

SEGURO DE SAÚDE KEEPWELLS

CONDIÇÕES GERAIS

APÓLICE DE SEGURO DE SAÚDE KEEPWELLS

CONDIÇÕES GERAIS

ARTIGO PRELIMINAR

Entre a Generali 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 constantes da presente Apólice, de acordo com as declarações constantes da Proposta e dos Certificados de Seguro que lhe serviram de base e da qual fazem parte integrante.

ART. 1.º - Definições

1. Definições relativas às **entidades** envolvidas no contrato de seguro de grupo de saúde:
 - a) **Segurador**: Entidade legalmente autorizada a exercer a atividade seguradora e que subscreve, com o Tomador, o contrato de seguro;
 - b) **Advancecare**: Marca exclusiva e registada dos produtos geridos pela AdvanceCare – Gestão de Serviços de Saúde, S.A., gestor do sistema integrado de cuidados de saúde;
 - c) **Tomador do Seguro**: Entidade que celebra o contrato de seguro com o Segurador;
 - d) **Pessoa Segura ou Participante**: Pessoa singular identificada no Certificado de Seguro, que cumpre os requisitos de elegibilidade para poder integrar o seguro de grupo, cuja saúde ou integridade física se segura através do presente contrato, e que é beneficiária das garantias da Apólice;
 - e) **Aderente**: A Pessoa Segura ligada ao Tomador do Seguro por um vínculo profissional ou outro, que não seja o de constituir seguro, e para efeitos deste seguro, os titulares do Cartão Continente e que manifesta a intenção de aderir a uma das opções do seguro de grupo (Keep Simple, Keep Mais ou Keep Top);
 - f) **Agregado Familiar**: Conjunto das pessoas identificadas no Certificado de Seguro, constituído pelo Aderente, o seu cônjuge ou pessoa que com ele viva em união de facto, e os descendentes menores e solteiros (ou, não sendo menores, desde que sejam estudantes, incluindo adotados, tutelados e curatelados), que coabitem com o Aderente.
2. Definições relativas aos **documentos** que regulamentam e integram o contrato de seguro:
 - a) **Apólice**: Conjunto de documentos que constituem a expressão escrita do contrato de seguro, e que compreende as Condições Gerais, Especiais e Particulares, bem como as Atas adicionais ao contrato e o Certificado de Seguro;
 - b) **Condições Gerais**: Conjunto de cláusulas que definem e regulamentam obrigações genéricas e comuns inerentes ao contrato de seguro;
 - c) **Condições Especiais**: Cláusulas que visam esclarecer, completar ou especificar disposições das Condições Gerais, aplicáveis às coberturas contratadas;
 - d) **Condições Particulares**: Documento onde se encontram os elementos específicos e individuais de cada contrato de seguro;

- e) **Certificado de Seguro:** Documento emitido pelo Segurador que comprova que uma Pessoa Segura se encontra abrangida pelo Seguro de Grupo e concretiza as coberturas contratadas, capitais, exclusões e outros aspetos relevantes não previstos nas Condições Gerais ou Especiais;
 - f) **Ata Adicional:** Documento que titula uma alteração da Apólice.
3. Definições relativas à **subscrição** do seguro de saúde:
- a) **Proposta de Seguro:** Documento, sob modelo de formulário, a ser preenchido e assinado por cada Aderente (Declaração ou Boletim de Individual de Adesão), do qual constam os elementos de informação essenciais para a aceitação da adesão individual. Este documento faz parte integrante da Apólice quando emitida e vincula todas as partes, ou seja, o Tomador do Seguro, cada Aderente e o Segurador;
 - b) **Questionário Clínico:** Formulário contendo um conjunto de indicadores relativos a dados de saúde, cujo preenchimento em papel ou plataforma eletrónica e assinatura pelo Participante ou resposta através de entrevista telefónica, equivale a declaração pessoal e exata relativa aos seus dados de saúde.
4. Definições relativas às **garantias** do contrato de seguro de saúde:
- a) **Ocorrência/Sinistro:** Todo e qualquer evento suscetível de desencadear o funcionamento das garantias do contrato;
 - b) **Acidente:** O acontecimento fortuito, súbito e anormal, devido a causa exterior e alheia à vontade da Pessoa Segura e que nesta origine lesões corporais que possam ser clínica e objetivamente constatadas, suscetíveis de acionar as coberturas do contrato;
 - c) **Doença:** Toda a alteração involuntária do estado de saúde, não causada por acidente e suscetível de constatação médica objetiva;
 - d) **Doença ou Lesão Pré-Existente:** Doença ou lesão da qual a Pessoa Segura deveria ter conhecimento ou não poderia ignorar, anteriormente à data de subscrição do seguro, por ter sido objeto de investigação clínica, tratamento prévio ou outro ato médico, ou ainda pela evidência dos sinais e sintomas específicos da patologia em causa, antes da data de início das garantias do contrato de seguro;
 - e) **Gravidez Pré-Existente:** Gravidez manifestada ou que tenha dado origem a qualquer ato médico antes da data de adesão ao contrato;
 - f) **Doença Manifestada:** Doença que se haja revelado, tenha sido objeto de um diagnóstico inequívoco e/ou dado lugar ao respetivo tratamento;
 - g) **Doença Súbita:** Toda e qualquer doença que requeira tratamento de urgência em hospital, quer em regime de internamento, quer em regime ambulatorio;
 - h) **Doença ou Malformação Congénita:** Doença e/ou malformação presente à nascença, em resultado de fatores hereditários ou de condições verificadas durante a gestação até ao momento do nascimento. A doença e/ou malformação congénita pode ser evidente ou reconhecida imediatamente após o nascimento ou ser descoberta mais tarde em qualquer momento da vida da pessoa, sem prejuízo da sua natureza;
 - i) **Serviços Clinicamente Justificados:** Bens, serviços ou cuidados de saúde considerados necessários para tratamento de doença ou de lesão resultante de acidente, adequados à situação diagnosticada, de reconhecida validade clínica, eficácia comprovada de

custo/benefício e prestados de acordo com os protocolos e padrões reconhecidos pela comunidade médica;

- j) **Médico:** O licenciado por Faculdade de Medicina ou de Medicina Dentária, legalmente autorizado a exercer a profissão no respetivo país, ficando excluídos todos os que exerçam especialidades não reconhecidas pela Ordem dos Médicos, pela Ordem dos Médicos Dentistas ou organismo equivalente do país em que o ato tem lugar;
- k) **Psicólogo:** O licenciado em Psicologia, legalmente autorizado a exercer a profissão em Portugal e inscrito na Ordem dos Psicólogos Portugueses;
- l) **Despesa Médica:** Despesa realizada pela Pessoa Segura para aquisição de Serviços Clinicamente Justificados, desde que prescritos ou realizados por médico;
- m) **Hospital ou Clínica:** Estabelecimento legalmente reconhecido onde são prestados serviços de saúde às Pessoas Seguras, por médicos e técnicos de saúde diplomados, não sendo, para efeitos deste contrato, considerados como tal termas, sanatórios, casas de repouso, centros de toxicodependência e alcoólicos e outros estabelecimentos similares;
- n) **Prestações Convencionadas:** Despesas médicas efetuadas pelas Pessoas Seguras na rede de prestadores abaixo indicada, sendo a comparticipação a cargo do Segurador paga diretamente aos prestadores.

