



PROTTEJA

SEGUROS, S.A.

Condições Gerais e Especiais *Saúde*



CONDIÇÕES GERAIS	3	CAPÍTULO V	11
ARTIGO PRELIMINAR.....	3	Pagamento, Cálculo e Alteração dos Prémios.....	11
CAPÍTULO I	3	Artigo 24º - Pagamento dos Prémios.....	11
Definições, Objecto e Garantias do Contrato, Cobertura, Âmbito Territorial e Exclusões	3	Artigo 25º - Alteração do Prémio.....	11
Artigo 1º - Definições	3	CAPITULO VI	11
Artigo 2º - Objecto do Contrato.....	5	Sinistros	11
Artigo 3º - Base do Contrato	5	Artigo 26º - Obrigações do Tomador do Seguro e do Segurado.....	11
Artigo 4º - Declaração Inicial do Risco.....	5	Artigo 27º - Obrigações da Seguradora	12
Artigo 5º - Garantias do Contrato.....	5	CAPITULO VII	13
Artigo 6º - Regime de Prestações.....	5	Indemnizações	13
Artigo 7º - Cartão Protteja Saúde	6	Artigo 28º - Determinação do Valor da Indemnização	13
Artigo 8º - Determinação dos Limites de Capital Seguro.....	6	CAPITULO VIII	13
Artigo 9º - Âmbito Territorial.....	6	Disposições Diversas	13
Artigo 10º - Exclusões.....	6	Artigo 29º - Comunicações e Notificações entre as Partes	13
CAPÍTULO II	7	Artigo 30º - Responsabilização por Práticas Médicas	13
Início, Cessação e Suspensão das Garantias	7	Artigo 31º - Sub-Rogação	14
Artigo 11º - Início das Garantias	7	Artigo 32º - Legislação Aplicável.....	14
Artigo 12º - Cessação das Garantias.....	8	Artigo 33º - Arbitragem e Foro	14
Artigo 13º - Suspensão das Garantias.....	8		
CAPÍTULO III	8		
Início, Condições de Elegibilidade, Duração, Renúncia, Resolução e Nulidade do Contrato	8	CONDIÇÕES ESPECIAIS.....	15
Artigo 14º - Início do Contrato.....	8	Disposições Comuns.....	15
Artigo 15º - Condições de Elegibilidade.....	9	A) Assistência Médica Ambulatória.....	15
Artigo 16º - Duração e Caducidade do Contrato	9	B) Assistência Hospitalar	15
Artigo 17º - Denúncia do Contrato	9	C) Estomatologia.....	16
Artigo 18º - Responsabilidade da Seguradora em caso de não Renovação do Contrato	9	D) Medicamentos	16
Artigo 19º - Alteração ao Contrato	10	E) Próteses e Ortóteses	17
Artigo 20º - Direito de Livre Resolução.....	10	F) Parto normal, Cesariana e Interrupção Involuntária da Gravidez	17
Artigo 21º - Resolução do Contrato	10	G) Subsídio Diário por Internamento	18
Artigo 22º - Anulabilidade do Contrato.....	11	H) Emergências Médicas em Angola.....	18
CAPÍTULO IV	11	I) Assistência Médica Internacional Permanente.....	Erro! Marcador não definido.
Actualização do Capital e Prémio e Coexistência de Contratos	11		
Artigo 23º - Actualização do Capital e Prémio	11		

CONDIÇÕES GERAIS

ARTIGO PRELIMINAR

Entre a **PROTTEJA Seguros S.A.**, adiante designada por Seguradora, e o Tomador do Seguro identificado nas Condições Particulares, estabelece-se o presente Contrato de seguro que se regula pelas Condições Gerais, Especiais e Particulares desta Apólice, de harmonia com as declarações constantes da proposta e questionários individuais de saúde que lhe serviu de base e da qual faz parte integrante.

CAPÍTULO I

Definições, Objecto e Garantias do Contrato, Cobertura, Âmbito Territorial e Exclusões

Artigo 1º - Definições

Para efeitos do presente Contrato entende-se por:

Seguradora: Entidade legalmente autorizada para a exploração do Seguro de Saúde, que subscreve o presente Contrato.

Tomador do Seguro: Pessoa ou entidade que contrata com a Seguradora, sendo responsável pelo pagamento dos prémios.

Pessoa Segura: Pessoa cuja saúde se segura, identificada nas Condições Particulares da Apólice.

Apólice: Documento que titula o Contrato celebrado entre o Tomador do Seguro e a Seguradora, constituído pelas respectivas Condições Gerais, Especiais e Particulares, a Proposta de Seguro e o questionário individual de saúde. Todas as alterações que ocorram durante a vigência da Apólice constarão em Acta Adicional.

Condições Gerais: Disposições que definem e regulamentam obrigações genéricas e comuns inerentes ao Contrato de Seguro.

Condições Especiais: Disposições que complementam, especificam e esclarecem as Condições Gerais, são de aplicação generalizada a determinadas coberturas, quando contratadas.

Condições Particulares: Disposições onde se encontram os elementos específicos e individuais

de cada Contrato, para que o mesmo seja adaptado a um caso particular.

