

Artigo Preliminar

Entre a Companhia de Seguros Real Vida Seguros, S.A., adiante designada por Segurador e o Tomador do Seguro identificado nas Condições Particulares, estabelece-se o presente contrato de seguro que se regula pelas Condições Gerais, Especiais e Particulares desta Apólice, contratada de harmonia com as declarações constantes da Proposta que lhe serviu de base e que dele faz parte integrante.

CAPITULO I
DEFINIÇÕES**ARTIGO 1.º**

Para efeitos do presente contrato entende-se por:

Segurador: Real Vida Seguros S.A., adiante designada por Segurador;

Advancecare: Entidade adiante designada por Gestora de Serviços de Saúde que, por conta do Segurador, organiza a Rede de Prestadores, procede à gestão das prestações devidas pelo contrato e articula o pagamento directo das despesas médicas, quer aos prestadores convenccionados, nomeadamente médicos, hospitais, centros de diagnósticos, quer às Pessoas Seguras;

Tomador do Seguro: A pessoa singular ou colectiva que contrata com o Segurador, sendo responsável pelo pagamento do prémio;

Pessoa Segura: Pessoa cuja saúde se segura, identificada nas Condições Particulares da Apólice ou no Certificado Individual de Adesão;

Agregado Familiar: Conjunto de pessoas constituído pela Pessoa Segura, o seu cônjuge ou pessoa que com ele viva em união de facto, e os seus descendentes menores e solteiros ou, não sendo menores, até ao limite de idade de 24 anos, desde que sejam estudantes (incluindo adoptados, tutelados e curatelados), que coabitem com a Pessoa Segura;

Aderente: Aquele que subscreve a adesão a um Seguro de Grupo;

Acesso à Rede Médica: Disponibilização de serviços de cuidados de saúde, garantidos pelo presente contrato de seguro, executados por prestadores da Rede Médica Convencionada, aos quais a Pessoa Segura tem acesso, suportando na totalidade os respectivos custos;

Acta Adicional: Documento que formaliza uma alteração à Apólice;

Acidente: Acontecimento fortuito, súbito e anormal, provocado por causa externa e alheia à vontade da Pessoa Segura e que nesta origine lesões corporais, clínica e objectivamente comprovadas;

Apólice: Documento que titula o contrato de seguro, constituído pelas respectivas Condições Gerais, Especiais e Particulares, Proposta de Seguro ou Boletim de Adesão no caso de Seguro de Grupo, e o Questionário Individual de Saúde, bem como as posteriores Actas Adicionais;

Apólice Aberta: Apólice de Seguro de Grupo em que o número de

pessoas a segurar é variável, inicia-se com um mínimo de adesões definido, ocorrendo durante a vigência do contrato inclusões e exclusões solicitadas pelo Tomador do Seguro;

Beneficiário: Pessoa com direito à prestação ou prestações no contrato de seguro;

Boletim de Adesão: Documento preenchido pela Pessoa Segura, no Seguro de Grupo, em que esta se identifica e expressa a vontade de aderir ao contrato de seguro;

Capital Seguro: Valor máximo que o Segurador paga em caso de sinistro;

Cartão Real Vida Saúde – H: Cartão pessoal e intransmissível, que identifica a Pessoa Segura e permite o acesso aos cuidados de saúde prestados na Rede Médica Convencionada;

Certificado Individual de Seguro: Documento emitido pelo Segurador para cada uma das Pessoas Seguras, comprovativo da sua inclusão no Seguro de Grupo;

Certificado Médico Preliminar: Aprovação, por escrito, da Best Doctors, que inclua a confirmação da cobertura ao abrigo da Apólice de Seguro previamente à prestação de serviços no Hospital indicado, fora do País de residência da Pessoa Segura, para quaisquer tratamentos, serviços, medicamentos ou prescrições relativos ao Sinistro;

Cirurgia de Ambulatório: Intervenção cirúrgica programada, realizada sob anestesia geral, loco-regional ou local, em ambiente hospitalar, com segurança e de acordo com a boa prática médica, em regime de admissão e alta no mesmo dia;

Coeficiente K: Coeficiente de ponderação para a valorização de actos médicos, utilizado no Código de Nomenclatura e valor relativo de Actos Médicos e publicado pela Ordem dos Médicos;

Co-pagamento: Valor que fica a cargo da Pessoa Segura por cada utilização na Rede;

Comparticipação: Valor a cargo do Segurador, em cada despesa de saúde garantida pela Apólice, calculado após dedução da franquia, nos termos definidos nas Condições Particulares;

Consulta de Urgência: Considera-se consulta de urgência, aquela que significa um recurso ao serviço de urgência de clínicas ou unidades hospitalares;

Condições Especiais: Disposições que complementam, especificam e esclarecem as Condições Gerais, prevalecendo sobre estas na interpretação dos termos contratuais;

Condições Gerais: Princípios gerais do contrato e seu enquadramento;

Condições Particulares: Cláusulas que complementam as Condições Gerais e Especiais de um contrato que expressam os respectivos elementos específicos, precisando, entre outros, o seu

início e duração, o(s) período(s) de carência, o(s) risco(s) coberto(s), o(s) capital(is) seguro(s), a(s) franquias(s), o(s) copagamento(s), o prémio, o Tomador do Seguro, a(s) Pessoa(s) Segura(s) e o(s) Beneficiário(s);

Doença: Alteração involuntária do estado de saúde, não causada por acidente, clínica e objectivamente comprovada;

Doença ou Lesão Pré-existente: Doença ou lesão da qual a Pessoa Segura deveria ter conhecimento ou que não poderia ignorar, pela evidência dos sintomas ou por ter recebido em relação à mesma aviso médico ou tratamento, antes da data de início das garantias do contrato de seguro;

Doença ou Malformação Congénita: Doença e/ou malformação que se diagnostica ou identifica durante a gravidez e até 30 dias após o nascimento;