5. Definições relativas aos **valores** referidos no contrato de seguro de saúde:

- a) **Prémio:** Valor pago pelo Aderente diretamente ao Segurador como contrapartida pelas coberturas contratadas no âmbito da sua adesão e do seu agregado familiar ao contrato de seguro;
- b) **Capital Seguro:** Valor máximo da prestação a pagar pelo Segurador, por sinistro ou anuidade de seguro, consoante o que esteja estabelecido no contrato;
- c) **Comparticipação:** Percentagem ou valor máximo de despesas médicas garantidas por este contrato que fica a cargo do Segurador;
- d) **Copagamento:** Valor que fica a cargo da Pessoa Segura por cada ato ou conjunto de atos médicos, nos termos estipulados no Certificado de Seguro;
- e) **Franquia:** Importância que, em caso de sinistro, fica a cargo da Pessoa Segura, e cujo montante está estipulado no Certificado de Seguro;
- f) **Período de Carência:** Espaço de tempo que difere a eficácia das garantias da Apólice para uma data posterior à da adesão;
- g) **Pré-Autorização:** Aprovação dada pelos serviços clínicos da AdvanceCare, quando exigível nos termos da Apólice, que permite o acesso das Pessoas Seguras aos cuidados de saúde garantidos pelo presente contrato, sem a qual os mesmos não podem ser financiados ou reembolsados;
- h) **Termo de Responsabilidade:** Documento emitido pelo Segurador e/ou, em seu nome, pela AdvanceCare, que exprime a assunção de responsabilidade pelos encargos inerentes à realização de determinado ato médico ou procedimento, nos termos e limites das coberturas do contrato de seguro;
- i) **Pequena Cirurgia:** Toda e qualquer cirurgia cuja valorização relativa seja igual ou inferior a 100 K, de acordo com as valorizações estabelecidas pelo Código de Nomenclatura e Valor Relativo de Atos Médicos, publicado pela Ordem dos Médicos.

6. Definições relativas ao **Sistema de Saúde AdvanceCare**:

- a) **Rede de Prestadores Advancecare**: Conjunto de prestadores de cuidados de saúde, nomeadamente médicos, hospitais, clínicas, centros de diagnósticos e outras unidades de saúde com as quais o Segurador e/ou a AdvanceCare tenha celebrado um acordo de prestação de serviços e que asseguram às Pessoas Seguras a execução dos serviços garantidos pelo contrato no âmbito das Prestações Convencionadas;
- b) **Cartão de Saúde**: Cartão pessoal e intransmissível, materializado num cartão físico ou digital, que identifica a Pessoa Segura e permite o seu acesso aos cuidados de saúde no âmbito da rede de prestadores;
- c) **Gestora de Cuidados de Saúde**: Organização que articula o financiamento à Pessoa Segura e pagamento aos prestadores da rede convencionada (nomeadamente médicos, hospitais, clínicas, centros de meios complementares de diagnóstico e terapêutica), nos termos e limites acordados.

7. Definições relativas às **modalidades** de seguro de saúde:

- a) **Seguro de Grupo**: Seguro de um conjunto de pessoas ligadas entre si e ao Tomador do Seguro por um vínculo que não seja o de segurar;
- b) **Seguro de Grupo Contributivo**: Seguro de Grupo em que as Pessoas Seguras contribuem no todo ou em parte para o pagamento do prémio;
- c) **Seguro de Grupo Não Contributivo**: Seguro de Grupo em que o Tomador do Seguro contribui na totalidade para o pagamento do prémio;
- d) **Grupo Segurável**: Conjunto de pessoas ligadas entre si e ao Tomador do Seguro por um vínculo ou interesse comum que não o da própria constituição do seguro.

ART. 2.º - **Objeto do Contrato e Âmbito das Garantias**

- 1. **O presente contrato garante**, de acordo com o disposto nas presentes Condições Gerais, Condições Especiais contratadas e até aos limites estabelecidos nas Condições Particulares da Apólice, e especificamente detalhadas nos Certificados Individuais de Seguro **o pagamento às Pessoas Seguras de prestações convencionadas em consequência de doença ou acidente ocorrido durante a vigência do contrato**.
- 2. Quando expressamente prevista no Certificado de Seguro, poderá igualmente ficar garantida a prestação de serviços de Médico ao Domicílio.
- 3. **O presente contrato não garantirá o pagamento de quaisquer despesas médicas ou medicamentosas reclamadas pela rede de hospitais e outras instituições que integrem o Serviço Nacional de Saúde, quando a Pessoa Segura, sendo beneficiária de tal serviço, aí for assistida.**

ART. 3.º - **Base do Contrato**

Constituem a base do contrato de seguro e fazem parte integrante da Apólice, o Boletim ou Declaração Individual de Adesão, o Questionário Clínico de cada Pessoa Segura, bem como a documentação clínica necessária à aceitação pelo Segurador da adesão individual.

ART. 4.º - Âmbito Territorial

Salvo convenção expressa em Condição Especial ou Particular o contrato é válido em Portugal Continental e Regiões Autónomas dos Açores e Madeira.

ART. 5.º - Prestações Convencionadas

- 1. No âmbito das prestações convencionadas, o Segurador garante às Pessoas Seguras o acesso direto aos médicos, hospitais ou unidades de saúde, centros de meios complementares de diagnóstico e outros serviços de saúde que, em cada momento, fizerem parte do Sistema de Cuidados de Saúde AdvanceCare, cujas condições de utilização se encontram estabelecidas na Apólice.**
- 2. As condições de financiamento integram limites máximos, bem como copagamentos ou franquias a cargo da Pessoa Segura, relativamente a atos médicos concretos, independentemente dos capitais garantidos ou disponíveis em cada momento.**
- 3. O acionamento das coberturas previstas nas Condições Particulares é objeto de análise de processo clínico e depende de autorização expressa dos serviços clínicos do Segurador, a qual obedece, exclusivamente, a critérios de natureza médica, de acordo com os princípios da boa prática clínica.**
- 4. A AdvanceCare faculta à Pessoa Segura o acesso online à listagem de prestadores de serviços que, em cada momento, integram a Rede AdvanceCare, ficando ao critério da Pessoa Segura a escolha da entidade adequada ao seu estado.**

ART. 6.º - Períodos de Carência

- 1. São fixados, nas Condições Particulares e nas Condições Especiais aplicáveis, os períodos que medeiam entre a data de adesão ao seguro e a data em que as respetivas garantias podem ser acionadas.**
- 2. O período de carência é alargado para 1 ano (365 dias) nos casos de despesas motivadas por**
 - Intervenção cirúrgica às varizes;
 - Intervenção cirúrgica do foro ginecológico e urológico por patologia benigna;
 - Litotricia renal e vesicular;
 - Cirurgia e tratamentos proctológicos;
 - Cirurgia da mama por patologia benigna;
 - Cirurgia da tiroide por patologia benigna;
 - Colectomia;
 - Operações aos ouvidos, nariz e garganta;
 - Qualquer ato cirúrgico ao joelho ou anca;
 - Excisão de lesões cutâneas ou subcutâneas benignas;
 - Tratamento/cirurgia do foro oftalmológico;
 - Intervenção cirúrgica a hérnias;

- Aritmologia;
 - Gravidez;
 - Interrupção involuntária da gravidez;
 - Parto.
3. Não haverá lugar à aplicação de qualquer período de carência em caso de acidente que requeira tratamento de urgência em hospital, quer em regime de internamento, quer em regime ambulatorio.

Para efeito do acima disposto, considera-se tratamento de urgência aquele que deva ser efetuado no prazo máximo de 48 horas após o sinistro.

