

Condições Gerais e Especiais



Seguro de Saúde Particulares

CONDIÇÕES GERAIS E ESPECIAIS SEGURO DE SAÚDE PARTICULARES

Confidencial

CAPÍTULO II. DISPOSIÇÕES GERAIS

ARTIGO 1.º - DEFINIÇÕES

Para efeitos do presente contracto, entende-se por:

1. Acidente: Evento súbito, inesperado e externo à vontade da Pessoa Segura, que cause morte ou lesões corporais comprováveis.

2. Acta Adicional: O documento que titula a alteração de uma Apólice, dela passando a fazer parte integrante para todos os efeitos legais e contratuais.

3. Agregado Familiar: Consideram-se abrangidos os cônjuges, ou pessoa equiparada, do Subscritor, bem como os filhos, incluindo os de criação, legalmente adoptados e enteados, desde que vivam em comunhão de mesa e habitação com a Pessoa Segura, de forma permanente.

Para efeitos de seguro, serão abrangidos os filhos, enteados e adoptados apenas enquanto tiverem menos de 18 anos de idade, não forem casados e não desempenharem qualquer actividade profissional remunerada, seja na data de início do contracto ou em cada renovação.

Os filhos que satisfaçam os requisitos acima referidos e comprovem estar inscritos, em regime de tempo integral, num curso de ensino superior, poderão permanecer abrangidos pelo seguro até atingirem os 25 anos de idade.

4. Ambiente Hospitalar: Estrutura oficialmente licenciada, vocacionada para a prestação permanente de cuidados médicos, cirúrgicos e de enfermagem, dotadas de meios para actuar em situações inesperadas que possam colocar em risco a vida da Pessoa Segura.

5. Apólice: Conjunto de documentos que constituem e formalizam o contracto de seguro, incluindo a Proposta, as Condições Gerais, Especiais e Particulares, bem como quaisquer aditamentos ou actos adicionais.

6. Beneficiário: A Pessoa Segura ou, em caso de seu falecimento, a pessoa ou entidade designada para receber as prestações devidas pela Seguradora.

7. Cartão de Saúde: Documento pessoal e intransmissível que identifica a Pessoa Segura e garante o acesso aos serviços prestados no âmbito da rede convencionada de prestadores de cuidados de saúde.

8. Comparticipação Convencionada: Percentagem ou montante máximo das despesas médicas abrangidas pela Apólice que a Seguradora líquida directamente aos Prestadores da Rede Convencionada, de acordo com os termos das Condições Particulares.

9. Comparticipação por Reembolso: Percentagem ou montante máximo das despesas médicas efectuadas fora da Rede Convencionada, reconhecidas pela entidade competente, que são reembolsadas à Pessoa Segura conforme os termos das Condições Particulares, após dedução de franquias aplicáveis.

10. Condições Especiais: Cláusulas que esclarecem, completam ou especificam o conteúdo das Condições Gerais e das Coberturas previstas na Apólice.

11. Condições Gerais: Cláusulas que estabelecem e regulam as obrigações genéricas e comuns inerentes à modalidade de seguro.

12. Condições Particulares: Documento que contém os elementos específicos e individuais de cada contracto, distinguindo-o de todos os demais.

13. Co-Pagamento: Percentagem do custo de um acto médico ou serviço de saúde que é suportada pela Pessoa Segura, conforme previsto nas Condições Particulares, visando a partilha de risco e uma utilização consciente dos serviços.

14. Despesa Médica: Montante suportado pela Pessoa Segura na aquisição de bens ou na prestação de serviços clinicamente necessários, desde que prescritos ou executados por profissional médico habilitado, destinados ao tratamento de doenças ou lesões decorrentes de um acidente.

15. Doença Manifestada: Modificação do estado de saúde que ocorra sem qualquer intervenção da vontade da Pessoa Segura, não decorrente de acidente, manifestando-se através de sinais clínicos claros, sendo diagnosticada por profissional qualificado e, se aplicável, originando tratamento.

16. Doença Profissional: Doença ou lesão resultante directamente das condições inerentes ao exercício da actividade profissional, comprometendo a capacidade de exercer a profissão habitual.

17. Doença Súbita: Situação clínica repentina e grave que coloca em risco imediato a vida ou a saúde da Pessoa Segura, exigindo intervenção médica urgente ou internamento no prazo máximo de 48 horas após a sua ocorrência.

18. Doença: Qualquer alteração no estado de saúde que surja de forma independente da vontade da Pessoa Segura, não proveniente de acidente, e que se manifeste através de sinais clínicos claros, sendo devidamente reconhecida por profissional médico qualificado.

19. Enfermagem: Cuidados especializados prestados por enfermeiro(a) devidamente habilitado, sob prescrição médica, associados a doença ou acidente que tenha exigido internamento, não incluindo qualquer tipo de apoio de natureza familiar.

20. Entidade Gestora / TPA (Third-Party Administrator): Entidade administradora terceirizada que, em nome da Seguradora, gere a Rede Credenciada, analisa pedidos de pré-autorização, regulariza sinistros e garante a eficiência operacional na prestação de serviços de saúde.

21. Estorno: Devolução parcial do prémio anteriormente pago pelo Tomador do Seguro, em conformidade com as regras previstas na apólice.

22. Franquia: Valor fixo que a Pessoa Segura deve suportar por cada sinistro de determinada natureza, sendo a Seguradora responsável pelo remanescente, até ao limite do capital seguro.

23. Hospitalização ou Internamento: Permanência em unidade hospitalar por mais de 24 horas ou, em caso de cirurgia, tempo inferior, sempre que clinicamente justificada e realizada por profissionais credenciados.

24. Limite Anual de Responsabilidade: Valor máximo que a Seguradora está obrigada a cobrir em despesas médicas para cada Pessoa Segura durante um período de 12 meses.

25. Limite por Despesa Médica: Valor máximo que pode ser reembolsado ou pago directamente pela Seguradora para uma única despesa médica, considerando a eventual aplicação de franquias.

26. Medicamentos Prescritos: Fármacos cuja aquisição depende obrigatoriamente de receita médica, conforme legislação aplicável.

27. Médico: Profissional legalmente licenciado para exercer medicina no país em questão, inscrito na autoridade competente, excluindo a Pessoa Segura ou seus familiares próximos.

28. Morte: Evento de falecimento físico da Pessoa Segura, decorrente de doença ou acidente.

29. Pequena Cirurgia em Ambulatório: Intervenção cirúrgica que não requer internamento posterior.

30. Período de Carência: Intervalo a contar da data de celebração do Contracto até à data de entrada em vigor de determinadas coberturas do seguro.

31. Pessoa Segura: Cada indivíduo cuja saúde ou integridade física é objecto da cobertura do seguro, incluindo colaboradores do Tomador do Seguro e os seus dependentes elegíveis, conforme definido nas Condições Particulares.

32. Pré-autorização: Aprovação emitida pelos serviços clínicos da Seguradora ou Entidade Gestora, garantindo à Pessoa Segura o acesso a cuidados de saúde cobertos pelo contracto.

33. Pré-existências: Condições médicas, lesões ou gravidez da Pessoa Segura de que já eram conhecidas ou apresentavam sintomas antes da data de início da cobertura, incluindo sinais não diagnosticados nos três anos anteriores.

34. Prémio: Montante devido pelo Tomador do Seguro à Seguradora como contrapartida pela assunção dos riscos cobertos pela Apólice, incluindo custos de emissão, administração e encargos fiscais.

35. Prestações Convencionadas: Bens, serviços ou despesas médicas realizados pela Pessoa Segura na rede de prestadores convencionada, decorrentes de um evento coberto. O pagamento é efectuado directamente à rede pela Seguradora ou via Entidade Gestora.

36. Prestações Indemnizatórias ou de Reembolso: Bens, serviços ou despesas médicas realizados fora da rede convencionada, reconhecidos por organismo competente, cobertos pelo seguro conforme as condições particulares e após dedução de eventuais franquias

37. Prestadores de Serviços Clínicos: Profissionais ou instituições de saúde, incluindo médicos, hospitais, clínicas e centros de diagnóstico — que fornecem atendimento médico às Pessoas Seguras.

38. Proponente: Pessoa interessada em contratar o seguro de saúde, que formaliza a sua candidatura mediante apresentação de Proposta.

39. Proposta: Documento preenchido pelo Proponente (ou em conjunto com a Pessoa Segura, quando aplicável), contendo informações pessoais e médicas necessárias para avaliação do risco pela Seguradora.

40. Questionário de Saúde: Formulário que detalha o estado de saúde da Pessoa Segura, permitindo à Seguradora avaliar o risco, cujo preenchimento e assinatura equivalem a declaração pessoal de saúde.

41. Rede Convencionada de Prestadores: Conjunto de prestadores de serviços clínicos (hospitais, clínicas, laboratórios, farmácias, médicos e outros) com os quais a Seguradora ou a Entidade Gestora firmou acordos para prestação de serviços em condições convencionadas, tanto em Angola quanto no estrangeiro, quando aplicável.

42. Risco: Evento futuro, incerto e danoso relativo à saúde da Pessoa Segura, cuja ocorrência durante a vigência do contrato acciona as garantias da Apólice.