Doença Súbita: Alteração involuntária do estado de saúde, inesperada e aguda, que implica risco de morte ou perda funcional para a Pessoa Segura, necessitando de assistência médica imediata em ambiente hospitalar;

Estorno: Devolução ao Tomador do Seguro da totalidade ou parte do prémio de seguro já pago;

Franquia: Valor, percentagem ou número de dias a cargo do Tomador do Seguro e/ou da Pessoa Segura, cujo montante, período ou forma de cálculo se encontra estipulado nas Condições Particulares;

Gravidez Pré-existente: Gravidez manifestada ou que tenha dado origem a qualquer tratamento médico antes da data de celebração do contrato;

Implante: Material (prótese, ortótese, aparelho) e/ou substância com finalidade terapêutica ou de correcção de alteração morfológica, para colocação no organismo de um indivíduo;

Lesão: Alteração involuntária do estado de saúde, morfológica ou funcional, causada por acidente, clínica e objectivamente comprovada;

Médico/Médico Dentista: Licenciado por uma Faculdade de Medicina ou Medicina Dentária, legalmente autorizado a exercer a profissão e cuja especialidade e inscrição sejam reconhecidas pela Ordem dos Médicos ou pela Ordem dos Médicos Dentistas em Portugal, assim como por organismos estrangeiros equivalentes, relativamente aos cuidados de saúde prestados fora do território nacional;

Medicina Alternativa: Sistemas de assistência médica e de prestação de cuidados de saúde, práticas e produtos que não sejam atualmente considerados como fazendo parte da medicina convencional nem dos tratamentos convencionais, nomeadamente, mas não estando limitado a: acupuntura, aromaterapia, medicina quiroprática, homeopática, naturopática e osteopática;

Pequena Cirurgia: Considera-se pequena cirurgia toda aquela cuja valorização do acto médico a realizar seja inferior a 100 K, de acordo com as valorizações estabelecidas pelo Código de

Nomenclatura e Valor Relativo de Actos Médicos, publicado pela Ordem dos Médicos;

Período de Carência: Espaço de tempo que medeia entre a data de adesão da Pessoa Segura e a data em que podem ser accionadas determinadas coberturas do seguro;

Prémio: Valor pago pelo Tomador do Seguro, ou pelas Pessoas Seguras, tratando-se de Seguro de Grupo Contributivo, ao Segurador como contrapartida da cobertura acordada;

Pré-Autorização: Aprovação dada pelos serviços clínicos da Advancecare, quando exigível nos termos da apólice, que permite às Pessoas Seguras o acesso aos cuidados de saúde garantidos pelo presente Contrato;

Prestações na Rede: Serviços de cuidados de saúde, garantidos pelo presente contrato de seguro, realizados em prestadores da Rede Médica Convencionada, nos quais a comparticipação das despesas de saúde é suportada directamente pelo Segurador, nos termos do disposto nas Condições Particulares;

Prestações por Reembolso: Serviços de cuidados de saúde garantidos pelo presente contrato de seguro, realizados em prestadores integrados ou não na Rede Médica Convencionada, nos quais as despesas de saúde são pagas pela Pessoa Segura, sendo posteriormente objecto de comparticipação pelo Segurador, nos termos do disposto nas Condições Particulares;

Proposta de Seguro: Documento pelo qual um proponente declara que pretende subscrever um contrato de seguro;

Próteses e Ortóteses: Dispositivos que substituem total ou parcialmente um membro ou órgão ou ajudam a cumprir no todo ou em parte a sua função;

Questionário Individual de Saúde: Documento anexo à Proposta de Seguro, através do qual cada proponente declara os elementos necessários à avaliação do risco pelo Segurador;

Rede Best Doctors¹⁾: Especialistas em cuidados de saúde, cuja gestão é da responsabilidade da Best Doctors, através de uma estrutura organizada para a prestação de informação necessária ao diagnóstico e tratamento de problemas graves de saúde, de acordo com a melhor prática médica.

¹⁾ Best Doctors é marca registada na Comunidade Europeia, nos Estados Unidos da América e noutros países.

Rede Médica Convencionada: Conjunto de prestadores de cuidados de saúde, nomeadamente Médicos/Médicos Dentistas, centros de diagnóstico, clínicas, unidades hospitalares e outras unidades de saúde;

Seguro de Grupo: Contrato celebrado para um conjunto de pessoas ligadas ao Tomador do Seguro por um vínculo que não seja o de segurar;

Seguro de Grupo Contributivo: Seguro de Grupo em que as Pessoas Seguras contribuem no todo ou em parte para o pagamento do prémio;

Seguro de Grupo Não Contributivo: Seguro de Grupo em que o Tomador do Seguro suporta a totalidade do pagamento do prémio;

Seguro Individual: Contrato celebrado para uma pessoa singular ou um agregado familiar ou um conjunto de pessoas vivendo em economia comum;

Serviço de Apoio ao Cliente: Serviço através do qual o Tomador do Seguro e as Pessoas Seguras podem obter os esclarecimentos que necessitarem;

Serviço de Atendimento Permanente: Serviço disponível em qualquer momento do dia ou da noite, limitado a uma capacidade mínima de diagnóstico, nomeadamente consulta de clínica geral e exames auxiliares de diagnóstico básicos;

Serviço de Assistência: RNA – Rede Nacional de Assistência, SA, entidade responsável pela prestação do Serviço de Assistência;

Serviços Clinicamente Necessários: Serviços de cuidados de saúde, adequados ao tratamento de doença ou acidente enquadrável nas garantias do contrato, cuja necessidade e validade seja clínica e objectivamente constatada;

Síndrome Cerebral: A presença de um distúrbio ou lesão cerebral decorrente de uma deficiência parcial ou total das funções cerebrais;

Sinistro/Ocorrência: O evento ou série de eventos resultantes de uma mesma causa, susceptível de fazer funcionar as garantias do contrato;