ART. 7.º - Exclusões

1. Salvo convenção expressa em contrário nas respetivas Condições Particulares e/ou Certificado de Seguro, não ficam garantidas ao abrigo do presente contrato as prestações resultantes de:
- a) Doenças ou lesões consequentes de acidente pré-existentes, conforme definido na alínea d), do n.º 4, do artigo 1.º;
 - b) Gravidez pré-existente, conforme definido na alínea e), do n.º 4, do artigo 1.º;
 - c) Interrupção voluntária da gravidez;
 - d) Doenças ou malformações congénitas, exceto quando digam respeito a crianças nascidas durante a vigência do contrato e incluídas no contrato de seguro no prazo de trinta (30) dias a contar do nascimento, desde que pelo menos um dos pais já se encontre incluído no contrato e que este se encontre em vigor na Apólice há, pelo menos, um ano;
 - e) Consultas, tratamentos e/ou cirurgias de carácter estético ou plástico, exceto quando consequência de acidente ocorrido ou doença manifestada durante a vigência deste contrato;
 - f) Consultas, exames ou tratamentos de emagrecimento e rejuvenescimento;
 - g) Tratamentos ou cirurgias para correção de obesidade, incluindo situações de obesidade mórbida;
 - h) Consultas, exames e tratamentos do foro da nutrição e dietética;
 - i) Consultas, exames e/ou tratamentos de infertilidade ou qualquer método de fecundação artificial e suas consequências, nomeadamente as interrupções involuntárias da gravidez, ficando, no entanto, garantidas as despesas com o parto normal ou cesariana que venha a resultar dos tratamentos, quando tenha sido contratada a respetiva cobertura;
 - j) Alcoolismo e tratamentos relativos à toxicodependência, bem como todas as doenças ou lesões adquiridas pela Pessoa Segura por ter agido sob influência de álcool, estupefacientes, outras drogas ou produtos tóxicos, quando não prescritos por receita médica;
 - k) Doenças resultantes dos efeitos de radioatividade

- l) **Tratamentos de Hemodiálise;**
- m) **Transplante de órgãos, tecidos e suas implicações, salvo convenção expressa em contrário nos termos de cobertura adicional, quando contratada e indicada nas Condições Particulares;**
- n) **Quaisquer patologias resultantes, direta ou indiretamente da ação do vírus da imunodeficiência humana (SIDA);**
- o) **Tratamento às varizes, nomeadamente injeções esclerosantes e laser;**
- p) **Internamento/tratamento refrativo à miopia, astigmatismo e hipermetropia (cirúrgico ou laser);**
- q) **Cirurgias para correção da roncopatia;**
- r) **Doenças epidémicas oficialmente declaradas;**
- s) **Acidentes de trabalho e doenças profissionais bem como outros acidentes ou doenças que devam ficar garantidos por seguro obrigatório;**
- t) **Quaisquer lesões resultantes de:**
 - **Calamidades naturais;**
 - **Atos de terrorismo, incluindo aqueles que se consubstanciem na utilização de armas bacteriológicas ou agentes químicos ou ainda na contaminação do meio ambiente;**
 - **Atos de guerra, guerra civil e perturbações da ordem pública;**
 - **Intervenção em atos criminosos;**
 - **Intervenção em rixas, salvo em caso de legítima defesa, própria ou alheia de bens e pessoas;**
- u) **Os acidentes derivados de:**
 - **Prática de esqui e outros desportos na neve, mergulho, caça submarina, esqui aquático, motonáutica, canoeing, rafting, equitação, tauromaquia ou largada de touros, caça de animais ferozes ou que sejam considerados perigosos, pugilismo, artes marciais, luta, boxe, espeleologia, escalada, slide, rappel, alpinismo, bungee-jumping, BTT, queda livre, parapente, asa delta e paraquedismo;**
 - **Participação em competições desportivas e respetivos treinos, quer como profissional quer como amador;**
 - **Prática de desportos motorizados, a título profissional ou amador, pontualmente ou com carácter de regularidade;**
- v) **Os acidentes inerentes à utilização de veículos motorizados, incluindo os de duas rodas, quando as despesas deles resultantes devam ser indemnizadas no âmbito da responsabilidade civil automóvel;**
- w) **Atos médicos praticados em consequência de doença ou acidente que tenha sido intencionalmente provocado pela Pessoa Segura, incluindo a tentativa de suicídio ou o agravamento do seu estado de saúde.**

2. De igual modo, ao abrigo do presente contrato não fica garantido o pagamento de quaisquer despesas relacionadas com:
- a) **Curas de repouso, exames gerais de rotina e check-up;**
 - b) **Despesas de saúde, quando, de acordo com o estado de saúde da Pessoa Segura, os tratamentos a realizar tenham uma finalidade meramente paliativa, para convalescença, reabilitação psicomotora ou motivos sociais;**
 - c) **Métodos contraceptivos ou realizados com essa finalidade, nomeadamente quaisquer métodos de controlo de natalidade e planeamento familiar, incluindo despesas com medicamentos, tratamentos ou intervenções cirúrgicas com finalidades contraceptivas;**
 - d) **Consultas e/ou tratamentos não reconhecidos oficialmente pela Ordem dos Médicos portuguesa, pela Ordem dos Médicos Dentistas ou pela Ordem dos Psicólogos;**
 - e) **Todas as despesas associadas a procedimentos médicos classificados como experimentais, assim como novas técnicas e/ou tecnologias cuja evidência de eficácia clínica ainda não esteja devidamente comprovada;**
 - f) **Serviços que não sejam clinicamente justificados, conforme definido na alínea i), do n.º 4 do artigo 1.º;**
 - g) **Aquisição ou aluguer dos seguintes artigos medicinais, nomeadamente:**
 - **Algálias e sacos de contenção de urina;**
 - **Sacos de colostomia e urostomia;**
 - **Seringas de insulina ou agulhas para canetas de insulina;**
 - **Tapetes anti-escara;**
 - **Fraldas de contenção;**
 - **Lombostatos;**
 - **Fundas;**
 - **Cintas de sustentação;**
 - **Colares cervicais;**
 - **Fitas teste para diabéticos;**
 - **Meias elásticas;**
 - **Palmilhas;**
 - **Aparelhos de aerossóis;**
 - **Seringas e agulhas;**
 - **Imobilizadores articulares;**
 - **Suspensores braquiais;**
 - **Ligaduras, joelheiras, punhos e pés elásticos;**
 - **Soutiens;**
 - **Almofadas e colchões medicinais;**

- h) Tratamentos de enfermagem prestados no domicílio ou em internamento hospitalar não contemplados nos serviços do hospital;**
- i) Atos realizados por profissionais de saúde que sejam cônjuge, pais, filhos ou irmãos da Pessoa Segura;**
- j) Despesas com acompanhantes, exceto nos casos de internamento de crianças de idade inferior a 14 anos;**
- k) Despesas de natureza particular, tais como comunicações, aluguer de equipamentos de som e/ou imagem, etc.;**
- l) Deslocações e alojamento.**

ART. 8.º - Formação do Contrato

- 1. O presente contrato baseia-se nas declarações constantes dos respetivos Boletins ou Declarações Individuais de adesão, nas quais devem mencionar-se, com inteira veracidade, todos os factos ou circunstâncias que permitam a exata apreciação do risco ou possam influir na aceitação do referido contrato ou na correta determinação do prémio aplicável, mesmo as circunstâncias cuja declaração não seja expressamente solicitada em questionário fornecido ou efetuado pelo Segurador para o efeito, sob pena de incorrer nas consequências previstas nos artigos 11.º e 12.º seguintes.**
- 2. Com exceção das situações em que o Segurador manifeste a necessidade de recolher informação adicional, a adesão considera-se efetuada nos termos propostos a partir das zero horas do dia seguinte ao da receção da Proposta pelo Segurador, salvo se outra data aí for indicada.**

ART. 9.º - Efeitos do Contrato

- 1. Sem prejuízo do disposto no artigo anterior, o presente contrato e respetivas coberturas apenas produzirão efeitos a partir do momento em que o respetivo prémio ou fração inicial sejam pagos ou pelos Aderentes, de acordo com o que se estabeleça nas Condições Particulares da apólice.**
- 2. O disposto no número anterior não prejudica o decurso dos períodos de carência aplicáveis ao contrato e a cada uma das adesões.**

ART. 10.º - Consolidação do Contrato

Passados trinta (30) dias após a entrega da apólice por parte do Segurador, ocorre a consolidação do contrato, não podendo o Tomador do Seguro, após essa data, invocar qualquer desconformidade entre o acordado e o conteúdo da apólice que não resulte de documento escrito ou de outro suporte duradouro.