43. Seguradora: A BALUARTE Seguros, S.A., entidade legalmente autorizada a exercer a actividade seguradora em Angola, que assume os riscos previstos na Apólice.

44. Serviços Clinicamente Necessários: Bens, serviços ou cuidados de saúde aprovados pela Seguradora ou Entidade Gestora, desde que:

- a) Essenciais para tratar a doença ou lesão decorrente de acidente;
- b) Adequados ao diagnóstico realizado;
- c) Fornecidos de forma eficiente em termos de custo e apropriada ao tipo de cuidado;
- d) Clinicamente validados.

45. Sinistro: Ocorrência de evento previsto no contrato, que gera despesas médicas ou outras prestações cobertas pela Apólice.

46. Subscritor: Pessoa singular com vínculo directo ao Tomador do Seguro, assumindo responsabilidade formal perante o contrato, distinto de mera adesão.

47. Tomador do Seguro: Pessoa singular ou colectiva (empresa, associação ou outra) que celebra o contrato de seguro com a Seguradora, sendo responsável pelo pagamento do prémio e pelo cumprimento das obrigações contratuais em nome do grupo.

48. Tratamento de Urgência: Intervenção médica que deve ser realizada imediatamente ou que implique internamento, em até 48 horas após a ocorrência do sinistro, devido à necessidade clínica comprovada.

49. Unidade Hospitalar: Infraestrutura destinada a prestações de cuidados de saúde a pacientes e vítimas de acidentes, oficialmente reconhecido e licenciado, seja denominado hospital, clínica ou outro equivalente, oferecendo assistência médica, cirúrgica e de enfermagem de forma contínua.

Sempre que o contexto permitir, o uso do masculino incluirá o feminino, e o singular abrangerá o plural, e vice-versa.

ARTIGO 2.º - OBJECTO E ÂMBITO DO CONTRACTO

1. A Seguradora garante, nos termos e limites previstos nesta Apólice — Condições Gerais, Condições Especiais e Condições Particulares — as prestações de saúde contratadas em consequência de doença ou acidente ocorrido no período de vigência do contracto, mediante o pagamento dos prémios devidos pelo Tomador do Seguro.

2. Em conformidade com as Condições Especiais e respeitando os limites contratualmente estabelecidos, o contracto poderá incluir as seguintes coberturas, sendo que apenas terão efeito as coberturas expressamente contratadas e listadas nas Condições Particulares da Apólice:

- a) Hospitalização;
- b) Ambulatório;
- c) Farmácia;
- d) Vacinas;
- e) Maternidade;
- f) Estomatologia;
- g) Próteses e Ortopédicas;
- h) Oftalmologia;
- i) Evacuação e Repatriamento;
- j) Despesas de Funeral.

Outras coberturas poderão ser incluídas no contracto, desde que explicitamente indicadas nas Condições Particulares e reguladas por sua própria Condição Especial.

3. As garantias previstas no contracto poderão ser oferecidas sob duas modalidades, devendo a opção escolhida constar nas Condições Particulares da Apólice:

- a) Prestações Convencionadas (ou na Rede)

Nesta modalidade, a Seguradora assegura à Pessoa Segura acesso a prestadores de serviços clínicos integrados numa Rede Convencionada, conforme regras descritas nestas Condições Gerais, nas Condições Especiais e nas Condições Particulares contratadas.

A Seguradora disponibilizará ao Tomador do Seguro a lista completa dos prestadores incluídos na Rede Convencionada.

Na modalidade de Prestações Convencionadas, a Pessoa Segura será responsável pelo pagamento do copagamento, cujo valor está definido nas Condições Particulares, podendo variar de acordo com o prestador ou o tipo de serviço prestado.

- b) Prestações Indemnizatórias ou de Reembolso

Nesta modalidade, a Seguradora reembolsa as despesas incorridas pela Pessoa Segura junto de prestadores de serviços que não fazem parte da Rede Convencionada, de acordo com os limites e condições estabelecidos nas Condições Gerais, Especiais e Particulares da apólice.

ARTIGO 3.º - ÂMBITO TERRITORIAL E TEMPORAL

1. A Seguradora cobre os riscos previstos neste contracto no território de Angola e, mediante a contratação da cobertura complementar de extensão territorial, também fora do país, por um período inicial de 12 meses, renovável automaticamente por períodos iguais.

2. A prestação de serviços em outros países, na modalidade de Prestações Convencionadas, é possível somente quando as respectivas Condições Especiais forem contratadas.

3. Fora dos países incluídos na cobertura contratada, a Pessoa Segura poderá ter acesso às garantias apenas na modalidade de reembolso (fora da Rede Convencionada), desde que sejam respeitados os procedimentos de utilização e requisitos previstos nas Condições Gerais, Condições Particulares e Condições Especiais da apólice.

ARTIGO 4.º - EXCLUSÕES GERAIS

1. Salvo disposição expressa em contrário nas Condições Especiais ou Particulares, consideram-se excluídas de todas as garantias desta Apólice as seguintes situações, actos médicos, doenças, despesas ou eventos, independentemente da sua origem ou natureza:

I. Doenças pré-existentes, condições não declaradas e limitações clínicas

a) Doenças, lesões, malformações, anomalias físicas ou sequelas existentes antes da data de inclusão da Pessoa Segura, e que não tenham sido devidamente declaradas e aceites pela Seguradora;

b) Doenças, lesões ou acidentes ocorridos antes do início da cobertura ou durante o período de carência aplicável;

c) Doenças profissionais e acidentes de trabalho abrangidos por legislação própria ou outro seguro obrigatório;

d) Doenças crónicas do foro psiquiátrico, bem como quaisquer tratamentos de psicanálise, hipnose, terapia do sono ou equivalentes, salvo se expressamente cobertos nas Condições Especiais.

II. Procedimentos estéticos, de bem-estar ou não curativos

a) Cirurgias, tratamentos ou internamentos de natureza estética, plástica ou reconstrutiva, salvo quando necessários em consequência directa de acidente coberto pela Apólice e realizados até 180 dias após o sinistro;

b) Consultas, exames, tratamentos ou cirurgias de rejuvenescimento, emagrecimento, controlo de peso ou estética corporal, incluindo obesidade mórbida, medicina cosmética e terapias de rejuvenescimento facial;

c) Procedimentos sem finalidade curativa, exames de rotina, check-ups, medicina preventiva ou de bem-estar, salvo quando expressamente previstos nas Condições Especiais.

III. Gravidez, fertilidade e saúde sexual

a) Interrupção voluntária da gravidez, salvo quando a sua realização seja indispensável para salvaguarda da vida da Pessoa Segura;

b) Consultas, exames e tratamentos de infertilidade,

esterilidade ou inseminação artificial, bem como todas as técnicas de procriação medicamente assistida (incluindo fertilização in vitro);

c) Actos ou despesas com finalidade contraceptiva, incluindo medicamentos, dispositivos, cirurgias, reversão de esterilização ou extracção de dispositivos contraceptivos;

d) Consultas, exames ou tratamentos relacionados com disfunção sexual, impotência ou infertilidade funcional;

e) Tratamentos, consultas ou cirurgias destinadas à mudança de sexo, bem como todas as suas consequências médicas.

IV. Doenças específicas e tratamentos excluídos

a) Tratamentos, directa ou indirectamente relacionados com infecções por VIH/SIDA, Hepatite B ou C, salvo disposição expressa em contrário;

b) Tratamentos de hemodiálise, varizes e quaisquer outras terapias crónicas não incluídas nas Condições Especiais;

c) Cirurgias para correcção de roncopatia ou apneia do sono;

d) Cirurgias e tratamentos a hérnias de qualquer natureza, salvo se clinicamente comprovadas mediante relatório médico e exames complementares.

V. Tipologia de medicina e reconhecimentos oficiais

a) Tratamentos experimentais, alternativos ou não reconhecidos pela comunidade médica, incluindo acupunctura, homeopatia, naturopatia, fitoterapia, medicina quântica ou qualquer prática não homologada pela Ordem dos Médicos ou autoridade equivalente;

b) Consultas, exames e tratamentos prestados por médicos, terapeutas ou instituições não licenciadas, não reconhecidas oficialmente, ou que sejam familiares directos da Pessoa Segura (cônjuge, pais, filhos ou irmãos);

c) Emissão de certificados, relatórios ou atestados médicos, autenticações e declarações de aptidão física, salvo quando expressamente cobertos.

VI. Dependências, comportamentos de risco e negligência

- a) Lesões ou doenças resultantes de alcoolismo, tóxico-dependência, abuso de estupefacientes, substâncias psicotrópicas, produtos tóxicos ou medicamentos não prescritos;
- b) Tratamentos de desintoxicação, salvo se realizados em regime de internamento e clinicamente indispensáveis;
- c) Tentativa de suicídio, automutilação, actos dolosos, participação em rixas (salvo legítima defesa comprovada), duelos, desafios, actividades ilícitas ou crimes;
- d) Negligência, atraso injustificado ou recusa no cumprimento de tratamentos prescritos;
- e) Doenças ou acidentes provocados intencionalmente pela Pessoa Segura, ou de sua responsabilidade dolosa.