Transplante: Colocação, no organismo de um indivíduo, de órgão, tecido ou células, provenientes quer do próprio indivíduo, quer de outro indivíduo, com finalidade terapêutica ou para correcção de alteração morfológica;

Tratamento Experimental: Um tratamento, um procedimento, um ciclo de tratamento, equipamento, produto médico ou farmacêutico, para utilização médica ou cirúrgica, que não tenha sido universalmente aceite como seguro, eficaz e adequado para o tratamento de Doenças ou Lesões através de várias organizações científicas reconhecidas pela comunidade médica internacional ou que ainda esteja a ser estudado, sob investigação, em testes ou que esteja na fase final de experimentação clínica;

Tratamento de Urgência: Aquele que, por necessidade clínica comprovada, deva ser efectuado ou origine internamento, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas após o momento do sinistro;

Unidade de Saúde: Estabelecimento legalmente autorizado que tenha por objecto a prestação de serviços médicos ou outros cuidados de saúde, abrangendo entidades com internamento, entidades generalistas para serviços de hospitalização e ambulatório e, ainda, entidades especializadas para serviços de ambulatório e meios complementares de diagnóstico e terapêutica independentemente da designação. Inclui Hospitais, Clínicas e Centros de meios complementares de diagnóstico e terapêutica;

Unidade Hospitalar: Estabelecimento legalmente autorizado a

prestar serviços de cuidados de saúde, dispondo de assistência médica, cirúrgica e de enfermagem permanente, abrangendo entidades com internamento e sala de recobro.

CAPITULO II

OBJECTO DO CONTRATO, GARANTIAS, ÂMBITO E LIMITES

ARTIGO 2.º

OBJECTO DO CONTRATO

1. O presente contrato garante, em caso de doença manifestada ou acidente ocorrido durante a sua vigência, conforme o disposto nas presentes Condições Gerais, Condições Especiais e nos limites definidos nas Condições Particulares aplicáveis, um conjunto de coberturas no âmbito dos cuidados de saúde que pode integrar, conjunta ou isoladamente, prestações na rede, prestações por reembolso e acesso à rede.

2. Não se encontram garantidas quaisquer despesas médicas ou medicamentosas reclamadas pelo Serviço Nacional de Saúde ou por outro qualquer sub-sistema de saúde de que a Pessoa Segura seja beneficiária, podendo, no entanto, e desde que se encontre previsto, assegurar o reembolso da parte remanescente não comparticipada, bem como o reembolso de taxas moderadoras.

ARTIGO 3.º

GARANTIAS

1. O contrato de seguro pode garantir, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Especiais e Particulares ou Certificado Individual de Seguro as seguintes coberturas:

- Hospitalização
- Ambulatório em Caso de Acidente
- Acesso à Rede
- Acesso à Rede Estomatologia - Dentinet
- Acesso à Rede Bem-Estar
- Informação e Assistência Domiciliária
- Tratamentos por Doenças Graves - Best Doctors
- Morte por Acidente

2. As garantias consignadas pelo presente contrato podem revestir, de acordo o definido nas Condições Especiais as seguintes modalidades:

- Prestações na Rede;
- Prestações por Reembolso;
- Acesso a Rede Médica.

ARTIGO 4.º

INÍCIO E DURAÇÃO DAS GARANTIAS

1. Só poderão ser admitidos como candidatos a Pessoas Seguras, as pessoas cuja idade, na subscrição, respeitem o limite de 64 anos, e que hajam preenchido o respectivo Questionário Individual de Saúde.

2. As garantias do contrato entram em vigor após o decurso dos períodos de carência, indicados para cada cobertura nas Condições Especiais, nas Condições Particulares ou tratando-se de Seguro de Grupo, no Certificado Individual de Adesão, sendo os mesmos contados a partir da data de adesão de cada Pessoa Segura.

3. Em caso de acidente ou doença súbita, que implique tratamento hospitalar urgente em regime de internamento, não são aplicáveis

os períodos de carência.

4. As garantias do contrato cessam no final da anuidade em que a Pessoa Segura atinge os 70 anos. Caso a subscrição seja efectuada até aos 55 anos de idade da Pessoa Segura as garantias permanecem vitalícias.

5. No caso dos descendentes as garantias cessam no final da anuidade em que estes percam a qualidade de membro do agregado familiar, conforme artigo 1.º.

ARTIGO 5.º

ÂMBITO TERRITORIAL

Salvo convenção em contrário, expressa nas Condições Especiais ou nas Condições Particulares, o seguro só tem validade para os cuidados de saúde prestados em Portugal.

ARTIGO 6.º

PERMANÊNCIA NO ESTRANGEIRO

Salvo convenção em contrário disposta nas Condições Especiais das garantias contratadas e mencionadas nas Condições Particulares da Apólice, ou que decorra de acordo escrito do Segurador, a permanência da Pessoa Segura no estrangeiro implica:

1. Manutenção das garantias do contrato durante o período de permanência até um máximo de 60 (sessenta) dias, desde que a permanência se verifique na Europa e desde que prevista nas Condições Especiais a aplicabilidade do regime por reembolso ou no âmbito da Rede Médica;

2. A suspensão das garantias nas situações em que a permanência se verifique fora da Europa, ou dentro desta por período superior a 60 (sessenta) dias mas nunca superior a 1 ano;

3. Em caso de dúvida cumpre ao Tomador do Seguro ou à Pessoa Segura fazer prova do período de permanência;

4. No caso de suspensão da Apólice por força do nº 2 deste artigo, é possibilitado que por pedido do Tomador do Seguro, após regresso da Pessoa Segura, o seguro seja retomado nas condições anteriores, sem necessidade de preenchimento de questionário clínico desde que a subscrição do novo contrato se concretize até um ano após suspensão das garantias;

5. A suspensão ou anulação previstas nas alíneas anteriores produzem efeitos a partir da data do seu início, mesmo que o Segurador apenas posteriormente seja conhecedor de tais factos.