ART. 11.º – Omissões ou Inexatidões Dolosas do Tomador do Seguro/Pessoa Segura na Declaração Inicial do Risco

- 1. Caso se verifiquem omissões ou inexatidões dolosas na Declaração Inicial do Risco efetuada pelo Tomador do Seguro ou nas declarações individuais realizadas pelas**

Pessoas Seguras, o contrato ou a adesão é anulada pelo Segurador mediante o envio de declaração nesse sentido ao Tomador do Seguro e/ou à Pessoa Segura, no prazo de três (3) meses a contar do conhecimento do incumprimento.

- 2. Caso ocorram sinistros, quer antes do Segurador ter tido conhecimento do incumprimento doloso, quer ainda no prazo referido no número anterior, os mesmos não ficam cobertos pelo contrato.**
- 3. Sem prejuízo do disposto nos números anteriores, o Segurador tem direito ao prémio devido até ao final do prazo referido no n.º 1, ou, nos casos em que o dolo do Tomador do Seguro/Pessoa Segura tenha o propósito de obter uma vantagem, até ao termo do contrato.**

ART. 12.º – Omissões ou Inexatidões Negligentes do Tomador do Seguro/Pessoa Segura na Declaração Inicial do Risco

- 1. Caso se verifiquem omissões ou inexatidões negligentes na Declaração Inicial do Risco efetuada pelo Tomador do Seguro ou nas declarações individuais realizadas pelas Pessoas Seguras, o Segurador pode:**
 - a) Propor uma alteração ao contrato/adesão, fixando um prazo, não inferior a catorze (14) dias para o Tomador do Seguro/Pessoa Segura se pronunciar;**
 - b) Anular o contrato/adesão, caso se comprove que o Segurador em caso algum teria celebrado o contrato ou aceite a adesão se tivesse conhecido o facto omitido ou declarado inexatamente.**
- 2. De acordo com o definido no número anterior, o contrato/adesão cessa os seus efeitos, vinte (20) dias após a receção da proposta de alteração por parte do Segurador, se o Tomador do Seguro/Pessoa Segura não concordarem com a mesma, ou trinta (30) dias após o envio da declaração de cessação prevista na alínea b).**
- 3. Ocorrendo a cessação do contrato, o prémio é devolvido tendo em conta o período ainda não decorrido até à data de vencimento, salvo quando tenha havido pagamento de prestações decorrente de sinistro pelo Segurador.**
- 4. Em caso de sinistro ocorrido antes da cessação ou da alteração do contrato/adesão, cuja verificação ou consequências tenham sido influenciadas por facto relativamente ao qual tenha havido omissão ou inexatidão negligente, o Segurador:**
 - a) Garante o sinistro na proporção da diferença entre o prémio pago e o prémio que seria devido, caso, aquando da celebração do contrato ou da aceitação da adesão, tivesse conhecimento do facto omitido ou declarado inexatamente;**
 - b) Não garante o sinistro, demonstrando que em caso algum teria celebrado o contrato ou aceite a adesão se tivesse conhecido o facto omitido ou declarado inexatamente.**

ART. 13.º – Pessoas Seguras

- 1. Beneficiam das garantias conferidas pelo presente contrato as Pessoas Seguras que satisfaçam, cumulativamente, as seguintes condições à data da sua inclusão da Apólice:**
 - a) Preencham ou respondam ao Questionário Clínico com veracidade e exatidão, quando o mesmo seja aplicável;**

- b) **Sejam aceites pelo Segurador em conformidade com os seus critérios de aceitação em função dos parâmetros da avaliação do risco vigentes;**
 - c) **Aceitem as regras de acionamento das garantias seguras e da utilização do Sistema de Cuidados de Saúde AdvanceCare.**
3. **Se da análise ao questionário clínico resultarem exclusões específicas para alguma Pessoa Segura, o contrato somente produzirá efeito, em relação a essa pessoa, após esta aceitar as condições propostas pelo Segurador.**
4. **A aceitação do seguro, relativamente a cada Pessoa Segura, é confirmada, pelo Segurador, através da emissão do correspondente Certificado de Seguro.**
5. **Na celebração, execução e cessação do contrato de seguro, são consideradas as práticas e técnicas de avaliação, seleção e aceitação de riscos próprias do Segurador, tendo por base dados estatísticos e atuariais rigorosos considerados relevantes.**
6. **Condições de admissão do Agregado Familiar:**
- a) Podem ser admitidos neste contrato de seguro todos os elementos do Agregado Familiar do Participante, nos termos estabelecidos nas Condições Particulares;
 - b) O pedido de adesão do Agregado Familiar terá que abranger todas as pessoas que o constituem e que satisfaçam os requisitos referidos no n.º 1 e n.º 2 deste artigo;
 - c) O pedido de adesão do Agregado Familiar deverá ser feito no máximo de trinta (30) dias decorridos sobre a data de efetividade das coberturas para o Aderente, da data de casamento ou início da união de facto, para cônjuges, ou nascimento para Filhos;
 - d) Quando pelo menos um dos pais já se encontrar incluído no seguro há mais de um ano, a inclusão de recém-nascidos será automaticamente aceite, sem necessidade de preenchimento ou resposta através do questionário clínico, nem aplicação de períodos de carência, desde que a respetiva adesão seja comunicada nos trinta (30) dias seguintes à data de nascimento;
- Se o pedido de inclusão for feito após os trinta (30) dias acima referidos, o Aderente deverá preencher ou responder ao questionário clínico relativo ao recém-nascido, ficando a respetiva adesão sujeita aos períodos de carência;
- As Pessoas Seguras que, a pedido do Tomador do Seguro e/ou Aderente, tenham deixado de fazer parte do contrato de seguro não poderão voltar a ser incluídas neste.
7. **Durante a vigência do contrato, o Tomador do Seguro, ou o Aderente podem pedir, por escrito, a exclusão de uma Pessoa Segura do agregado familiar.**
8. **A exclusão só produzirá efeito na data de renovação anual do contrato ou do Certificado Individual, exceto nos casos de morte da Pessoa Segura, situação em que o Segurador devolverá o prémio relativo ao período já pago e ainda não decorrido.**
9. Durante a vigência de cada adesão do contrato, os filhos da Pessoa Segura que deixem de se enquadrar na definição de Agregado Familiar podem, no prazo de trinta (30) dias após a cessação das garantias, subscrever um novo contrato de seguro de saúde, de acordo com a oferta em comercialização.