VII. Catástrofes, riscos externos e contextos excepcionais

- a) Consequências de guerra (declarada ou não), guerra civil, insurreição, motins, terrorismo, sabotagem, tumultos populares, greves, actos de autoridade pública, energia nuclear, radiação ou contaminação radioactiva;
- b) Catástrofes naturais, calamidades públicas, epidemias, pandemias, quarentenas ou emergências sanitárias oficialmente declaradas;
- c) Acidentes ou doenças resultantes de cataclismos da natureza (terramotos, inundações, ciclones, erupções vulcânicas, etc.).

VIII. Actividades e desportos de risco

- a) Acidentes decorrentes da prática profissional de desportos, ou da participação em competições com veículos motorizados (profissionais ou amadores) ou respectivos treinos;
- b) Prática de actividades consideradas de risco, incluindo esqui (neve ou aquático), caça submarina, boxe, espeleologia, voo à vela, pára-quedismo, parapente, asa delta, bungee jumping, rappel, karaté e artes marciais, alpinismo, motonáutica, hipismo, tauromaquia, laranja de touros, caça de animais ferozes e desportos de natureza equivalente;
- c) Utilização de veículos motorizados de duas rodas, ou de qualquer veículo motorizado por condutor ou ocupante sem habilitação legal para o efeito.

IX. Serviços, consumíveis e encargos não cobertos

- a) Despesas com acompanhantes, telefone, televisão, jornais, deslocações, taxas administrativas e encargos não clínicos;
 - b) Produtos de higiene, cosméticos, suplementos alimentares, produtos dietéticos, medicamentos de venda livre e qualquer artigo de natureza não médica;
 - c) Aquisição, aluguer ou utilização de artigos medicinais e consumíveis, tais como algalias, sacos de urina, fraldas de contenção, cintas, meias elásticas, colares cervicais, joelheiras, fundas, ligaduras, sacos de colostomia, almofadas ou colchões medicinais, aparelhos de aerossóis, glucómetros, fitas de teste e seringas de insulina;
 - d) Estadas em termas, casas de repouso, lares de idosos, instituições geriátricas, clínicas de convalescença, centros de reabilitação ou estabelecimentos não hospitalares;
 - e) Serviços de hidroterapia, talassoterapia, massagens, fisioterapia estética, tratamentos paliativos ou continuados sem indicação médica expressa;
 - f) Serviços ou procedimentos que não sejam clinicamente necessários ou reconhecidos pela comunidade médica internacional.
2. As exclusões aplicam-se independentemente do prestador de serviços, modalidade de cobertura (rede ou reembolso) ou local de realização da despesa;
3. Em caso de dúvida sobre a interpretação de qualquer exclusão, prevalecerá o princípio da boa-fé contratual e o equilíbrio entre as partes, de acordo com as Condições Particulares da Apólice.

CAPÍTULO III. INÍCIO, DURAÇÃO, VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO CONTRACTO

ARTIGO 5.º - FORMAÇÃO DO CONTRACTO

1. Integram a base do contracto a Proposta de Seguro, o boletim de adesão, o questionário individual de saúde e demais documentação clínica exigida pela Seguradora.

2. As declarações constantes desses documentos consideram-se verdadeiras e completas, obrigando o Tomador do Seguro e as Pessoas Seguras ao dever de boa-fé e de informação.

ARTIGO 6.º - INÍCIO E PRODUÇÃO DE EFEITOS

1. O contracto produz efeitos a partir das 00:00 horas do dia seguinte à aceitação da Proposta pela Seguradora, desde que o prémio ou a primeira fracção tenha sido pago, salvo convenção expressa em contrário.

2. A Seguradora pode, no prazo de 15 (quinze) dias a contar da recepção da Proposta, comunicar por escrito ao Proponente a recusa, o adiamento ou a necessidade de elementos complementares.

3. Quando venha a ser solicitada documentação adicional para avaliação do estado de saúde, a adesão só se considera perfeita mediante notificação escrita da Seguradora com indicação da data de aceitação.

ARTIGO 7.º - DURAÇÃO DO CONTRACTO

1. Salvo estipulação em contrário nas Condições Particulares, o contracto tem a duração indicada nas Condições Particulares, sendo normalmente anual, cessando os seus efeitos às 24 (vinte e quatro) horas do último dia de vigência.

2. Quando celebrado por períodos anuais renováveis, o contracto renova-se automaticamente por iguais períodos, salvo denúncia por qualquer das partes com a antecedência mínima de 30 (trinta) dias relativamente ao termo da anuidade.

ARTIGO 8.º - ENTRADA EM VIGOR DAS GARANTIAS — PERÍODOS DE CARÊNCIA

1. Salvo disposição em contrário nas Condições Particulares, as garantias referentes a doenças entram em vigor após decorrido um período de carência de 30 (trinta) dias contado da data de início da cobertura de cada Pessoa Segura.

2. Relativamente a despesas resultantes de internamento hospitalar, o período de carência é alargado para 90 (noventa) dias ou 60 (sessenta) dias, conforme estabelecido nas condições particulares.

3. Aplica-se o período de carência de 30 (trinta) dias para actos médicos realizados no âmbito das coberturas:

- a) Ambulatório
- b) Farmácia
- c) Vacinas
- d) Estomatologia
- e) Próteses e Órteses
- f) Oftalmologia
- g) Despesas de Funeral

4. Para a cobertura Maternidade vigora uma carência de 360 dias.

5. Não obstante o disposto nos números anteriores, para determinadas intervenções e tratamentos a carência é de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias, salvo disposição particular diversa, nomeadamente:

- a) Cirurgias varicosas;
- b) Hérnias;
- c) Litotricia;
- d) Hemorroidectomia;
- e) Úlcera gastroduodenal;
- f) Determinadas intervenções ginecológicas benignas;
- g) Mastectomia ou tireoidectomia por patologia benigna;
- h) Colectectomia.

6. Para actos relacionados com otorrinolaringologia, cirurgia ao joelho, excisão de lesões cutâneas e tratamento de cataratas, a carência será de 18 meses (540 dias).

7. Não se aplicam períodos de carência em caso de acidente que exija tratamento de urgência em hospital (internamento ou ambulatório).

8. Em caso de divergência entre as carências previstas nas Condições Particulares e nestas Condições Gerais, prevalecem as constantes nas Condições Particulares.

ARTIGO 9.º - SUSPENSÃO DAS GARANTIAS

1. Salvo convenção em contrário, as garantias ficam temporariamente suspensas nas hipóteses previstas nas Condições Particulares — nomeadamente na data - aniversário em que a Pessoa Segura complete a idade limite acordada (65 anos) — devendo tal circunstância ser comunicada à Seguradora com antecedência mínima de 5 (cinco) dias.

2. A suspensão mantém-se pelo prazo máximo de 6 meses (180 dias), findo o qual se procederá à anulação e exclusão da Pessoa Segura do contrato, sem direito a estorno de prémio salvo disposição em contrário.

3. Durante a suspensão não é devido o pagamento do prémio nem existirá obrigação de cobertura por sinistros ocorridos nesse período.

4. A suspensão ou anulação produzem efeitos a partir dos prazos previstos nos números anteriores, mesmo que a Seguradora apenas posteriormente seja conhecedora de tais factos.

5. Se a anulação das garantias, por força da aplicação do número 2, recair sobre o Subscritor, serão igualmente anuladas as garantias do respectivo agregado familiar a partir da mesma data.

6. Para retomar a sua inclusão no contrato, a Pessoa Segura deverá proceder como se de uma nova adesão se tratasse.

ARTIGO 10.º - CADUCIDADE DAS GARANTIAS

1. As garantias cessam, salvo estipulação diversa nas Condições Particulares:

- a) Com o falecimento da Pessoa Segura;
- b) Na resolução ou denúncia do contrato;
- c) Na data-aniversário do contrato em que a Pessoa Segura atinja a idade limite prevista nas Condições Particulares (65 anos).

2. A cessação das garantias do Subscritor determina a extinção das garantias do respectivo agregado familiar na mesma data.

ARTIGO 11.º - PROLONGAMENTO DAS GARANTIAS

1. Se a Pessoa Segura se encontrar internada no momento da cessação do contrato, a Seguradora continuará a suportar as despesas de internamento e tratamentos relacionados com esse internamento por período adicional de 90 (noventa) dias, até ao limite dos capitais disponíveis na data da cessação, desde que o internamento derive de sinistro ocorrido durante a vigência da Apólice.

2. Não haverá reembolso se a cessação decorrer de falta de pagamento, declarações falsas ou outras causas previstas na lei ou nestas Condições.

ARTIGO 12.º - RESOLUÇÃO DO CONTRATO

1. O contrato pode ser resolvido por qualquer das partes mediante comunicação escrita com pelo menos 30 (trinta) dias de antecedência relativamente ao vencimento anual; o Tomador do Seguro pode, igualmente, rescindir fora do termo com aviso prévio de 30 dias.

2. Considera-se haver justa causa para resolução pela Seguradora, designadamente:

- a) Declarações falsas ou omissões dolosas na Proposta;
- b) Alteração substancial do risco sem comunicação;
- c) Fraude ou tentativa de fraude.

Em caso de resolução por infracção dolosa, a Seguradora não reembolsa prémio e a resolução produz efeitos imediatos a partir da data da comunicação registada.