ARTIGO 7.º

EXCLUSÕES

Salvo convenção expressa em contrário, constante das Condições Particulares ou das Condições Especiais efectivamente contratadas, ficam excluídas do âmbito da cobertura do seguro:

1. Actos realizados por médicos e outros profissionais de saúde que sejam cônjuge, pais, filhos ou irmãos da Pessoa Segura;

2. Consequências de atraso injustificado ou negligência imputáveis ao prestador de cuidados de saúde ou à Pessoa Segura no recurso a assistência médica, ou da recusa ou inobservância de tratamentos que lhe tenham sido prescritos;

3. As anomalias congénitas que se manifestam a qualquer momento, excepto para recém-nascidos cuja adesão seja efectuada até 30 dias após o nascimento;

4. Doenças, lesões ou deformações pré-existentes à data de

celebração do contrato de seguro e não declaradas no Questionário Individual de Saúde;

5. Acidentes, doenças, lesões, deformidades ou sequelas pré-existentes, diagnosticadas antes da entrada em vigor do contrato, ainda que as consequências das mesmas persistam, se manifestem ou determinem durante a vigência do mesmo;

6. Choque anafilático e suas consequências, excepto quando garantido por termo de responsabilidade emitido;

7. Distúrbios e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como intoxicação decorrente da acção de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescrito por um médico;

8. Doenças e/ou acidentes causados pelo consumo excessivo de álcool ou tabaco;

9. Tratamentos relacionados com a toxicod dependência;

10. Patologias ou tratamentos relacionados, directa ou indirectamente, com infecção por vírus de imunodeficiência humana (HIV);

11. Tratamentos relacionados, directa ou indirectamente, com infecção por vírus da hepatite, exceptuando os resultantes da hepatite A;

12. Acidentes ou doenças provenientes de tentativa de suicídio ou automutilação, de participação em apostas ou desafios, intervenção em duelos e rixas ou da prática de actos dolosos ou gravemente culposos ou ilícitos por parte da Pessoa Segura;

13. Uso de material nuclear para qualquer propósito, incluindo a explosão nuclear, provocada ou não;

14. Explosão ou quaisquer outros fenómenos, directa ou indirectamente, relacionados com a desintegração ou fusão de núcleos de átomos, bem como os efeitos da contaminação radioactiva;

15. Perturbações do foro da saúde mental, consequentes ou não de outra doença que careça de internamento, sessões de psicologia, psicanálise, psicoterapia, hipnose e terapia do sono, excepto em consequência de doença ou acidente garantido pela apólice;

16. Disfunções sexuais, excepto em consequência de doença garantida pela apólice;

17. Tratamentos e/ou cirurgia para mudança de sexo;

18. Interrupção voluntária da gravidez, incluindo situações clínicas dela decorrentes;

19. Tratamentos e/ou cirurgia de regularização do peso;

20. Tratamentos ou cirurgias do foro estético, plástico ou reconstrutivo, desde que não tenham origem em acidente coberto pelo seguro ou não decorram de doença manifestada durante a vigência do contrato que os justifiquem;

21. Intervenções cirúrgicas para correcção da roncopatia, excepto em caso de apneia;

22. Transplantes e implantes incluindo todos os actos clínicos, actos laboratoriais e materiais necessários, excepto sendo justificável em consequência de doença garantida pela apólice;

23. Acidentes e doenças com cobertura em seguros obrigatórios;

24. Acidentes de trabalho, acidentes em serviço e doenças profissionais;

25. Doenças infectocontagiosas, quando em situação de epidemia declarada pelas autoridades competentes;

26. Perdas e danos, ainda que relacionados directa ou indirectamente com as garantias contratadas;

27. Hospitalização para realização de exames periódicos;

28. Tratamentos de enfermagem privados e/ou prestados no domicílio, bem como a realização domiciliária de quaisquer exames

ou tratamentos (incluindo a fisioterapia);

29. Despesas efectuadas por acompanhantes da Pessoa Segura, excepto em caso de internamento hospitalar de menores até aos doze anos de idade ou de cidadãos portadores de deficiência congénita ou adquirida;

30. Despesas com Serviços que não sejam clinicamente necessários;

31. Acidentes resultantes de:

- a) Participação em competições desportivas e respectivos treinos, quer como profissional quer como amador;
- b) Prática de desportos terrestres motorizados; BTT; Artes marciais, luta e boxe; Paraquedismo, incluindo a prática de queda livre, parapente e asa-delta; Saltos ou saltos invertidos com mecanismo de suspensão corporal (bungee jumping); Tauromaquia e largadas de touros ou rezes; Caça de animais ferozes ou que reconhecidamente sejam considerados perigosos; Hipismo; Moto náutica e esqui aquático; Desportos náuticos praticados sobre prancha; Descida de torrentes ou correntes originadas por desníveis nos cursos de água; Mergulho; Caça submarina; Desportos praticados sobre a neve e gelo; Alpinismo e escalada; "slide" e "rappel"; espeleologia;
- c) Cataclismos da natureza;
- d) Actos terroristas, perdas e danos causados directa ou indirectamente por aqueles, desde que devidamente reconhecidos como uma ameaça para a ordem pública pela autoridade pública competente.
- e) Actos ou operações de guerra, declarada ou não, como a química ou a guerra bacteriológica, guerra civil, de guerrilha, revolução, motim, rebelião ou outro distúrbio civil resultante das mesmas, excepto nos casos de prestação de serviço ou actos humanitários.

CAPITULO III

CONTRATO - FORMAÇÃO, INÍCIO, DURAÇÃO, RENÚNCIA, ENTRADA EM VIGOR, RESOLUÇÃO E CADUCIDADE

ARTIGO 8.º

BASE DO CONTRATO

O contrato é constituído pela Proposta de Seguro assinada pelo respectivo Tomador do Seguro, o Questionário Individual de Saúde de cada Pessoa Segura, tratando-se de Seguro de Grupo, o Boletim de Adesão de cada Pessoa Segura, bem como toda a documentação de carácter clínico necessária à aceitação por parte do Segurador e determinante para avaliação do risco coberto.