ART. 14.º - Duração do Contrato

- 1. O contrato de seguro tem a duração prevista nas Condições Particulares.**
- 2. Na ausência de tal indicação, entende-se que as partes o quiseram celebrar pelo período de um (1) ano, não renovável.**
- 3. Quando o contrato for celebrado por um ano a continuar pelos seguintes, considera-se sucessivamente renovado por períodos de 1 (um) ano, salvo se previamente à data de vencimento, qualquer das partes manifeste a vontade de lhe por fim, conforme previsto no artigo 15.º.**
- 4. As prestações garantidas pelo Segurador respeitam exclusivamente a cada período de vigência do contrato, não havendo lugar a qualquer prorrogação ou extensão das garantias para além da data do seu vencimento, sem prejuízo do disposto relativamente à não renovação do contrato ou da adesão e cessação das garantias.**

ART. 15.º - Denúncia do Contrato

- 1. Nos contratos celebrados por um (1) ano e seguintes, a denúncia equivale à sua não renovação.**
- 2. O Segurador ou o Tomador do Seguro, mediante comunicação escrita à outra parte com trinta (30) dias de antecedência em relação à data de efeito, poderão denunciar o contrato na data do seu vencimento.**
- 3. É aplicável o disposto nos números anteriores à denúncia da adesão relativamente a uma Pessoa Segura.**

ART. 16.º - Resolução do Contrato

- 1. O presente contrato de seguro, ou a adesão de cada Pessoa Segura, conforme aplicável, pode ser resolvido por qualquer das partes a todo o tempo, havendo justa causa para o efeito, nos termos gerais.**
- 2. Constitui justa causa, nomeadamente:**
 - a) Em relação ao Tomador do Seguro e aos Aderentes:**
 - O incumprimento das obrigações contratuais a cargo do Segurador essenciais à manutenção do contrato nos termos em que ele foi aceite;**
 - b) Em relação ao Segurador:**
 - A falta de pagamento do prémio, conforme previsto no artigo 20.º;**
 - A fraude ou tentativa de fraude do Tomador do Seguro e/ou das Pessoas Seguras;**
 - A omissão ou inexactidão dolosa ou negligente do Tomador do Seguro e/ou Pessoa Segura na declaração inicial do risco ou nos Boletins de Adesão;**
 - O incumprimento das obrigações contratuais a cargo do Tomador do Seguro e/ou da Pessoa Segura essenciais à manutenção do contrato nos termos em que ele foi aceite.**

3. O prêmio a devolver em caso de resolução será sempre calculado tendo em consideração o período ainda não decorrido até à data de vencimento, salvo quando tenha havido pagamento de prestações decorrente de sinistro pelo Segurador.
4. Salvo nos casos previstos na lei ou expressamente referidos no contrato, a resolução do contrato/adesão produz os seus efeitos às 24 (vinte e quatro) horas do 30.º dia a contar da receção da respetiva comunicação.

ART. 17.º - Caducidade das Garantias

1. As garantias das Pessoas Seguras cessam automaticamente na primeira das seguintes datas:
 - a) Data a partir da qual deixe de existir o vínculo ou interesse comum que une o Tomador do Seguro e o Aderente;
 - b) No fim da anuidade em que a Pessoa Segura complete a idade limite estabelecida nas Condições Particulares;
 - c) No caso de membros do Agregado Familiar, que percam a qualidade de dependentes nos termos da definição do artigo 1.º, no final da anuidade em que tal se verifique;
 - d) Data em que o presente contrato seja resolvido ou denunciado.
2. As coberturas do Agregado Familiar terminam na mesma data de cessação das garantias do Aderente.
3. A cobertura de um Aderente e do seu Agregado Familiar não terá início, ou cessará igualmente quando se verificarem, da parte dessas pessoas, falsas declarações ou omissões que poderiam ter influído na existência ou condições do contrato ou fraude.

ART. 18.º – Efeitos da Cessação das Garantias

1. Em caso de não renovação do contrato, da adesão, ou da cobertura e não estando o risco coberto por um contrato de seguro posterior, o Segurador garante, em relação a cada Pessoa Segura e até que se esgote o capital seguro ainda disponível relativo ao último período de vigência do contrato, as prestações contratualmente devidas em consequência de doenças manifestadas durante o período de vigência da apólice ou a acidentes ou outros factos geradores de indemnização ocorrido na vigência da apólice, desde que cobertos pelo contrato e declarados até trinta (30) dias após o seu termo, salvo justo impedimento.
2. A obrigação do Segurador a que se reporta o presente artigo cessa, em qualquer caso, decorrido que sejam dois (2) anos sobre a data do termo de vigência do contrato ou da adesão.

ART. 19.º - Pagamento do Prémio

1. A cobertura dos riscos garantidos através do presente contrato fica, nos termos definidos na legislação em vigor, dependente do pagamento do prémio ou fração inicial, sendo o mesmo devido na data de adesão.

2. O prémio correspondente a cada período de duração do contrato é devido por inteiro, sem prejuízo de poder ser fracionado para efeitos de pagamento, desde que acordado e expressamente previsto no Certificado de Seguro.
3. Os prémios ou frações subsequentes são devidos nas datas definidas na apólice, e, quando seja o caso, a parte do prémio de montante variável relativa a acerto de valor ou a parte do prémio correspondente a alterações ao contrato são devidas nas datas indicadas nos respetivos avisos, nos termos definidos nos números seguintes.
4. O Segurador avisará, por escrito e com uma antecedência mínima de trinta (30) dias em relação à data em que o prémio ou fração subsequente é devido, os Aderentes, indicando a data do pagamento, o valor a pagar, a forma de pagamento, bem como as consequências da falta de pagamento do prémio ou fração.
5. Quando por acordo, o pagamento do prémio for objeto de fracionamento por prazo inferior ao trimestre, não haverá lugar ao envio de qualquer aviso de cobrança, ficando neste caso indicado nas Condições Particulares do contrato e/ou nos Certificados Individuais, consoante o caso, as datas em que são devidas cada uma das frações, os valores a pagar, bem como as consequências da falta de pagamento de qualquer fração.
6. Quando se verifique acerto de vencimento de contratos/adesões de 1 (um) ano e seguintes, o prémio correspondente ao número de dias que excede 1 (um) ano será calculado tendo em consideração a proporção deste período em relação ao prémio anual.

ART. 20.º – Falta de Pagamento de Prémios

1. **Quando o prémio ou fração inicial não for pago pelo Aderente, o contrato não produzirá quaisquer efeitos relativamente ao Aderente e seu agregado familiar.**
2. **Quando o pagamento do prémio for fracionado, a falta de pagamento de qualquer fração subsequente no decurso de uma anuidade determina a resolução automática e imediata da adesão, às 24 (vinte e quatro) horas da data em que o pagamento dessa fração era devido.**
3. **Quando se verificar a falta de pagamento do prémio de anuidades subsequentes, ou da primeira fração deste, na data em que esse pagamento era devido, considera-se que a adesão não se renova, deixando consequentemente de produzir efeitos a contar das 24 (vinte e quatro) horas dessa mesma data.**
4. Quando se verificar falta de pagamento do prémio adicional correspondente a uma alteração das condições de adesão ao Seguro de Grupo, a alteração não produzirá efeitos, subsistindo aquela adesão com o âmbito e nas condições que vigoravam antes da pretendida alteração, a menos que a subsistência da mesma se revele impossível, caso em que a adesão se considera resolvida na data do vencimento do prémio não pago.
5. **A cessação da cobertura do contrato de seguro de grupo por efeito de não pagamento do prémio, ou de parte de fração deste, não exonera o Aderente da obrigação de pagamento do prémio correspondente ao período em que a respetiva cobertura do contrato haja vigorado, acrescido dos juros de mora devidos.**