3. Se a resolução for iniciativa da Seguradora sem motivo imputável ao Tomador do Seguro, o estorno corresponderá a 75% do prémio relativo ao período não decorrido, salvo disposição contratual específica.

4. Se a resolução for iniciativa do Tomador do Seguro, a Seguradora poderá reter até 50% do prémio relativo ao período não decorrido para fazer face a custos administrativos, salvo quando da emissão de nova apólice com prémio igual ou superior, caso em que o estorno será integral.

5. A resolução do contracto produz os seus efeitos às 24 (vinte e quatro) horas do próprio dia em que se verificarique.

ARTIGO 13.º - NULIDADE DO CONTRACTO

1. O contracto ou adesão considera-se nulo se, no momento da sua celebração, tenham sido prestadas declarações inexactas, reticentes ou omissas que, por dolo ou má-fé, tenham condicionado a aceitação do risco. A nulidade opera relativamente à Pessoa Segura cuja adesão padeça de vício, preservando-se as demais adesões quando aplicáveis.

2. Se a inexactidão ou omissão tiver ocorrido sem dolo, a Seguradora poderá propor a alteração do contracto ou a sua cessação, nos termos legais, ficando com direito ao prémio vencido até à data da alteração ou resolução.

ARTIGO 14.º - DENÚNCIA DO CONTRACTO

1. A denúncia equivale à não renovação do contracto.

2. Na hipótese de denúncia pela Seguradora, esta manterá obrigação de suportar, por até 90 (noventa) dias seguintes ao termo, as prestações referentes a doenças manifestadas ou a acidentes ocorridos durante a vigência do contracto, desde que participados à Seguradora no prazo de 8 (oito) dias após o termo, salvo força maior devidamente comprovada.

3. Compete ao Tomador do Seguro e às Pessoas Seguras provar o direito às prestações nas circunstâncias referidas.

CAPÍTULO IV. BASE DO CONTRACTO E INCONTESTABILIDADE

ARTIGO 15.º - BASE DO CONTRACTO E INCONTESTABILIDADE

1. As declarações prestadas pelo Tomador do Seguro e pela Pessoa Segura na Proposta, no Questionário de Saúde, nos exames médicos e demais documentação clínica constituem a base do contracto e vinculam as partes.

2. O contracto rege-se pelas Condições Gerais, Especiais e Particulares, bem como pelas actas adicionais que registem alterações ocorridas durante a sua vigência, e pelo disposto na legislação aplicável.

3. O Tomador do Seguro e a Pessoa Segura estão obrigados, antes da celebração do contracto, a declarar com exactidão todas as circunstâncias que conheçam e que razoavelmente devam considerar relevantes para a apreciação do risco pela Seguradora, incluindo aquelas cuja menção não tenha sido expressamente solicitada nos questionários.

4. O incumprimento doloso do dever de veracidade torna o contracto anulável pela Seguradora, mediante declaração enviada ao Tomador do Seguro. A Seguradora não se encontra obrigada a cobrir sinistros ocorridos antes de ter conhecimento desse incumprimento e tem direito ao prémio correspondente até ao momento da anulação ou até ao final do contracto.

5. O incumprimento negligente desse dever confere à Seguradora o direito de propor alterações ao contracto ou fazer cessar a sua vigência, mediante comunicação escrita ao Tomador do Seguro, fixando prazo razoável para aceitação.

6. Se a omissão ou inexactidão for intencional, a Seguradora tem ainda direito a ser reembolsada das indemnizações eventualmente pagas e a receber os prémios vencidos e vincendos da anuidade em curso.

7. A Seguradora não pode denunciar o contracto após a sua entrada em vigor, salvo nos casos expressamente previstos na lei e nestas Condições Gerais.

ARTIGO 16.º - AGRAVAMENTO DO RISCO

1. O Tomador do Seguro e a Pessoa Segura devem comunicar à Seguradora, no prazo máximo de oito (8) dias a contar do conhecimento, qualquer facto ou circunstância que possa agravar o risco, nomeadamente alterações relacionadas com a profissão, mudança de domicílio ou local de trabalho, ou início de qualquer actividade que possa modificar as condições de risco inicialmente avaliadas.

2. Recebida a comunicação, a Seguradora dispõe de trinta (30) dias para propor ao Tomador do Seguro a modificação do contracto ou a sua redução à cobertura principal, quando demonstre que, em caso algum, celebra contractos que cubram riscos com as características resultantes desse agravamento.

3. Se a Seguradora não aceitar o agravamento do risco, pode resolver o contracto, com efeitos a partir das 24 (vinte e quatro) horas do dia seguinte à comunicação da decisão ao Tomador do Seguro.

4. Se o agravamento do risco não for comunicado dentro do prazo previsto, e antes da cessação ou modificação do contracto ocorrer um sinistro cuja verificação ou consequências tenham sido influenciadas por esse agravamento, aplicam-se as seguintes regras:

a) A Seguradora cobre o risco integralmente, se o agravamento tiver sido comunicado correcta e tempestivamente;

b) A Seguradora cobre parcialmente o risco, reduzindo a sua prestação na proporção entre o prémio efectivamente cobrado e aquele que seria devido em função das reais circunstâncias do risco, se a comunicação não tiver sido tempestiva;

c) A Seguradora pode recusar a garantia, em caso de comportamento doloso do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura com o propósito de obter uma vantagem indevida, mantendo direito aos prémios vencidos e vincendos.

CAPÍTULO V. ADMISSÃO E EXCLUSÃO DE PESSOAS SEGURAS, ALTERAÇÕES E MODIFICAÇÕES DO PLANO

ARTIGO 17.º - ADMISSÃO DE PESSOAS SEGURAS

1. O Tomador do Seguro pode solicitar a inclusão de Pessoas Seguras durante a vigência do contracto; a inclusão produz efeitos na data do pedido, salvo se a Seguradora exigir análise adicional.

a) Para as inclusões efectuadas nos primeiros 6 meses a contar da data início da apólice, ou da data da sua renovação, o prémio a pagar por pessoa corresponde a 100% do prémio total anual;

b) Para as inclusões efectuadas após os primeiros 6 meses a contar da data início da apólice, ou da data da sua renovação, o prémio a pagar corresponde a 75% do prémio total anual.

2. Para cada inclusão, o proponente deverá submeter Boletim de Adesão e Questionário de Saúde; se solicitados, elementos complementares médicos.

3. Pessoas com condições de saúde de risco serão avaliadas caso a caso, podendo a Seguradora estabelecer coberturas condicionadas ou exclusões.

4. Salvo acordo prévio em contrário, considera-se que a Adesão é aceite em condições normais decorridos trinta (30) dias após a recepção do respectivo Boletim de Adesão pela Seguradora, desde que, dentro desse prazo, o Proponente não tenha sido notificado — por correio registado ou por outro meio que assegure prova escrita — da recusa, adiamento ou da necessidade de apresentação de informações ou documentos complementares.

5. A entrada em vigor das garantias referentes às Pessoas Seguras incluídas durante a vigência do contracto fica sujeita aos períodos de carência estabelecidos no artigo 8.º das presentes Condições Gerais.

ARTIGO 18.º - EXCLUSÃO DE PESSOAS SEGURAS

1. O Tomador do Seguro pode solicitar a exclusão de Pessoas Seguras:

a) Se tal ocorrer nos primeiros 6 meses de vigência da anuidade, aplica-se estorno pro rata de 25% do prémio relativo ao período não decorrido, salvo quando houver consumo (sinistro), caso em que não se paga estorno;

b) Após 6 meses a contar da data início da apólice, ou da data da sua renovação, não haverá estorno.

2. A Seguradora pode excluir a Pessoa Segura por fraude ou actos lesivos, com efeitos 8 (oito) dias após comunicação escrita.

ARTIGO 19.º - TRANSIÇÃO PARA SEGURO INDIVIDUAL

1. A Pessoa Segura que perca a cobertura por deixar de preencher os pressupostos do grupo pode requerer adesão a seguro individual no prazo de 30 (trinta) dias, respeitando as seguintes condições:

a) Formular o pedido num prazo máximo de 30 (trinta) dias após terminar a adesão ao anterior;

b) Subscrever um seguro individual por coberturas, limites de comparticipação e reembolso não superiores aos da anterior apólice;

c) Aceitar as novas condições de vigência determinadas pela Seguradora;

d) Não serão aplicados períodos de carência desde que, para iguais coberturas, houvesse já cumprido esse período na apólice anterior;

2. Se a permanência no seguro de grupo tiver sido superior a 36 (trinta e seis) meses, não será exigido novo questionário de saúde; caso contrário, manter-se-á tal obrigação.

ARTIGO 20.º - ALTERAÇÃO DO PLANO DE GARANTIAS

1. Alterações às garantias só são possíveis por pedido escrito do Tomador do Seguro, com efeitos a partir da renovação anual e com aviso prévio de 30 (trinta) dias.

2. Para aumento de garantias, a Seguradora poderá solicitar novos questionários de saúde e aplicar períodos de carência a partir da data de alteração.

