas desde que a pré-autorização tenha sido solicitada pela Pessoa Segura e previamente aceite pela Entidade Gestora ou pelo Segurador.

Artigo 4.º — Exclusões

Além das exclusões previstas no Art.º 4.º das Condições Gerais, não fica garantido, ao abrigo da presente Condição Especial, o pagamento de despesas relacionadas com as situações previstas no:

- a) Art.º 3.º da Condição Especial de Assistência Médica Hospitalar;
- b) Art.º 3.º da Condição Especial de Assistência Médica Ambulatória;
- c) Art.º 2.º da Condição Especial de Estomatologia.

Artigo 5.º — Outras disposições

1. As despesas realizadas ao abrigo da presente Condição Especial e no âmbito das Condições Especiais de Assistência Médica Hospitalar e Assistência Médica Ambulatória apenas ficarão garantidas desde que realizadas pela Pessoa Segura em regime de prestações convencionadas, junto dos prestadores indicados pela Entidade Gestora ou pelo Segurador.
2. As despesas realizadas ao abrigo da presente Condição Especial e no âmbito da Condição Especial de Estomatologia apenas ficarão garantidas em regime de prestações indemnizatórias.

linha valorsaúde

Em Portugal:

218 458 880
808 918 880

disponível nos dias úteis, das 8h00 às 20h00,
e para aconselhamento especializado, 24h

 **Santander Totta**

www.santandertotta.pt

ageas
seguros

www.ageas.pt

Ageas Portugal, Companhia de Seguros, S.A.
Sede: Rua Gonçalo Sampaio, 39, Apart. 4076, 4002-001 Porto
Tel. 22 608 1100
Matrícula / Pessoa Coletiva N.º 503 454 109, Conservatória
de Registo Comercial do Porto, Capital Social 36.870.805 Euros
Mod. A1448 (01/2017)