ART. 21.º - Alterações aos Termos do Contrato

1. O Segurador pode propor a alteração das Coberturas, Capitais seguros, Franquias, Copagamentos e dos Prémios, bem como dos critérios de utilização do financiamento ou reembolso de despesas de saúde, para vigorar na anuidade seguinte do contrato, desde que estas alterações sejam comunicadas pelo Segurador ao Tomador do Seguro e à Pessoa Segura com uma antecedência mínima de trinta (30) dias relativamente à data de renovação do contrato ou da cobertura.
2. As alterações consideram-se aceites se o Tomador do Seguro ou a Pessoa Segura nada contestar no prazo de catorze (14) dias contados da receção da proposta.
3. Caso as alterações propostas pelo Segurador não sejam aceites, o contrato extingue-se na data de renovação do contrato ou da cobertura.
4. Os Capitais seguros, os Prémios e Franquias, podem estar sujeitos a uma indexação anual, a considerar automaticamente no vencimento da Apólice, nos termos previstos nas Condições Particulares e/ou no Certificado de Seguro.
5. Sem prejuízo do disposto nos números anteriores, o prémio será igualmente atualizado sempre que as Pessoas Seguras transitarem para o escalão etário imediatamente a seguir em relação aquele em que se encontravam. Os escalões etários a considerar, serão os previstos nas Condições Particulares da Apólice.
6. O Segurador formaliza as alterações ao contrato em documento escrito.

ART. 22.º - Obrigação de Informar

1. Nos seguros de grupo compete ao Tomador do Seguro o dever de informar as Pessoas Seguras sobre as coberturas contratadas e as suas exclusões, as obrigações e os direitos em caso de sinistro, bem como sobre as alterações ao contrato, em conformidade com espécimen facultado pelo Segurador.
2. O Tomador do Seguro responde por eventuais danos causados às Pessoas Seguras decorrentes do incumprimento do dever de informar previsto no número anterior.

ART. 23.º - Acesso, Procedimentos e Regularização de Sinistros – Obrigações do Tomador e/ou Pessoas Seguras

1. **Em caso de necessidade de cuidados de saúde garantidos por este contrato, ao abrigo das prestações convencionadas, a Pessoa Segura deverá aceder à Rede de Prestadores AdvanceCare ou recorrer, à sua escolha, a qualquer médico, hospital ou clínica em caso de necessidade de internamento, observando, em qualquer dos casos, as prescrições do médico que a assista e os procedimentos previstos nos números seguintes.**
2. **Em caso de acidente ou doença garantido ao abrigo do presente contrato, a Pessoa Segura deve seguir os seguintes procedimentos:**
 - Selecionar um prestador da Rede de Prestadores indicado pelo Segurador e/ou AdvanceCare;
 - Apresentar o seu Cartão de Saúde perante o Prestador selecionado;
 - Pagar ao prestador a parte da despesa que fica a seu cargo, conforme definido nas Condições Particulares;

3. Para além das obrigações acima referidas, as Pessoas Seguras **deverão igualmente em caso de sinistro:**

- a. Informar com verdade a AdvanceCare ou o Segurador sobre as circunstâncias e consequências da doença ou acidente;
- b. Cumprir as prescrições do médico a que tenham recorrido;
- c. Sujeitar-se a exames por médicos designados pela AdvanceCare ou pelo Segurador, caso estes o considerem necessário;
- d. Autorizar os médicos ou hospitais a que tenham recorrido a facultar aos serviços clínicos da AdvanceCare ou do Segurador, os relatórios clínicos e quaisquer outros documentos que estes tenham por conveniente para documentar o processo.

Em caso de acidente, deverão fazer a sua descrição (data, local, hora, circunstâncias e consequências) e indicar as testemunhas presenciais, identificadas pelo nome completo e moradas, e, eventualmente, as autoridades que dele tomaram conhecimento;

4. As Pessoas Seguras deverão igualmente, conforme previsto nas respetivas Condições Especiais, **solicitar a pré-autorização aos serviços clínicos do AdvanceCare ou do Segurador, sempre que estiver em causa a realização de:**

- **Despesas garantidas ao abrigo da Condição Especial “Despesas de Hospitalização”, quando motivadas por acidente ou doença;**

Se por uma situação de urgência não for possível solicitar a pré-autorização, devem ser contactados os serviços clínicos da AdvanceCare no prazo de **quarenta e oito (48) horas** ou no mais curto período possível.

O Segurador ou a AdvanceCare informará as Pessoas Seguras sempre que futuramente outros serviços clínicos ou despesas necessitem de pré-autorização.

5. **Quando a Pessoa Segura solicitar um Termo de Responsabilidade e, atendendo ao tipo de atos médicos em causa, seja previsível que o valor da despesa exceda o capital seguro disponível para o efeito, a AdvanceCare e/ou o Segurador poderá solicitar à Pessoa Segura a prestação de garantias que assegurem a restituição do valor adiantado pelo Segurador, mas não garantido ao abrigo da apólice.**

6. As Pessoas Seguras obrigam-se a tomar todas as providências para evitar ou, pelo menos, diminuir o agravamento das consequências do acidente ou da doença.
7. As Pessoas Seguras responderão por perdas e danos caso não sejam seguidos os procedimentos previstos nos números anteriores.
8. **O Tomador do Seguro e as Pessoas Seguras autorizam o Segurador a ceder à AdvanceCare toda a informação confidencial sobre este contrato.**

ART. 24.º - Pagamento da Indemnização

1. O Segurador obriga-se a proceder com diligência e prontidão a todas as averiguações indispensáveis para a correta regularização dos sinistros.
2. No caso de prestações indemnizatórias, o Segurador pagará, o montante devido no prazo de quinze (15) dias úteis após a receção do pedido de comparticipação e dos documentos, referidos no artigo anterior, necessários para a regularização do sinistro.

3. Os pagamentos devidos pelo Segurador serão efetuados em Portugal e em moeda nacional. Caso as despesas sejam efetuadas em moeda estrangeira, a conversão para Euros será efetuada à taxa de câmbio publicada pelo Banco de Portugal no dia de realização da despesa.
4. Sem prejuízo do disposto nas Condições Especiais e Particulares da Apólice, o montante do reembolso das despesas médicas incide sobre o valor efetivamente suportado pela Pessoa Segura e não reembolsado por outra entidade, desde que observados os seguintes procedimentos:
 - a) Quando apresentados os documentos originais comprovativos de qualquer despesa, será sobre a totalidade do seu valor que incidirá uma percentagem de reembolso;
 - b) No caso de haver complementaridade entre esta Apólice e outros esquemas de proteção, quando apresentados documentos provenientes de outra entidade a que a Pessoa Segura tenha previamente recorrido, nomeadamente comprovativos da despesa e respetiva participação por essa entidade, a percentagem de reembolso incidirá apenas sobre o remanescente da despesa não participada.

ART. 25.º - **Comunicações e Notificações entre as Partes**

1. As comunicações ou notificações previstas nesta Apólice devem revestir forma escrita ou ser prestadas por outro meio de que fique registo duradouro, para a última morada do Tomador do Seguro e das Pessoas Seguras constante no contrato ou para a sede social do Segurador.
2. **Qualquer alteração à morada ou sede do Tomador do Seguro ou dos Participantes deverá ser comunicada ao Segurador, nos trinta (30) dias subsequentes à data em que se verifique, sob pena de as comunicações ou notificações que o Segurador venha a efetuar para a morada desatualizada se terem por válidas e eficazes.**

ART. 26.º - **Sub-Rogação**

O Segurador, uma vez paga a indemnização, fica sub-rogado nos direitos da Pessoa Segura contra terceiros responsáveis pelo sinistro, até à concorrência da quantia indemnizada, abstendo-se a mesma de praticar quaisquer atos ou omissões que possam prejudicar a sub-rogação, sob pena de responder por perdas e danos.