ARTIGO 21.º - MODIFICAÇÃO DO RISCO

1. Durante a vigência do contrato, o Tomador do Seguro e/ou as Pessoas Seguras devem comunicar por escrito à Seguradora, no prazo máximo de oito (8) dias após tomarem conhecimento, qualquer facto ou circunstância susceptível de alterar ou agravar as condições do risco inicialmente declarado, cabendo à Seguradora apreciar e decidir quanto à sua aceitação.

2. Caso a Seguradora aceite a modificação comunicada, poderá propor a adaptação das condições contratuais, designadamente quanto ao prémio ou extensão das coberturas, devendo comunicar a sua decisão ao Tomador do Seguro no prazo de quinze (15) dias contados desde a recepção da comunicação referida no número anterior.

3. Se a Seguradora não aceitar a alteração do risco, o contrato ou a adesão correspondente considerar-se-á resolvido, produzindo efeitos às 24 (vinte e quatro) horas do dia seguinte à data da notificação dessa decisão ao Tomador do Seguro.

4. O Tomador do Seguro dispõe igualmente de um prazo de quinze (15) dias, a contar da comunicação da Seguradora, para rejeitar as novas condições propostas e resolver o contrato, produzindo a resolução efeitos às 24 (vinte e quatro) horas do dia seguinte à data em que tal decisão for comunicada à Seguradora.

5. Na falta de resposta dentro dos prazos previstos, entender-se-á que a parte notificada aceita tacitamente as condições propostas.

6. Todas as alterações decorrentes da modificação do risco deverão constar de acta adicional emitida pela Seguradora e integrada na apólice.

7. A omissão de comunicação ou a prestação de declarações inexactas que tenham influenciado a manutenção do contrato determina a sua resolução, com efeitos retroactivos à data em que a comunicação deveria ter sido efectuada, sem direito a qualquer estorno de prémio.

CAPÍTULO VI. PRÉMIOS E FALTA DE PAGAMENTO DO PRÉMIO

ARTIGO 22.º - PRÉMIOS

1. Poderão ser aplicados agravamentos ao contrato em virtude de maior exposição ao risco, nomeadamente quando resultem de doenças ou incapacidades pré-existentes da Pessoa Segura, da natureza da sua actividade profissional ou da prática de desportos considerados de risco.

2. Os prémios, bem como eventuais agravamentos e encargos legais aplicáveis, são devidos antecipadamente, nas datas indicadas nas Condições Particulares, correspondendo ao início do período de cobertura a que respeitam.

3. A Seguradora poderá proceder à revisão técnica da tarifa de prémios, devendo comunicar por escrito tal alteração ao Tomador do Seguro e/ou à Pessoa Segura, com uma antecedência mínima de trinta (30) dias em relação à data de vencimento anual. O Tomador do Seguro poderá, no prazo de quinze (15) dias a contar da recepção da comunicação, optar pela resolução do contrato.

4. A alteração automática do prémio decorrente da mudança de faixa etária da Pessoa Segura verificar-se-á na renovação anual imediatamente seguinte, produzindo efeitos a partir dessa data e dispensando qualquer comunicação prévia.

5. O prémio é fixado por períodos anuais, correspondendo de cada anuidade ao período de cobertura contratual.

6. A Seguradora poderá autorizar, a título excepcional, o fraccionamento do prémio anual em prestações periódicas, podendo, nesse caso, acrescer encargos administrativos correspondentes.

7. O fraccionamento do prémio não desobriga o Tomador do Seguro do pagamento integral da anuidade. Em caso de sinistro, todas as prestações vincendas do prémio anual serão imediatamente exigíveis e deduzidas ao montante a liquidar pela Seguradora.

ARTIGO 23.º - AVISO PARA PAGAMENTO

1. A Seguradora notificará por escrito o Tomador do Seguro sobre o montante e forma de pagamento com antecedência mínima de 30 dias à data em que se vence o prémio, ou fracções deste. No aviso constam as consequências da falta de pagamento do prémio ou da sua fracção.

2. Se o pagamento for fraccionado em prestações periódicas (até trimestrais), e tal conste claramente na documentação contratual, a Seguradora pode optar por não enviar aviso individual, desde que comprove a entrega da documentação.

ARTIGO 24.º - EFEITOS DA FALTA DE PAGAMENTO

1. O não pagamento do prémio inicial ou da primeira fracção acarreta a resolução automática do contrato desde a data de celebração.

2. A falta de pagamento determina a resolução automática do contrato na data do vencimento de:

a) Uma fracção do prémio no decurso de uma anuidade;

b) Um prémio de acerto ou parte de um prémio de montante variável;

c) Um prémio adicional resultante de uma modificação do contrato fundada num agravamento superveniente do risco.

3. O não pagamento, até à respectiva data de vencimento, de qualquer prémio adicional decorrente de uma alteração contratual, implica a ineficácia dessa modificação, mantendo-se o contrato em vigor com o âmbito e as condições anteriores, salvo se tal manutenção se revelar inviável, caso em que o contrato se considera automaticamente resolvido na data do vencimento do prémio em falta.

4. Quando a subsistência do contrato não seja possível e o Tomador do Seguro tenha efectuado algum pagamento, haverá lugar ao estorno proporcional do prémio correspondente ao período não decorrido da cobertura.

5. A cessação do contrato por falta de pagamento do prémio, ou de qualquer fracção deste, não exonera o Tomador do Seguro da obrigação de liquidar o montante devido relativo ao período em que o contrato esteve em vigor, acrescido dos respectivos juros de mora legais.

ARTIGO 25.º - CÁLCULO E ALTERAÇÃO DOS PRÉMIOS

Qualquer alteração do prémio, na ausência de modificação das garantias ou do risco, só poderá ser efectiva a partir do vencimento anual seguinte, salvo previsão legal em contrário.

CAPÍTULO VII. INDEMNIZAÇÕES, PLURALIDADE DE SEGUROS, COMUNICAÇÕES E NOTIFICAÇÕES

ARTIGO 26.º - VALORES SEGUROS, FRANQUIAS E CO-PAGAMENTOS

1. Os limites, sub-limites, comparticipações e co-pagamentos estão fixados nas Condições Particulares para cada anuidade.

2. Nas Prestações Indemnizatórias, a Seguradora reembolsa o valor da comparticipação contratada; nas Prestações Convencionadas, a Pessoa Segura pagará ao prestador o co-pagamento devido, sendo a diferença liquidada directamente pela Seguradora ao prestador ou via Entidade Gestora.

ARTIGO 27.º - PLURALIDADE DE SEGUROS

1. O Tomador do Seguro e as Pessoas Seguras devem declarar a existência de outros seguros cobrindo despesas semelhantes, sob pena de responderem por perdas e danos.

2. Em caso de múltiplos seguros quanto a mesmas despesas indemnizáveis, a Seguradora mais antiga procederá ao reembolso preferencial; caso contrário, o reembolso incidirá sobre o valor efectivamente suportado pela Pessoa Segura e não reembolsado por terceiros. Em nenhuma circunstância o total dos reembolsos pode exceder as despesas efectivamente pagas.

ARTIGO 28.º - COMUNICAÇÕES E NOTIFICAÇÕES

1. Todas as comunicações do Tomador do Seguro previstas neste contrato são válidas quando efectuadas por correio registado ou por meio que deixe registo escrito para a sede social da Seguradora.

2. A Seguradora só está obrigada a enviar comunicações se o destinatário estiver identificado no contrato; as notificações enviadas para o endereço constante da Apólice consideram-se válidas.

3. A morada do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura é a indicada nas Condições Particulares; qualquer alteração deve ser comunicada por escrito à Seguradora.

CAPÍTULO VIII. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

ARTIGO 29.º - PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

As Pessoas Seguras, quando pretendam aceder às garantias, devem observar os procedimentos seguintes:

1. Prestações Convencionadas (Rede)

a) Escolher prestador integrado na Rede Convencionada;

b) Apresentar cartão de saúde e documento de identificação com fotografia;

c) Pagar o co-pagamento estabelecido nas Condições Particulares;

d) Solicitar pré-autorização à Entidade Gestora ou Seguradora para os actos que a exigem, nos termos do n.º 4 infra.

2. Prestações Indemnizatórias / Reembolso

a) Solicitar pré-autorização quando exigida, nos termos do n.º 4 infra;

b) Submeter formulário de reembolso preenchido;

c) Entregar prescrição médica e exames complementares de diagnóstico e tratamentos realizados, bem como para os medicamentos, próteses e ortóteses adquiridos;

d) Apresentar recibos e facturas, sem rasuras, com identificação clara da Pessoa Segura, discriminação dos serviços e elementos fiscais obrigatórios;

e) Se os originais forem necessários para outro reembolso, poderão ser aceites fotocópias acompanhadas de documento comprovativo do montante e do reembolso obtido junto de terceiros; a Seguradora comparticipará sobre o montante líquido suportado.

Os recibos das despesas médicas devem ser apresentados à Seguradora no prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias a contar da data da realização das despesas, elevando-se este prazo para 200 (duzentos) dias no caso da Pessoa Segura solicitar reembolso junto de outras instâncias.