ARTIGO 9.º

DECLARAÇÃO INICIAL DO RISCO

1. O Tomador do Seguro e a Pessoa Segura 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.
2. O disposto no número anterior é igualmente aplicável a circunstâncias cuja menção não seja solicitada em questionário fornecido pelo Segurador.
3. Em caso de incumprimento doloso do disposto no nº 1, de acordo com os termos e com as consequências previstas na Lei, o contrato é anulável.
4. Em caso de incumprimento com negligência do disposto no nº 1, e de acordo com os termos e com as consequências previstas

na Lei, o Segurador pode optar pela cessação ou alteração do contrato.

ARTIGO 10.º

INÍCIO E DURAÇÃO DO CONTRATO

1. O presente contrato produz os seus efeitos a partir das zero horas do dia imediato ao da aceitação da Proposta pelo Segurador, desde que o prémio ou fracção inicial seja pago. Podem as partes, mediante acordo, estabelecer outra data para a produção de efeitos, não podendo a mesma ser anterior à da recepção da Proposta pelo Segurador. Tratando-se de Seguro de Grupo, as garantias do contrato entram em vigor, para cada Pessoa Segura, às zero horas do dia indicado no respectivo Certificado Individual de Seguro.
2. Tratando-se de seguro individual em que o Tomador do Seguro seja uma pessoa singular, considera-se o contrato aceite no 14º dia a contar da data de recepção da Proposta pelo Segurador, excepto quando o candidato a Tomador do Seguro seja informado da recusa, aprovação, ou da necessidade de prestar esclarecimentos essenciais para a avaliação do risco, ficando neste caso, a aprovação dependente da resposta e análise dos elementos adicionais solicitados pelo Segurador.
3. As Condições Particulares e os Certificados Individuais de Seguro, caso se trate de Seguro de Grupo, reflectem as coberturas, períodos de carência, franquias e os valores máximos indemnizáveis, de acordo com o previsto nas presentes Condições Gerais e nas Condições Especiais da Apólice.
4. O contrato pode ser celebrado por um ano a continuar pelos seguintes. Considera-se sucessivamente renovado por períodos de um ano, salvo se qualquer das partes o tiver denunciado, por escrito ou por outro meio do qual fique registo duradouro, com a antecedência mínima de 30 dias em relação ao termo da anuidade, ou se não for pago o prémio da anuidade subsequente ou da primeira fracção deste.

ARTIGO 11.º

DIREITO DE LIVRE RESOLUÇÃO

1. O Tomador do Seguro, sendo pessoa singular, pode resolver o contrato, sem invocar justa causa, num prazo de 30 dias a contar da data de recepção da Apólice, mediante comunicação por escrito, em suporte de papel ou outro meio duradouro disponível e acessível ao Segurador.
2. O exercício do direito de livre resolução determina a cessação do contrato, extinguindo todas as obrigações dele decorrentes, com efeitos a partir da celebração do mesmo, tendo o Segurador direito:
 - a) Ao valor do prémio calculado pro-rata temporis, na medida em que tenha suportado o risco até à resolução do contrato;
 - b) Ao montante das despesas razoáveis que tenha efectuado com exames médicos, sempre que esse valor seja imputado contratualmente ao Tomador do Seguro.

ARTIGO 12.º

RESOLUÇÃO DO CONTRATO

1. O contrato de seguro pode ser resolvido pelas partes a todo o tempo, havendo justa causa.
2. A comunicação da resolução do contrato, nos termos previstos

neste artigo, deve ser efectuada por escrito, ou por outro meio de que fique registado duradouro, com a antecedência mínima de 30 dias relativamente à data em que a mesma produz efeitos.

3. A resolução do contrato produz os seus efeitos às 24 horas do dia em que se verifique.

4. A resolução do contrato por falta de pagamento do prémio fica sujeita às disposições legais e contratuais aplicáveis.

5. A Pessoa Segura poderá, no Seguro de Grupo contributivo, ser excluída do seguro quando não entregue ao Tomador do Seguro ou ao Segurador, consoante o que estiver convencionado, a quantia destinada ao pagamento do prémio, aplicando-se, com as devidas adaptações, as regras sobre a falta de pagamento de prémios no que respeita à adesão.

6. A Pessoa Segura poderá ainda ser excluída do Seguro de Grupo quando ela ou o beneficiário, com conhecimento daquela, pratique actos fraudulentos em prejuízo do Segurador ou do Tomador do Seguro.

7. A exclusão da Pessoa Segura prevista no número 6 não tem eficácia retroactiva e deve ser exercida, por declaração escrita, com aviso prévio de 8 dias, pelo Segurador.

ARTIGO 13.º

CADUCIDADE DO CONTRATO

No contrato de seguro celebrado por um ano a continuar pelos anos seguintes, cada uma das adesões caduca automaticamente:

- a) No termo da anuidade em que a Pessoa Segura completar a idade limite estabelecida no nº 4 do artigo 4.º;
- b) No termo da anuidade em que a Pessoa Segura deixe de fazer parte do agregado familiar, ou no caso de descendente ou adoptado, deixe de ser considerado dependente;
- c) No termo da anuidade em que a Pessoa Segura deixe de reunir as condições que lhe permitiram integrar o grupo seguro.

CAPITULO IV

ADMISSÃO E EXCLUSÃO DE PESSOAS SEGURAS, ALTERAÇÕES E MODIFICAÇÕES DE RISCO E PLANO DE GARANTIAS

ARTIGO 14.º

ADMISSÃO DE PESSOAS SEGURAS

1. São admissíveis como Pessoas Seguras os elementos de um mesmo agregado familiar, conforme definido no artigo 1.º, salvo se o contrário for expressamente definido nas Condições Particulares da Apólice.