Acta Adicional: Documento que titula uma alteração de Apólice.

Apólice: Documento que titula o Contrato celebrado entre o Tomador do Seguro e a Seguradora, de que fazem parte integrante as respectivas Condições Gerais, Especiais e Particulares acordadas, bem como as Actas Adicionais ao Contrato.

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

Seguro de Grupo: Contrato celebrado para um conjunto de pessoas ligadas ao Tomador do Seguro do Seguro de Saúde e que subscreve o presente Contrato.

Capital Seguro: Montante máximo de comparticipação de despesas de saúde por Pessoa Segura, definido para cada uma das coberturas contratadas e indicadas nas Condições Particulares.

Co-Pagamento: Valor que fica a cargo da Pessoa Segura por cada acto ou conjunto de actos médicos, nos termos estipulados nas Condições Particulares.

Comparticipação: Valor a cargo da Seguradora, em cada despesa de saúde garantida pela Apólice, nos termos definidos nas Condições Particulares.

Boletim De Adesão: Documento onde constam informações que dizem respeito à Pessoa Segura e elementos relativos à sua identificação.

Doença: Alteração involuntária do estado de saúde, não causada por acidente, e objectivamente comprovado por diagnóstico médico.

Doença ou Lesão Preexistente: Doença ou lesão da qual a Pessoa Segura deveria ter conhecimento ou que não poderia ignorar, pela evidência dos sintomas ou por ter recebido em relação à mesma aviso médico ou tratamento, antes da data de início do Contrato.

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

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

Acidente: Acontecimento fortuito, súbito e anormal, devido a causa exterior e estranha à vontade da Pessoa Segura, e que nela origine lesões corporais.

Autorização: Consentimento para prestação de cuidados de saúde, solicitado pela Pessoa Segura aos serviços clínicos da Seguradora.

Cartão de Seguro: Cartão pessoal e intransmissível, que identifica a Pessoa Segura e permite o seu acesso aos cuidados de saúde no âmbito da rede de prestadores.

Serviço Telefónico Permanente: Serviço de apoio telefónico permanente, através do qual o Tomador do Seguro e as Pessoas Seguras podem obter os esclarecimentos que necessitarem.

Estabelecimento Hospitalar: Estabelecimento público ou privado, oficialmente reconhecido como tal, qualquer que seja a sua designação, destinado ao tratamento de doentes e acidentados, que disponha, com carácter permanente, de assistência médica e de enfermagem; excluindo-se sanatórios, casas de repouso, lares de terceira idade, centros de tratamento de toxicodependentes, de alcoólicos e outros estabelecimentos similares.

Rede de Prestadores: Conjunto de prestadores de cuidados de saúde que integram a rede da Protteja Seguros, nomeadamente médicos, centros de diagnóstico, clínicas, hospitais e outras unidades de saúde com os quais existe um acordo para a prestação de serviços às Pessoas Seguras.

Despesa Médica: Despesa contraída pela Pessoa Segura para aquisição de bens ou serviços, desde que prescritos por médico, para tratamento de doença ou lesão resultante de acidente.

Pequena Cirurgia: Toda a intervenção cirúrgica que corresponda aos seguintes critérios cumulativos: não necessitar de bloco operatório para a sua realização; não exigir mudança completa de roupa pelo cirurgião; ser realizada sob anestesia local; e não necessitar de cuidados especiais de recobro.

Período de Carência: Período de tempo que medeia entre a data de adesão de cada Pessoa Segura e a data de entrada em vigor das garantias.

Sinistro: Evento ou série de eventos resultantes de uma mesma causa susceptível de fazer funcionar as garantias do Contrato.

Certificado Individual de Adesão: Documento emitido pela Seguradora para cada uma das Pessoas Seguras, comprovativo da sua inclusão no Seguro de Grupo.

Cirurgia de Ambulatório: Intervenção cirúrgica programada, realizada sob anestesia geral, loco-regional ou local, em ambiente hospitalar, com segurança e de acordo com a boa prática médica, em regime de admissão e alta no período de 24 horas.

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

Prótese: Todo o instrumento clinicamente concebido e/ou recomendado, que tem por finalidade a substituição total ou parcial de um membro ou órgão.

Ortótese: Todo o instrumento clinicamente concebido e/ou recomendado, que tem por finalidade ajudar o membro ou órgão a cumprir no todo ou em parte, a sua função.

Prémio: Valor pago pelo Tomador do Seguro à Seguradora como contrapartida da cobertura acordada.

Proposta de Seguro: Documento pelo qual um proponente declara que pretende subscrever um Contrato de Seguro.

Questionário Individual de Saúde: Documento anexo à Proposta de Seguro, através do qual cada candidato a Pessoa Segura declara os elementos necessários à avaliação do risco pela Seguradora.

Prestações na Rede: Serviços de cuidados de saúde garantidos pelo presente Contrato de seguro, realizados em prestadores da rede, nos quais a comparticipação das despesas de saúde é suportada directamente pela Seguradora, nos termos do disposto nas Condições Especiais e Particulares.