3. Informação Clínica

As Pessoas Seguras devem, em qualquer dos casos previstos nos números anteriores:

a) Participar o sinistro à Seguradora ou Entidade Gestora no prazo máximo de 8 (oito) dias após a sua verificação, descrevendo com detalhe as circunstâncias;

b) No caso de acidente, indicar data, hora, local, causas, testemunhas, autoridade competente e identificação do eventual responsável;

c) Cumprir prescrições médicas e remeter relatório médico e documentos solicitados;

d) Submeter-se a exames solicitados pela Seguradora ou Entidade Gestora;

e) Autorizar a troca de informações médicas entre prestadores, Entidade Gestora e Seguradora para fins de instrução do processo.

4. Pré-autorizações

4.1. A pré-autorização é obrigatória:

Quando as despesas médicas a realizar sejam garantidas ao abrigo da cobertura de Hospitalização e Evacuação Médica de Emergência e Repatriamento;

Quando as despesas médicas a efectuar sejam motivadas por:

- a) Cirurgia;
- b) Litotricia;
- c) Quimioterapia;
- d) Radioterapia;
- e) Fisioterapia;
- f) Laserterapia;
- g) Terapia da fala;
- h) Cinesioterapia por Doença Respiratória;

Para os seguintes exames:

- i) Amniocentese;
- j) Genética Médica (cariótipos);
- k) Dermatoscopia digital computadorizada;
- l) Medicina Nuclear;
- m) Ressonância Magnética;
- n) Tomografia Axial Computorizada (TAC);
- o) Serviços de Endoscopia; punções; biópsia; angiografia; infiltrações; arteriografia; osteodensitometria, exames com sedação;
- p) Serviços cardiovasculares; cateterismos; estudos electrofisiológicos; pacemaker; terapêutica vascular; Eco Doppler; embolização arterial.

4.2. O pedido de pré-autorização deve ser submetido com uma antecedência mínima de 72 (setenta e duas) horas relativamente à realização do acto médico ou pro- cedimento hospitalar.

4.3. Em situações de emergência que impossibilitem o prestador de requerer previamente a referida autorização, a Seguradora garante, de forma automática, as primeiras 24 (vinte e quatro) horas de internamento hospitalar. Caso se venha a apurar que o evento ou a patologia que deu origem ao sinistro se encontra excluído das coberturas previstas nas Condições Gerais, Especiais ou Particulares da Apólice, as despesas inicialmente assumidas pela Seguradora deverão ser reembolsadas pelo Tomador do Seguro no prazo máximo de 60 (sessenta) dias.

4.4. O Tomador do Seguro e/ou as Pessoas Seguras responderão por eventuais perdas e danos resultantes do incumprimento dos procedimentos estabelecidos nos números anteriores, sem prejuízo do direito às prestações a que a Pessoa Segura venha a ter direito, desde que o acto médico seja posteriormente validado e autorizado pela Seguradora ou pela Entidade Gestora.

5. Termo de Responsabilidade

O Termo de Responsabilidade emitido pela Seguradora fica limitado ao capital disponível na Apólice; qualquer excedente é da responsabilidade da Pessoa Segura.

6. Pagamentos e Conversão Cambial

Os pagamentos pela Seguradora são efectuados em Angola, em Kwanzas. Despesas em moeda estrangeira serão convertidas à taxa de câmbio de referência da banca comercial no dia da despesa.

CAPÍTULO IX. OBRIGAÇÕES E DIREITOS DAS PARTES

ARTIGO 30.º - OBRIGAÇÕES E DIREITOS DA SEGURADORA

1. A Seguradora, directamente ou por intermédio da Entidade Gestora/TPA, obriga-se a:

a) Informar o Tomador do Seguro sobre as condições de celebração e vigência do contracto, prestando todos os esclarecimentos necessários à sua compreensão e gestão, bem como sobre quaisquer factos que possam influenciar a decisão de contratar ou manter o seguro em vigor;

b) Comunicar ao Tomador do Seguro quaisquer situações de incumprimento contratual, especificando as respectivas obrigações e as consequências da sua inobservância;

c) Proceder com diligência e celeridade à análise e averiguação de todos os elementos indispensáveis à correcta regularização dos sinistros;

d) Efectuar o pagamento das prestações indemnizatórias ou dos reembolsos devidos no prazo máximo de 15 (quinze) dias úteis após a recepção do pedido devidamente instruído com toda a documentação necessária à regularização do sinistro;

e) Assegurar o funcionamento regular e eficiente das plataformas digitais e demais meios disponibilizados para gestão do seguro, garantindo a confidencialidade e a protecção dos dados pessoais tratados no âmbito da execução do contracto.

ARTIGO 31.º - OBRIGAÇÕES E DIREITOS DO TOMADOR DO SEGURO E DAS PESSOAS SEGURAS

1. O Tomador do Seguro deve informar as Pessoas Seguras sobre as coberturas contratadas, exclusões aplicáveis, obrigações em caso de sinistro e eventuais alterações posteriores, de acordo com a documentação disponibilizada pela Seguradora.

2. O Tomador do Seguro é responsável pelo pagamento integral e pontual dos prémios nas datas e pelos montantes estabelecidos nas Condições Particulares.

3. O Tomador do Seguro deve comunicar por escrito à Seguradora qualquer alteração de domicílio ou outro facto relevante. Considera-se devidamente recebida toda a correspondência enviada para o último endereço constante nos registos da Seguradora.

4. As Pessoas Seguras gozam de liberdade na escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitais e clínicas. Contudo, apenas terão direito às Prestações Convencionadas quando optarem por utilizar a Rede Credenciada de Prestadores.

5. A ocorrência de erro administrativo não pode privar as Pessoas Seguras das prestações contratualmente devidas, nem gerar o direito a benefícios não incluídos no contracto.

6. Durante a vigência do contracto, as Pessoas Seguras poderão usufruir das coberturas e benefícios definidos nas Condições Particulares e/ou Especiais.

7. O Tomador do Seguro e as Pessoas Seguras devem adoptar todas as medidas ao seu alcance para evitar o agravamento de um sinistro, sob pena de responderem pelos prejuízos resultantes do incumprimento desse dever.

8. Compete à Pessoa Segura o ónus da prova quanto à veracidade das declarações prestadas, podendo a Seguradora exigir-lhe a apresentação dos meios de prova adequados e que se encontrem ao seu alcance.

CAPÍTULO X. DISPOSIÇÕES DIVERSAS

ARTIGO 32.º - CONFIDENCIALIDADE DA INFORMAÇÃO

1. O Tomador do Seguro e as Pessoas Seguras autorizam a Seguradora a facultar à Entidade Gestora/TPA a informação necessária à execução do contrato, assegurando-se a confidencialidade e a conformidade com a legislação sobre protecção de dados.

ARTIGO 33.º - SUB-ROGAÇÃO

1. Após pagar indemnização, a Seguradora sub-roga-se nos direitos da Pessoa Segura contra terceiros responsáveis até ao montante pago.

2. A Pessoa Segura deve colaborar para que a Seguradora exerça o direito de regresso; a falta de colaboração pode gerar responsabilidade por perdas e danos.

3. A Seguradora tem direito de regresso sempre que tal decorra da lei ou do presente contrato.

CAPÍTULO XI. LEI APLICÁVEL, RECLAMAÇÕES, ARBITRAGEM E FORO COMPETENTE

ARTIGO 34.º - LEI APLICÁVEL, RECLAMAÇÕES, ARBITRAGEM E FORO

1. O contrato rege-se pelas Condições da Apólice e, subsidiariamente, pela legislação angolana aplicável.

2. Reclamações relativas à prestação do serviço podem ser dirigidas à Seguradora e, em última instância, à Agência Angolana de Regulação e Supervisão de Seguros (ARSEG).

3. Para resolução de litígios, as partes poderão recorrer a arbitragem nos termos da lei.

4. O foro competente para questões judiciais é o da Comarca de Luanda, com renúncia expressa a qualquer outro, salvo disposição legal em contrário.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

CAPÍTULO I. ARTIGO PRELIMINAR

1. O Seguro Saúde é disponibilizado em três Planos distintos, designados:

- a) Plano Essencial;
- b) Plano Equilíbrio;
- c) Plano Executivo.

2. Cada Plano define o conjunto de actos médicos aplicáveis à Pessoa Segura, no âmbito das garantias contratadas e para o efeito expressamente mencionadas nas Condições Particulares.

CAPÍTULO II. HOSPITALIZAÇÃO

ARTIGO 1.º - GARANTIAS

1. As despesas decorrentes de permanências hospitalares com duração inferior a 24 horas, seja em sala de observação, cuidados de enfermagem, cuidados intermédios, enfermaria, cuidados intensivos ou outras unidades equivalentes, devem ser classificadas como cuidados em regime ambulatorio, não sendo consideradas como internamento.

2. Internamento

2.1. Estão incluídas nesta cobertura todas as despesas decorrentes do internamento da Pessoa Segura, abrangendo:

2.1.1. Despesas de Internamento Hospitalar, incluindo:

- Diária de Internamento correspondente à permanência hospitalar;
- Assistência Médica, compreendendo os honorários da equipa médica e de enfermagem.

2.1.2. Serviços de ambulância, desde que clinicamente justificados, incluindo:

- Transporte intra-hospitalar ou entre unidades hospitalares prescritos por médico;
- Ambulância terrestre de urgência ou emergência para efeitos de internamento.