2. A inclusão de Pessoas Seguras que integrem o agregado familiar é solicitada mediante comunicação ao Segurador, com preenchimento de Proposta e Questionário Individual de Saúde. A inclusão de recém-nascidos num contrato que tenha como Pessoa Segura pelo menos um dos Pais, é aceite sem períodos de carência, sem doenças pré-existentes e sem exclusão de doenças e malformações congénitas desde que a adesão seja efectuada nos primeiros 30 dias de vida da criança, mediante preenchimento de Proposta e Questionário Individual de Saúde.

3. A inclusão de Pessoas Seguras num Seguro de Grupo obriga a preenchimento do Boletim de Adesão e Questionário Individual de Saúde.

4. A eficácia das garantias para as Pessoas Seguras incluídas

durante a vigência do contrato fica sujeita aos períodos de carência aplicados.

ARTIGO 15.º

EXCLUSÃO DE PESSOAS SEGURAS

A exclusão de Pessoas Seguras é solicitada mediante comunicação ao Segurador, com uma antecedência mínima de 30 dias em relação à data de vencimento do contrato. A exclusão produzirá efeito na data de vencimento do contrato, excepto em caso de Morte da Pessoa Segura, em que o Segurador devolverá o prémio relativo ao período pago e não decorrido.

ARTIGO 16.º

TRANSFERÊNCIA DE SEGURO

A transferência da titularidade do contrato deve ser solicitada pelo Tomador do Seguro, com a aceitação da Pessoa Segura, novo titular do contrato, mediante comunicação ao Segurador, com uma antecedência mínima de 30 dias em relação à data de produção de efeitos. Para o devido efeito será necessário preenchimento de nova Proposta, sendo dispensado o preenchimento do Questionário Individual de Saúde.

ARTIGO 17.º

ALTERAÇÃO AO PLANO GARANTIAS

Qualquer alteração as condições contratadas, capitais, franquias, co-pagamentos e prémios, a vigorar na anuidade seguinte, deverá ser comunicada pelo Segurador ao Tomador do Seguro com uma antecedência mínima de 30 dias em relação à data de vencimento do contrato. Caso o Tomador do Seguro não se pronuncie sobre a aceitação ou recusa da alteração proposta no prazo de 30 dias, entende-se a mesma como aceite, desde que pago o prémio da anuidade respectiva ou fracção deste. Não sendo aceite a Proposta pelo Tomador do Seguro, o contrato deverá ter-se por denunciado pelo Segurador, no termo da anuidade em curso.

CAPITULO V

VALORES SEGUROS E LIMITES DE INDEMNIZAÇÃO

ARTIGO 18.º

VALORES SEGUROS, FRANQUIAS E CO-PAGAMENTOS

1. A comparticipação, o limite de responsabilidade e os limites por despesa médica aplicáveis a cada garantia contratada, estão fixados nas Condições Particulares ou, tratando-se de Seguro de Grupo, no Certificado Individual de Seguro, e vigoram por período de vigência do contrato.

2. Para cálculo dos limites dos capitais garantidos, salvo indicação em contrária nas Condições Especiais, são considerados os valores de despesas suportadas pelo Segurador, quer na modalidade de Prestações na Rede, quer na modalidade de Prestações por Reembolso.

3. As prestações por reembolso e as prestações na rede estão ainda subordinadas:

- a) No caso das Prestações por Reembolso, ao valor a indemnizar aplicar-se-ão as franquias estabelecidas nas Condições Particulares;

b) No caso das Prestações na Rede a Pessoa Segura pagará, directamente à Rede Convencionada de Prestadores, os co-pagamentos estabelecidos nas Condições Particulares referentes aos cuidados de saúde realizados.

4. Salvo convenção em contrário, expressa nas Condições Particulares, nas situações de acerto de vencimento, os valores garantidos são proporcionais ao tempo em risco.

ARTIGO 19.º

CO-EXISTÊNCIA DE CONTRATOS

1. Na existência de outros seguros, garantindo o pagamento de despesas idênticas e relativamente às prestações por reembolso, assiste à Pessoa Segura, nos termos previstos na lei, o direito de escolher o Segurador perante o qual entende apresentar as despesas devidas.

2. Nos restantes casos, incluindo aqueles em que existem participações de sub-sistemas de Saúde, públicos ou privados, o reembolso incidirá sobre o valor efectivamente suportado pela Pessoa Segura e não reembolsado.

3. Em caso algum a Pessoa Segura poderá receber um reembolso superior ao montante das despesas.

CAPITULO VI

PRÉMIO

ARTIGO 20.º

PAGAMENTO DO PRÉMIO

1. A cobertura dos riscos depende do prévio pagamento do prémio.
2. O risco associado ao tabagismo implica um agravamento sobre o prémio das Coberturas base de:

- 10%, para um consumo entre 1 a 15 cigarros/dia;
- 20%, para um consumo entre 16 a 30 cigarros/dia.

3. O pagamento do prémio é anual, podendo por acordo entre o Segurador e o Tomador do Seguro, ser pago em fracções mensais, trimestrais ou semestrais.

4. O prémio ou fracção inicial é devido na data da celebração do contrato, dependendo a eficácia deste do respectivo pagamento. A falta de pagamento do prémio inicial ou da primeira fracção deste, na data de vencimento, determina a resolução automática do contrato a partir da data da sua celebração.

5. O prémio correspondente a cada período de duração do contrato é devido por inteiro, sem prejuízo de poder ser fraccionado para efeitos de pagamento, desde que acordado e expressamente previsto nas Condições Particulares.

6. O Segurador encontra-se obrigado, até 30 dias antes da data em que o prémio ou fracção subsequente é devido, a avisar, por escrito, o Tomador do Seguro, indicando nessa data, o valor a pagar, a forma de pagamento e as consequências da falta de pagamento do prémio ou fracção. No entanto, se tiver sido acordado o pagamento do prémio em fracções com periodicidade inferior à trimestral, o Segurador pode optar por não enviar o referido aviso, fazendo, nesse caso, constar de documento contratual as datas de vencimento das fracções, os seus montantes e as consequências da falta de pagamento.