ART. 27.º – **Gestão de Reclamações**

1. O Segurador dispõe de uma unidade orgânica responsável pela gestão de reclamações à qual poderão ser dirigidas quaisquer questões relacionadas com o presente contrato.
2. Em caso de divergência com o Segurador, o Tomador do Seguro e/ou Pessoa Segura podem também apresentar reclamações no Livro de Reclamações, bem como solicitar a intervenção da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões, sem prejuízo ainda da possibilidade do recurso à arbitragem ou aos tribunais, de acordo com as disposições legais em vigor.
3. Em caso de litígio, o Tomador e/ou a Pessoa Segura poderão recorrer às entidades de resolução alternativa de litígios (RAL) identificadas no sítio da internet da Direção-Geral do Consumidor em www.consumidor.pt.

ART. 28.º – Arbitragem

1. Se, no que respeita a questões de natureza exclusivamente clínica, for controverso o direito da Pessoa Segura às prestações do Segurador, pode haver recurso a arbitragem.
2. No caso enunciado no número anterior, cada parte designa um médico que a representa, cabendo aos designados acordarem na nomeação de um outro médico que preside.
3. Os custos associados ao processo de arbitragem são suportados por cada parte em relação ao árbitro que designe e em metade relativamente ao árbitro presidente.

ART. 29.º – Dados Pessoais

1. O tratamento de dados pessoais é efetuado pelo Segurador e pelos seus subcontratantes com o consentimento inequívoco do seu titular, sendo o seu tratamento necessário para a execução do contrato de seguro e para efeitos da gestão da prestação de cuidados ou tratamentos médicos ou de gestão de serviços de saúde e realizado por profissionais de saúde obrigados a sigilo ou por pessoas sujeitas igualmente a segredo profissional.
2. O Segurador é responsável pelo tratamento e garantia das medidas adequadas de segurança dos dados, com a finalidade prevista no número anterior, sendo assegurado às Pessoas Seguras o direito de acesso e de retificação dos mesmos.

ART. 30.º - Legislação e Foro

1. O presente contrato rege-se pela Lei portuguesa.
2. Nos casos omissos no presente contrato, recorrer-se-á à legislação aplicável.
3. O foro competente para a resolução de qualquer litígio emergente deste contrato é o fixado na lei civil.

ART. 31.º - Sanções Internacionais e Combate ao Terrorismo

1. **O Segurador não se encontra obrigado a subscrever qualquer cobertura/risco, nem será responsável pelo pagamento de qualquer indemnização de sinistro, ou ainda a fornecer qualquer serviço ou benefício, na medida em que tal subscrição, pagamento de indemnização de sinistro ou prestação de qualquer benefício exponha o Segurador a qualquer sanção, proibição ou restrição ao abrigo das Resoluções das Nações Unidas, ou a quaisquer outras sanções económicas ou comerciais, leis ou regulamentos da União Europeia, dos Estados Unidos da América e/ou de Portugal.**
2. **Para efeitos de seguro obrigatório, a exclusão da responsabilidade acima referida apenas se aplica nos casos em que as sanções sejam aplicáveis ao ordenamento jurídico português.**
3. **Em cumprimento com as normas internacionais e nacionais, bem como com as boas práticas do negócio, o Segurador reserva-se o direito de recusar a proposta de seguro ou de anular, unilateralmente, a apólice e/ou congelar os fundos/ativos, se o Tomador do Seguro/Segurado, ou quaisquer pessoas a estas associadas, constarem da lista internacional destinada a prevenção dos fenómenos de terrorismo.**

CONDIÇÕES ESPECIAIS

DESPESAS DE HOSPITALIZAÇÃO

ART. 1.º - Âmbito da Garantia

1. Ao abrigo da presente Condição Especial, quando contratada e expressamente indicada nas Condições Particulares e/ou Certificado de Seguro, fica garantido o **pagamento das despesas** efetuadas pela Pessoa Segura em regime de prestações convencionadas em consequência de **Hospitalização** da Pessoa Segura numa unidade hospitalar, motivada por **doença ou acidente** garantido pelo contrato.
2. Fica nomeadamente garantido o pagamento das despesas relacionadas com:
 - a) Honorários médicos, nomeadamente os relativos ao médico-cirurgião, anestesista, ajudantes e instrumentistas;
 - b) Internamento em unidades de cuidados intensivos;
 - c) Quimioterapia realizada em regime ambulatorio ou adquirida em hospital e efetuada no domicílio;
 - d) Radioterapia realizada em regime ambulatorio, em hospital ou clínica;
 - e) Cirurgia realizada em regime ambulatorio, em hospital ou clínica;
 - f) Cirurgia do foro estomatológico quando seja consequência de acidente que requeira tratamento de urgência em hospital, quer em regime de internamento, quer em regime ambulatorio;
 - g) Cirurgia do foro maxilofacial quando seja consequência de acidente que requeira tratamento de urgência em hospital ou de doença coberta pelo Contrato, excluindo-se os tratamentos do foro estomatológico;
 - h) Internamento motivado por doenças do foro psíquico no máximo de quinze (15) dias por anuidade;
 - i) Diárias da Pessoa Segura;
 - j) Enfermagem (não privativa);
 - k) Exames auxiliares de diagnóstico quando prescritos e realizados durante o internamento;
 - l) Medicamentos administrados durante o internamento;
 - m) Piso de sala de operação e instalações necessárias à realização dos atos médicos (bloco operatório, sala de recobro, etc.) e material usado (gases de anestesia, oxigénio, material de osteossíntese, próteses intracirúrgicas, etc.);
3. Os Capitais, Participações, Franquias e Copagamentos encontram-se previstos nas Condições Particulares e/ou Certificado de Seguro.

ART. 2.º - Definição

Para efeito da presente Condição Especial, considera-se **internamento** a estada num Hospital ou Clínica, sob prescrição médica, por um período superior a 24 (vinte e quatro) horas que origine o pagamento de uma diária, e que não se prolongue por um espaço de tempo superior a

trezentos e sessenta e cinco (365) dias. Internamentos sucessivos são considerados internamentos independentes.

ART. 3.º - Períodos de Carência

A cobertura Despesas de Hospitalização encontra-se sujeita a período de carência de noventa (90) dias.