2.1.3. Tratamentos prestados durante o internamento, nomeadamente:

- Actos de enfermagem;
- Fisioterapia, quando prescrita e clinicamente necessária;
- Reanimação e administração de oxigénio (compreendendo o próprio oxigénio);
- Infusões endovenosas e transfusões de sangue, incluindo o sangue e o plasma;
- Quimioterapia, radioterapia e cobaltoterapia;
- Medicamentos administrados durante o período de internamento;
- Aplicação de pensos cirúrgicos, gessos e talas;
- Material de osteossíntese utilizado no tratamento.

2.2. Exames necessários ao diagnóstico e acompanhamento clínico, nomeadamente:

- Análises clínicas e anatomopatológicas;
- Electrocardiograma, electroencefalograma e electro-neuromiograma;
- Audiogramas e testes alergológicos;
- Exames imagiológicos, incluindo radiografia, TAC, ressonância magnética, ecografia, entre outros;
- Endoscopias.

3. Cirurgias

3.1. Consideram-se igualmente garantidas as despesas decorrentes de procedimentos cirúrgicos, compreendendo:

- Cirurgia realizada em regime hospitalar ou ambulatorio;
- Utilização do bloco operatório, instrumentos e materiais cirúrgicos;
- Honorários do cirurgião, da(s) equipa(s) assistente(s), do anestesista e do instrumentista.

3.2. Exames realizados durante o acto cirúrgico, tais como:

- Exames radiológicos;
- Exames efectuados durante o procedimento;
- Análises clínicas de suporte intra-operatório.

3.3. Próteses e ortóteses implantadas no âmbito da intervenção cirúrgica.

4. Outras situações garantidas

4.1. Diária de acompanhante, aquando de internamento de menores até 12 (doze) anos, até ao limite de AOA 15.000,00 por dia, e limitado a 10 (dez) dias de internamento por sinistro.

4.2. Cirurgias de estomatologia, medicina dentária e cirurgia maxilofacial, quando decorrentes de acidente abrangido pelo contracto.

4.3. Hospitalização necessária decorrente de transplantes de órgãos ou tecidos, com exclusão das despesas do doador, respeitando o sub-limite anual de AOA 5.000.000,00 dentro da cobertura de hospitalização.

4.4. Tratamento de doenças congénitas, até ao limite global de AOA 5.000.000,00.

4.5. Transporte terrestre em ambulância, mediante autorização prévia da Seguradora.

4.6. Despesas da morgue, em caso de morte da Pessoa Segura dentro da rede convencionada, pelo período máximo de 72 (setenta e duas) horas.

ARTIGO 2.º - PRÉ-AUTORIZAÇÃO

1. É necessária uma pré-autorização para o acesso aos serviços abrangidos por esta condição especial, devendo a solicitação ser feita à Seguradora ou à Entidade Gestora/ TPA.

ARTIGO 3.º - EXCLUSÕES

1. Complementarmente às exclusões estabelecidas no Artigo 4.º das Condições Gerais, não são consideradas as despesas derivadas de:

- a) Tratamentos correctivos da visão, incluindo miopia, astigmatismo e hipermetropia, quando o grau for inferior a 4 (quatro) dioptrias;
- b) Despesas de carácter pessoal ou particular, como chamadas telefónicas, aluguer de aparelhos de TV, vídeo ou equipamentos similares;
- c) Custos com acompanhantes, exceptuando-se os casos de internamento de crianças até 12 (doze) anos;
- d) Internamentos cuja finalidade seja exclusivamente a realização de exames auxiliares de diagnóstico;
- e) Internamentos ou tratamentos relacionados com cuidados prolongados, paliativos, convalescença, reabilitação ou recuperação;
- f) Serviços de enfermagem de carácter privativo ou exclusivo.

ARTIGO 4.º - REGIME DE PRESTAÇÕES

1. As coberturas previstas são disponibilizadas:

- a) Na forma de prestações directamente na rede;
- b) Na modalidade de prestações com reembolso, sempre que as despesas ocorram fora da rede e conforme especificado nas Condições Particulares.

CAPÍTULO III. AMBULATÓRIO

ARTIGO 5.º - GARANTIAS

1. Ao abrigo desta Condição Especial, a Seguradora compromete-se, até aos limites estabelecidos nas Condições Particulares, a cobrir as despesas com cuidados médicos realizados em regime ambulatorio pela Pessoa Segura, desde que decorrentes de sinistro abrangido pelo contracto.

1.1. Honorários Médicos

São consideradas elegíveis as despesas relacionadas com consultas médicas, incluindo:

- a) Consultas de clínica geral;
- b) Teleconsultas;
- c) Assistência médica domiciliária, mediante prévia autorização (Planos Equilíbrio e Executivo);
- d) Consultas com médicos especialistas, incluindo:
 - Consultas de especialidade;
 - Consultas de nutrição (Planos Equilíbrio e Executivo);
 - Consultas de psicologia.

1.2. Elementos Complementares de Diagnóstico

Incluem:

- a) Análises clínicas e anatomopatológicas;
- b) Exames cito-histológicos;
- c) Electrocardiogramas, electroencefalogramas e electromiogramas;
- d) Audiogramas;
- e) Testes alergológicos;
- f) Exames imagiológicos (radiografias, TAC, ressonâncias, ecografias, mamografias, Doppler, etc.);
- g) Endoscopias e colonoscopias.

1.3. Tratamentos e Procedimentos Clínicos

Incluem:

- a) Tratamentos psiquiátricos não crónicos;
- b) Fisioterapia e terapia da fala (Planos Equilíbrio e Executivo);
- c) Cinesioterapia respiratória;
- d) Quimioterapia;
- e) Radioterapia e laserterapia;
- f) Administração de injeções;
- g) Infusões endovenosas;
- h) Transfusões de sangue;
- i) Aplicação de oxigénio;
- j) Pensos cirúrgicos;
- k) Aplicação de gesso e talas;
- l) Tratamentos com raios X e laser (excluindo correcções refractivas).

ARTIGO 6.º - PRÉ-AUTORIZAÇÕES

1. É necessária pré-autorização para:

- a) Procedimentos cirúrgicos;
- b) Fisioterapia;
- c) Quimioterapia;
- d) Terapia da fala;
- e) Litotricia;
- f) Laserterapia;
- g) Radioterapia;
- h) Cinesioterapia;
- i) Exames específicos:
 - Dermatoscopia digital computadorizada;
 - TAC;
 - Ressonância magnética;
 - Medicina nuclear.

· Serviços de endoscopia, como punções, infiltrações, biópsias, angiografias, arteriografias, osteodensitometria e exames realizados sob sedação;

· Procedimentos cardiovasculares, incluindo cateterismos, estudos electrofisiológicos, colocação de marca-passo, terapêutica vascular, ecodoppler e embolização arterial.

ARTIGO 7.º - EXCLUSÕES

1. Complementarmente às exclusões estabelecidas no Artigo 4.º das Condições Gerais, não são consideradas as despesas derivadas de:

- a) Serviços de enfermagem privativa;
- b) Patologias relacionadas com estomatologia ou cirurgia maxilo-facial;
- c) Actividades físicas ou de bem-estar, tais como ginástica, natação e massagens;
- d) Exercícios de ortóptica;
- e) Tratamentos de fisioterapia ou de terapia da fala que ultrapassem o limite anual contratado;
- f) Consultas e tratamentos de psiquiatria de carácter crónico;
- g) Procedimentos estéticos às varizes;
- h) Aquisição de medicamentos, mesmo quando prescritos por médico;
- i) Consultas ou cuidados médicos relacionados com gravidez ou parto.

ARTIGO 8.º - REGIME DE PRESTAÇÃO

1. As coberturas previstas no Artigo 5.º das Condições Especiais são disponibilizadas:

- a) Na forma de prestações directamente na rede;
- b) Na modalidade de prestações com reembolso, sempre que as despesas ocorram fora da rede de prestadores e conforme especificado nas Condições Particulares.

2. As franquias aplicáveis às garantias previstas nestas Condições Especiais encontram-se definidas nas respectivas Condições Particulares.

CAPÍTULO IV. FARMÁCIA

ARTIGO 9.º - GARANTIAS

1. No âmbito desta Condição Especial, a Seguradora compromete-se, até aos limites definidos nas Condições Particulares, a reembolsar as despesas da Pessoa Segura com a aquisição de medicamentos, desde que se verifiquem as seguintes condições:

- a) Sejam prescritos por um médico de clínica geral ou por um especialista;
- b) Sejam destinados ao tratamento de uma doença ou acidente coberto pela apólice;
- c) Incluam fármacos de venda livre (não sujeitos a receita médica), desde que prescritos por um médico;
- d) Incluam vitaminas, quando prescritas por um médico.

ARTIGO 10.º - EXCLUSÕES

1. Complementarmente às exclusões estabelecidas no Artigo 4.º das Condições Gerais, não são consideradas as despesas derivadas de:

- a) Medicamentos adquiridos sem receita médica;
- b) Medicamentos destinados a tratamentos não garantidos por este contrato;
- c) Medicamentos para tratamento de obesidade, infertilidade e disfunção sexual;
- d) Medicamentos homeopáticos;
- e) Medicamentos dietéticos, naturistas, produtos alimentares, estimulantes e inibidores do apetite, vitaminas e sais minerais;
- f) Medicamentos ou produtos farmacêuticos manipulados;
- g) Medicamentos não autorizados pelas autoridades médicas angolanas;
- h) Produtos de higiene e dermocosméticos;
- i) Anticoncepcionais, dispositivos intra-uterinos e respectiva manutenção.