7. A falta de pagamento do prémio de uma anuidade subsequente ou da 1ª fracção deste na data em que é devido, impede a prorrogação do contrato, pelo que este não se renovará. A falta de

pagamento de qualquer outra fracção do prémio na data em que é devida, determina a resolução automática e imediata do contrato nessa mesma data.

8. A falta de pagamento, na data indicada no aviso, de um prémio adicional, desde que este decorra de um pedido do Tomador do Seguro para alteração da garantia, não implicando agravamento do risco inicial, determinará que a alteração solicitada fique sem efeito, e se mantenham as condições contratuais anteriormente em vigor ao pedido efectuado.

9. O disposto nos números anteriores é aplicável ao pagamento dos prémios ou fracções devidos por cada um dos aderentes ao Seguro de Grupo, quando este seguro seja contributivo e o Tomador do Seguro e o Segurador hajam estabelecido que o respectivo pagamento seja efectuado ao Segurador pelo aderente.

ARTIGO 21.º

ALTERAÇÃO DO PRÉMIO

1. Não havendo alteração das garantias ou do risco, qualquer alteração do prémio, por iniciativa do Segurador, apenas poderá efectivar-se na data de renovação anual do contrato, mediante aviso ao Tomador do Seguro com antecedência mínima de 30 (trinta) dias sobre essa data.

2. No entanto haverá lugar à alteração automática do prémio do contrato, sempre que se verificar mudança de escalão etário da Pessoa Segura, aplicável a partir da data de renovação anual imediatamente seguinte em que tal mudança ocorrer.

ARTIGO 22.º

ESTORNO DO PRÉMIO

Quando, por força de alteração ou resolução do contrato, por iniciativa do Segurador ou do Tomador do Seguro, houver lugar, nos termos da Lei, a estorno ou reembolso do prémio, este será calculado proporcionalmente ao período de tempo não decorrido até à data do vencimento.

CAPITULO VII

OBRIGAÇÕES E DIREITOS DAS PARTES E PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

ARTIGO 23.º

OBRIGAÇÕES E DIREITOS DO SEGURADOR

Constitui obrigação do Segurador o cumprimento pontual dos seus compromissos perante o Tomador do Seguro e as Pessoas Seguras, nomeadamente:

1. Informar o Tomador do Seguro das condições de celebração e vigência do contrato, esclarecer sobre todos os factos necessários ao entendimento das condições e gestão do contrato e que possam influir na sua vontade em formalizar o mesmo.

2. Informar o Tomador do Seguro das situações de incumprimento contratual e respectivas obrigações e consequências da inobservância das mesmas.

3. Proceder com diligência e prontidão a todas as averiguações indispensáveis para a correcta regularização dos sinistros.

4. No caso de prestações por reembolso, pagar ao Tomador do Seguro ou, tratando-se de Seguro de Grupo à Pessoa Segura, o montante devido no prazo máximo de 15 (quinze) dias úteis após a

recepção do pedido de comparticipação e de todos os documentos necessários para regularização dos sinistros.

5. Disponibilizar informação sobre os prestadores que integram a Rede Médica.

ARTIGO 24.º

OBRIGAÇÕES DO TOMADOR DO SEGURO E DA(S) PESSOA(S) SEGURA(S)

1. O Tomador do Seguro deverá pagar o prémio do seguro nas datas e pelas importâncias estipuladas pelo Segurador.

2. O Tomador do Seguro obriga-se a comunicar por escrito ao Segurador qualquer mudança de residência. Considerar-se-á como recebida por ele toda a correspondência registada, enviada para a sua última residência que conste nos registos e documentos do Segurador.

3. Os médicos, clínicas e quaisquer outros prestadores de serviços são da livre escolha da Pessoa Segura. A Pessoa Segura só terá, no entanto, direito a prestações na Rede quando optar pela Rede de Prestadores Convencionada.

4. A ocorrência de um erro administrativo não pode privar as Pessoas Seguras das prestações devidas pelo contrato. A ocorrência de um erro administrativo também não cria o direito a benefícios não contratados.

ARTIGO 25.º

PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

Em caso de sinistro devem ser garantidos os seguintes procedimentos:

1. Nas Prestações na Rede:

1.1. Escolher um prestador da Rede Convencionada de Prestadores;

1.2. Apresentar o seu cartão de saúde e, quando solicitado, documento de identificação com fotografia;

1.3. Efectuar o co-pagamento ao prestador da parte da despesa médica que seja de sua responsabilidade, conforme indicado nas Condições Particulares ou Certificado Individual de Seguro.

2. Nas Prestações por Reembolso:

2.1. Solicitar, nos termos do n.º 4 deste artigo, pré-autorização para obtenção de determinados serviços médicos, conforme previsto nas Condições Especiais;

2.2. Apresentar o impresso de Participação de Sinistros devidamente preenchido;

2.3. Apresentar os recibos das despesas médicas realizadas, sem rasuras ou omissões sob pena de serem recusados, devendo obedecer aos seguintes requisitos:

- Identificação do doente (Pessoa Segura) a que respeitam;
- Discriminação dos serviços prestados e das despesas feitas, incluindo, quando for o caso, o número de dias de hospitalização;
- Obedecer às normas legais, nomeadamente de natureza fiscal;
- Os recibos de honorários médicos deverão ainda indicar a especialidade médica.

2.4. Apresentar os originais de todos os recibos das despesas. Se a Pessoa Segura necessitar dos originais para efeito de pedido de reembolso a outra instância poderá apresentar fotocópias que deverão ser acompanhadas de documento original que faça prova do montante despendido e do reembolso recebido. Neste caso, o Segurador efectuará a sua comparticipação sobre o montante não reembolsado.