ART. 4.º - Exclusões

Sem prejuízo das exclusões previstas nas Condições Gerais aplicáveis a esta cobertura, não fica garantido ao abrigo da presente Condição Especial o pagamento das despesas de internamento relacionadas com:

- a) **Cirurgias e tratamentos do foro estomatológico, exceto se resultante de acidente garantido por este contrato;**
- b) **Parto ou interrupção involuntária da gravidez, exceto neste último caso se resultante de doença ou acidente garantido por este contrato;**
- c) **Quaisquer atos cirúrgicos relacionados com doenças que não se tenham manifestado.**

DESPESAS DE PARTO

ART. 1.º - Âmbito da Garantia

1. Ao abrigo da presente Condição Especial, quando contratada e expressamente indicada nas Condições Particulares e/ou Certificado de Seguro, fica garantido o **pagamento das despesas** efetuadas pela Pessoa Segura em regime de prestações convencionadas em consequência **de internamento numa unidade hospitalar quando diretamente motivado por:**

- a) **Parto;**
- b) **Cesariana;**
- c) **Interrupção involuntária da gravidez.**

2. Fica nomeadamente garantido o pagamento das despesas relacionadas com:

- a) Diárias, quer da parturiente, quer do recém-nascido, enquanto durar o internamento da parturiente;
- b) Honorários médicos, nomeadamente os relativos ao médico obstetra, pediatra, anestesista, ajudantes e instrumentistas quando tal se justifique;
- c) Instalações necessárias à realização dos atos (bloco operatório, sala de recobro, sala de parto, etc.) e material usado (gases de anestesia, oxigénio, etc.);
- d) Medicamentos administrados durante o internamento;
- e) Exames auxiliares de diagnóstico quando prescritos e realizados durante o internamento;
- f) Enfermagem (não privativa);

3. Os Capitais, Participações, Franquias e Copagamentos encontram-se previstos nas Condições Particulares.

ART. 2.º - **Períodos de Carência**

A cobertura Despesas de Parto encontra-se sujeita a período de carência de trezentos e sessenta e cinco (365) dias.

ART. 3.º - **Exclusões**

Sem prejuízo das exclusões previstas nas Condições Gerais aplicáveis a esta cobertura, não fica garantido ao abrigo da presente Condição Especial o pagamento de honorários de parteiras.

DESPESAS DE ASSISTÊNCIA AMBULATORIA

ART. 1.º - **Âmbito da Garantia**

1. Ao abrigo da presente Condição Especial, quando contratada e expressamente indicada nas Condições Particulares e/ou Certificado de Seguro, fica garantido o **pagamento das despesas** efetuadas pela Pessoa Segura em regime de prestações convencionadas **com cuidados médicos ambulatorios**.
2. Fica nomeadamente garantido o pagamento das despesas relacionadas com:
 - a) Honorários médicos de consultas de clínica geral e especialidade;
 - b) Tratamentos ambulatorios e outros atos clínicos, desde que prescritos por médico;
 - c) Exames auxiliares de diagnóstico, desde que prescritos por médico;
 - d) Fisioterapia em caso de acidente ou doença;
 - e) Cinesioterapia, até ao limite de seis (6) sessões por anuidade;
 - f) Terapia da fala, até ao limite de seis (6) sessões por sinistro;
 - g) Consultas com médicos do foro psíquico, até ao limite de três (3) consultas por anuidade;
 - h) Enfermagem (não privativa).
3. **Relativamente a despesas relacionadas com ginecologia e/ou obstetrícia, a presente cobertura garantirá igualmente:**
 - **Consultas do foro de ginecologia e obstetrícia: até ao limite de dez (10) por anuidade**
 - **Ecografias do foro de ginecologia e obstetrícia; até ao limite de quatro (4) por anuidade;**
 - **Despesas com exames de amniocentese ou outros exames para pesquisa de DNA fetal, quando os mesmos sejam medicamente justificados, entendendo-se como tal os exames efetuados a pessoas seguras com idade superior ou igual a 35 (trinta e cinco) anos ou se comprovadamente existirem antecedentes obstétricos de alterações morfológicas ou de cariotipo fetal;**
 - **Rastreios bioquímicos pré-natais.**

4. Os Capitais, Participações, Franquias e Copagamentos encontram-se previstos nas Condições Particulares e/ou Certificado de Seguro.

ART. 2.º - Períodos de Carência

A cobertura Despesas de Assistência Ambulatória encontra-se sujeita a período de carência de noventa (90) dias para a realização de exames auxiliares de diagnóstico.

ART. 3.º - Exclusões

Sem prejuízo das exclusões previstas nas Condições Gerais aplicáveis a esta cobertura, não fica garantido ao abrigo da presente Condição Especial o pagamento das seguintes despesas com cuidados médicos:

- a) Tratamentos cirúrgicos e/ou laser, realizados em regime ambulatorio, incluindo pequenas cirurgias;
- b) Consultas, tratamentos e cirurgias do foro estomatológico;
- c) Exercícios de ortóptica;
- d) Ginástica, natação e massagens;
- e) Consultas e tratamentos de apoio e orientação psicológica;
- f) Consultas, tratamentos ou quaisquer outras despesas realizadas em acupunctura, homeopatia, medicina natural ou qualquer outro tipo de terapêuticas não convencionais.

REDE DE MEDICINA DENTÁRIA

Artigo Único - Âmbito da Garantia

Ao abrigo da presente condição especial, quando prevista nas Condições Particulares e/ou Certificado de Seguro, fica ainda garantido o acesso direto por parte da Pessoa Segura, à Rede de Prestadores de Serviços Clínicos Dentários da AdvanceCare, para **consultas ou tratamentos do foro estomatológico ou maxilofacial**.

Para esse efeito, a Pessoa Segura limitar-se-á a pagar ao Prestador da Rede por ela escolhido o valor do copagamento previsto, sendo o remanescente diretamente assumido pelo Segurador ao prestador.

MÉDICO ONLINE

ART. 1.º - Âmbito da Garantia

1. Ao abrigo da presente Condição Especial, quando contratada e expressamente indicada nas Condições Particulares e/ou Certificado de Seguro, o Segurador, através do Serviço de Assistência, garante o serviço de triagem clínica de prioridades e Médico Online, 24h por dia, para consulta e eventual aconselhamento quanto à orientação a seguir.
2. A presente garantia só é válida se a Pessoa Segura solicitar previamente o serviço, não havendo lugar a reembolsos de consultas efetuadas sem o consentimento do Segurador através do Serviço de Assistência.

3. Os Capitais, Participações, Franquias e Copagamentos encontram-se previstos nas Condições Particulares e/ou Certificado de Seguro.

ART. 2.º - Exclusões

Sem prejuízo das exclusões previstas nas Condições Gerais aplicáveis a esta cobertura, não fica garantido ao abrigo da presente Condição Especial o reembolso das despesas com:

- a) Danos por atrasos ou dificuldades no acesso a este serviço, em consequência de anomalias nas redes de telecomunicações;
- b) Eventuais consequências de atraso ou negligência imputáveis à Pessoa Segura, bem como as consequências de informação deficiente, incorreta ou inexata por ela prestada ou por terceiros sob as suas instruções;
- c) Eventuais consequências do não cumprimento, por parte da Pessoa Segura, das indicações fornecidas através do serviço.

MÉDICO AO DOMICÍLIO

Artigo Único - Âmbito da garantia

- a) O Segurador, através do Serviço de Assistência, garante, em caso de urgência, o envio ao domicílio, 24 (vinte e quatro) horas por dia, de um médico de clínica geral para consulta e eventual aconselhamento quanto à orientação a seguir;
- b) Se, por razões de oferta de mercado, o Segurador, através do Serviço de Assistência, não conseguir localizar um médico disponível para efetuar a consulta domiciliária, será organizado e suportado, em alternativa, um transporte até à unidade hospitalar mais próxima da residência da Pessoa Segura;
- c) A presente garantia só é válida se a Pessoa Segura solicitar previamente o serviço, não havendo lugar a reembolsos de consultas efetuadas sem o consentimento do Segurador através do Serviço de Assistência.
- d) Os Capitais, Participações Franquias e Copagamentos encontram-se previstos nas Condições Particulares.

Nota: Para efeitos do artigo 37.º do Regime Jurídico do Contrato de Seguro (DL 72/2008, de 16/04) salientamos a importância do texto assinalado a negrito.