ARTIGO 11.º - REGIME DE PRESTAÇÕES

1. As coberturas previstas no Artigo 9.º das Condições Especiais são disponibilizadas:

- a) Na forma de prestações directamente na rede;
- b) Na modalidade de prestações com reembolso, sempre que as despesas ocorram fora da rede de prestadores e conforme especificado nas Condições Particulares.

2. Para obter o reembolso de medicamentos adquiridos fora da rede de prestadores, desde que incluídos nas garantias da apólice, a Pessoa Segura deve:

- a) Apresentar prescrição médica devidamente carimbada pela farmácia;
- b) Entregar recibo original com discriminação dos produtos e valor pago.

CAPÍTULO V. VACINAS

ARTIGO 12.º - GARANTIAS

1. A Seguradora garante, até aos limites fixados nas Condições Particulares, o pagamento ou reembolso das despesas com vacinas.

2. Estão abrangidas:

- a) Vacinas prescritas por médico para tratamento ou prevenção de doenças cobertas;
- b) Vacinas exigidas por autoridades de saúde;
- c) Vacinas exigidas antes de procedimentos médicos cobertos;
- d) Vacinas de viagem;
- e) Administração da vacina.

ARTIGO 13.º - EXCLUSÕES

1. Não são consideradas despesas com:

- a) Vacinas sem prescrição médica;
- b) Vacinas de rotina, salvo cobertura específica;
- c) Vacinas acima dos limites contratados;
- d) Vacinas não autorizadas;
- e) Vacinas sem finalidade médica reconhecida;
- f) Vacinas administradas por entidades não licenciadas.

ARTIGO 14.º - REGIME DE PRESTAÇÕES

1. As coberturas são disponibilizadas:

- a) Na rede;
- b) Por reembolso fora da rede.

2. Para reembolso, devem ser apresentados:

- a) Prescrição médica;
- b) Factura/recibo;
- c) Comprovativo de pagamento;
- d) Documento da administração da vacina, se aplicável.

CAPÍTULO VI. MATERNIDADE

ARTIGO 15.º - GARANTIAS

1. A Seguradora cobre despesas relacionadas com:

- a) Gravidez;
- b) Parto normal;
- c) Cesariana;
- d) Interrupção involuntária da gravidez.

2. Incluem-se:

2.1. Honorários médicos

- a) Obstetra, anestesista e equipa;
- b) Pediatra para assistência neonatal.

2.2. Internamento

- a) Diária hospitalar da mãe e recém-nascido;
- b) Cuidados intensivos;
- c) Incubadora;
- d) Sala de parto e bloco operatório;
- e) Medicamentos;
- f) Exames e consultas;
- g) Neonatologia até 28 dias.

2.3. Pré-natal

Consultas e exames.

2.4. Transporte

Ambulância, quando justificado.

ARTIGO 16.º - PRÉ-AUTORIZAÇÕES

1. É obrigatória pré-autorização.

ARTIGO 17.º - EXCLUSÕES

1. Não são consideradas despesas com:

- a) Interrupção voluntária da gravidez (salvo exceções);
- b) Acompanhantes;
- c) Custos pessoais;
- d) Enfermagem privativa.

ARTIGO 18.º - REGIME DE PRESTAÇÕES

1. Disponibilização:

- a) Rede;
- b) Reembolso.

CAPÍTULO VII. ESTOMATOLOGIA

ARTIGO 19.º - GARANTIAS

1. A Seguradora garante despesas estomatológicas ou maxilo-faciais cobertas.

2. Incluem:

- a) Consultas com estomatologista;
- b) Exames auxiliares de diagnóstico prescritos.
- c) Cirurgias estomatológicas ou maxilo-faciais, com ou sem internamento, decorrentes de doença;

ARTIGO 20.º – EXCLUSÕES

1. Complementarmente às exclusões estabelecidas no Artigo 4.º das Condições Gerais, não são consideradas as despesas derivadas de:

- a) Próteses estomatológicas;
- b) Tratamentos de ortodontia;
- c) Procedimentos de branqueamento dentário;
- d) Custos com enfermagem privativa, despesas pessoais (como telefone, aluguer de TV, entre outros) e despesas com acompanhantes, sempre que haja internamento.

ARTIGO 21.º - REGIME DE PRESTAÇÕES

1. As coberturas previstas no Artigo 19.º das Condições Especiais são disponibilizadas:

- a) Na forma de prestações directamente na rede;
- b) Na modalidade de prestações com reembolso, sempre que as despesas ocorram fora da rede de prestadores e conforme especificado nas Condições Particulares.

CAPÍTULO VIII. PRÓTESES E ORTÓTESES

ARTIGO 22.º - DEFINIÇÕES

1. Para efeitos desta Condição Especial consideram-se:

- a) Próteses: instrumentos clinicamente concebidos para substituir, total ou parcialmente, um membro ou órgão do corpo;
- b) Ortóteses: dispositivos clinicamente concebidos para auxiliar um membro ou órgão a desempenhar, total ou parcialmente, sua função.

ARTIGO 23.º - GARANTIAS

1. A Seguradora garante, até aos limites previstos nas Condições Particulares, o pagamento das despesas com a aquisição de próteses ou ortóteses, desde que prescritas por médico especialista ou optometrista.

2. Estão incluídas:

- a) Próteses e ortóteses auditivas e ortopédicas;
- b) Ortóteses oculares, incluindo:
 - Óculos graduados (aros e lentes);
 - Lentes de contacto graduadas.

ARTIGO 24.º - EXCLUSÕES

1. Não são consideradas despesas com:

- a) Próteses e ortóteses de natureza estomatológica;
- b) Calçado ortopédico;
- c) Collants, meias elásticas e cintas medicinais;
- d) Colchões e almofadas ortopédicas;
- e) Testes optométricos;
- f) Aquisição ou aluguer de equipamentos;
- g) Óculos de sol;
- h) Lentes de contacto cosméticas;
- i) Compra isolada de aros;
- j) Quebra, furto, roubo ou desaparecimento de óculos.

ARTIGO 25.º - REGIME DE PRESTAÇÕES

1. As coberturas previstas são disponibilizadas:

- a) Na rede;
- b) Por reembolso fora da rede.

CAPÍTULO IX. OFTALMOLOGIA

ARTIGO 26.º - GARANTIAS

1. A Seguradora suporta ou reembolsa despesas com:

- a) Consultas de oftalmologia ou optometria;
- b) Avaliação da visão e prescrições;
- c) Exames auxiliares de diagnóstico.

ARTIGO 27.º - EXCLUSÕES

1. Não são garantidas despesas com exames não prescritos ou realizados em entidades não reconhecidas.

ARTIGO 28.º - REGIME DE PRESTAÇÕES

1. Disponibilização:

- a) Na rede;
- b) Por reembolso.

CAPÍTULO X. EVACUAÇÃO E REPATRIAMENTO

ARTIGO 29.º - ÂMBITO DAS GARANTIAS

1. A cobertura aplica-se apenas quando contratada.

2. Inclui:

- a) Evacuação médica de emergência

Transporte para unidade adequada, em Angola ou no estrangeiro, conforme decisão médica da Seguradora.

- b) Repatriamento

Regresso ao país após estabilização clínica.

3. A decisão médica compete à Seguradora/Entidade Gestora.

4. A evacuação depende de impossibilidade de tratamento local.

ARTIGO 30.º - PRÉ-AUTORIZAÇÕES

1. Todas as evacuações e repatriamentos exigem pré-autorização.

CAPÍTULO XI. DESPESAS DE FUNERAL

ARTIGO 31.º - GARANTIAS

1. A Seguradora suporta despesas de funeral em caso de morte por doença coberta.

2. Incluem:

- a) Serviços funerários básicos;
- b) Sepultamento ou cremação;
- c) Transporte do corpo;
- d) Repatriamento, quando aplicável.

ARTIGO 32.º - EXCLUSÕES

1. Não são cobertas despesas decorrentes de:

- a) Morte por acidente;
- b) Suicídio;
- c) Doença pré-existente;
- d) Guerra, terrorismo ou catástrofes;
- e) Exumações ou jazigos;
- f) Despesas de familiares;
- g) Cerimónias adicionais.

ARTIGO 33.º - BENEFICIÁRIOS E PAGAMENTO

1. O pagamento é feito:

- a) Ao Beneficiário designado;
- b) Ou a quem comprove ter suportado a despesa.

2. O pagamento será em partes iguais, salvo disposição em contrário.

3. O prazo de pagamento é de 15 dias úteis após validação.

4. Documentação necessária:

- a) Certidão de óbito;
- b) Relatório médico;
- c) Identificação;
- d) Facturas e recibos;
- e) Comprovativo de pagamento;
- f) Participação de sinistro;
- g) Outros documentos solicitados.

ARTIGO 34.º - REGIME DE PRESTAÇÕES

1. As coberturas são disponibilizadas na modalidade de reembolso, conforme Condições Particulares.