2.5. Os recibos das despesas médicas devem ser apresentados ao Segurador no prazo máximo de 60 dias a contar da data da realização da mesmas, elevando-se este prazo para 120 dias no caso da Pessoa Segura solicitar reembolso junto de outras instâncias conforme previsto no número anterior.

3. Informação clínica:

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

3.1. Por doença - informar com verdade a Gestora de Serviços de Saúde ou o Segurador sobre as respectivas circunstâncias e consequências;

3.2. Por acidente - comunicar o facto à Gestora de Serviços de Saúde ou ao Segurador no prazo máximo de 8 dias imediatos à sua ocorrência, procedendo à sua descrição detalhada (data, local, hora, causas e consequências, o estabelecimento hospitalar a que recorreu, as testemunhas, as autoridades que dele tomaram conhecimento e a identificação do eventual responsável);

3.3. Cumprir as prescrições do médico a que tenha recorrido e remeter à Gestora de Serviços de Saúde ou ao Segurador, em conjunto com a participação, o relatório médico relativo ao sinistro e tratamento;

3.4. Sujeitar-se a exames, por médicos designados pela Gestora de Serviços de Saúde ou pelo Segurador, caso estes o considerem necessários;

3.5. Autorizar os médicos e hospitais a que tenham recorrido a facultar aos serviços clínicos da Gestora de Serviços de Saúde ou ao Segurador os relatórios clínicos e quaisquer outros elementos que estes tenham por convenientes para documentar o processo, incluindo informações sobre o estado de saúde anterior ao sinistro.

4. Pré-autorizações:

Nos casos em que seja aplicável o disposto no n.º 2.1. deste artigo, as Pessoas Seguras devem:

4.1. Assegurar que, através dos serviços clínicos da Gestora de Serviços de Saúde, é solicitada pré-autorização em caso de internamento hospitalar, cirurgia, parto ou actos clínicos associados a uma doença grave conforme respectiva Condição Especial;

4.2. A pré-autorização, em caso de Internamento Hospitalar e/ou Cirurgia, deve ser requerida com uma antecedência mínima de 72 horas;

4.3. Em caso de Internamento Hospitalar e/ou Cirurgia decorrente de uma situação de emergência que impeça a Pessoa Segura de requerer antecipadamente a pré-autorização, deve a mesma ser solicitada no prazo máximo de 24 horas a contar da ocorrência.

5. O Tomador do Seguro e/ou as Pessoas Seguras responderão por eventuais perdas e danos caso não sejam seguidos os procedimentos previstos nos números anteriores, sem prejuízo do direito às prestações a que haja lugar, sempre que o acto médico venha a ser posteriormente autorizado pelo Segurador ou Gestora de Serviços de Saúde.

6. A Gestora de Serviços de Saúde deverá informar as Pessoas Seguras sempre que futuramente outros serviços clínicos necessitem de pré-autorização.

7. Os pagamentos devidos pelo Segurador são efectuados em Portugal e em moeda portuguesa. No caso de despesas efectuadas em moeda estrangeira, a conversão em moeda portuguesa é feita à taxa de câmbio indicativa, publicada pelo Banco de Portugal no dia da realização da despesa.

8. Em caso de sinistro por Morte, devem ser garantidos os

procedimentos estabelecidos na Condição Especial da Cobertura Morte por Acidente.

CAPITULO VIII DISPOSIÇÕES DIVERSAS

ARTIGO 26.º CONFIDENCIALIDADE DA INFORMAÇÃO

O Tomador do Seguro e as Pessoas Seguras autorizam o Segurador a facultar à Gestora de Serviços de Saúde toda a informação confidencial sobre este contrato.

ARTIGO 27.º COMUNICAÇÕES E NOTIFICAÇÕES ENTRE AS PARTES

1. As comunicações e notificações do Tomador do Seguro e da Pessoa Segura previstas nesta apólice, consideram-se válidas e eficazes caso sejam efectuadas, por escrito ou por outro meio do qual fique registo duradouro, para a sede social do Segurador.
2. A alteração de morada ou de sede do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura deve ser comunicada ao Segurador nos 30 dias subsequentes à data em que se verifiquem, por escrito, sob pena de as comunicações ou notificações que o Segurador venha a efectuar para a morada desactualizada se terem por válidas e eficazes.
3. As comunicações e notificações do Segurador previstas nesta Apólice, consideram-se válidas e eficazes caso sejam efectuadas, por escrito ou por outro meio do qual fique registo duradouro, para a última morada do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura constante do contrato, ou entretanto comunicada nos termos previstos no número anterior.

ARTIGO 28.º SUB-ROGAÇÃO

1. O Segurador, uma vez paga a indemnização, fica sub-rogado em todos os direitos das Pessoas Seguras contra terceiros responsáveis por sinistros cobertos por este contrato, até à concorrência da quantia indemnizada.
2. A Pessoa Segura responderá por perdas e danos por qualquer acto ou omissão voluntária que possa impedir ou prejudicar o exercício destes direitos.
3. Assiste ao Segurador o direito de regresso ou reembolso, sempre que o mesmo resulte da lei ou de disposição constante do presente contrato.

ARTIGO 29.º ÓNUS DA PROVA

Impende sobre a Pessoa Segura o ónus da prova da veracidade das declarações, podendo o Segurador exigir-lhe os meios de prova adequados e que estejam ao seu alcance.

ARTIGO 30.º RECLAMAÇÕES

O Segurador dispõe de uma unidade orgânica específica para receber, analisar e dar resposta às reclamações efectuadas, sem prejuízo de poder ser requerida a intervenção da Autoridade de

Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões e da possibilidade de recurso à arbitragem.

ARTIGO 31.º LEI APLICÁVEL E FORO COMPETENTE

1. O presente contrato rege-se pela lei portuguesa.
2. O foro competente para dirimir qualquer litígio emergente deste contrato é o fixado na lei civil.