Prestações por Reembolso: Serviços de cuidados de saúde garantidos pelo presente Contrato de

Seguro, nos quais as despesas de saúde são pagas pela Pessoa Segura, sendo posteriormente objecto de comparticipação pela Seguradora, nos termos do disposto nas Condições Especiais e Particulares.

Artigo 2º - Objecto do Contrato

1. Pelo presente Contrato a Seguradora garante, em caso de doença e/ou acidente ocorrido durante o ano de vigência e eficácia do Contrato, nos termos destas Condições Gerais e das Condições Especiais aplicáveis e das Particulares, as coberturas expressamente contratadas com os limites nestes fixados e os regimes de prestação que podem integrar:
 - a. Prestações convencionadas;
 - b. Prestações por reembolso;
 - c. Acesso aos serviços de saúde.
2. O presente Contrato não garantirá o pagamento de quaisquer despesas médicas e/ou medicamentosas prestadas pela rede de hospitais e outras instituições que integrem o Serviço Nacional de Saúde, quando a Pessoa Segura, sendo beneficiária de tal serviço, for aí assistida.

Artigo 3º - Base do Contrato

1. A Proposta de Seguro, assinada pelo respectivo Tomador do Seguro, o questionário individual de saúde de cada Pessoa Segura, bem como toda a documentação de carácter clínico necessária à aceitação por parte da Seguradora, constituem a base deste Contrato e dele fazem parte integrante, determinando, em particular, o risco coberto.

Artigo 4º - Declaração Inicial do Risco

1. O Tomador do Seguro e a Pessoa Segura estão obrigados, antes da celebração do Contrato, a declarar com exactidão todas as circunstâncias que conheçam e razoavelmente devam ter por significativas para a apreciação do risco pela Seguradora.

2. O disposto no nº 1 é igualmente aplicável a circunstâncias cuja menção não seja solicitada em questionário fornecido pela Seguradora.
3. Em caso de incumprimento doloso do disposto no nº 1, o Contrato é anulável, nos termos e com as consequências previstas na Lei.
4. Em caso de incumprimento com negligência do disposto no nº 1, a Seguradora pode optar pela cessação ou alteração do Contrato, nos termos e com as consequências previstas na lei.

Artigo 5º - Garantias do Contrato

1. As garantias são definidas nas respectivas Condições Especiais, integrando o Contrato de seguro as que sejam referidas nas Condições Particulares, podendo por acordo entre as partes nas mesmas Condições Particulares o âmbito ser alargado ou restringido.

Artigo 6º - Regime de Prestações

Nos termos acordados nas Condições Particulares, e de acordo com as Condições Especiais contratadas, as garantias consignadas pelo presente Contrato podem revestir, as seguintes modalidades:

- Prestações Convencionadas;
 - Prestações Indemnizatórias;
 - Acesso aos serviços de Saúde / Assistência.
1. Regime de Prestações Convencionadas:
 - a. Nesta modalidade, a Seguradora garante à Pessoa Segura o acesso a um conjunto de serviços de cuidados de saúde integrados na rede de prestadores, cujas condições de utilização se encontram previstas nestas Condições Gerais e nas Condições Especiais contratadas, nos termos fixados nas Condições Particulares;
 - b. A rede de prestadores integra serviços de cuidados de saúde de especialidades médicas e cirúrgicas, meios auxiliares de diagnóstico, serviços, técnicas e terapêuticas complementares e internamento hospitalar;

- c. O acesso a determinados serviços da rede de prestadores pode necessitar de pré-autorização. Concedida a mesma, a Pessoa Segura escolhe livremente, na Rede, o especialista, laboratório, serviço ou unidade hospitalar para cada tipo de assistência prescrita. Quando a Pessoa Segura recorra aos serviços sem que tenha sido concedida a autorização necessária, ou quando recorra a qualquer outro serviço sem se identificar com o seu cartão Protteja Saúde, aplicar-se-á às despesas o regime de prestações indemnizatórias;
2. Regime de Prestações Indemnizatórias:
 - a. Nesta modalidade, a Seguradora garante o reembolso de despesas efectuadas pela Pessoa Segura com cuidados de saúde junto de prestadores de serviços não integrados na rede de prestadores, nos termos e limites fixados nestas Condições Gerais, nas Especiais e nas Particulares contratadas;
 - b. O reembolso efectuar-se-á de acordo com os seguintes critérios:
 - i. Honorários Médicos – A Seguradora reembolsará a Pessoa Segura do valor das despesas efectuadas com honorários médicos relativos a outros actos médicos, excepto consultas, os quais serão limitados ao valor máximo fixado nas Condições Particulares;
 - ii. Outra Despesas – Relativamente a outras despesas não incluídas na alínea a) e garantidas pelo presente Contrato a Seguradora reembolsará a Pessoa Segura do valor pago nos termos e limites fixados nas Condições Particulares.

Neste regime, a Seguradora pode garantir a atribuições de um valor de subsídio nos termos fixados nas respectivas Condições Especiais e particulares.
 3. Regime de Prestações de Acesso aos Serviços de Saúde:
 - a. Este regime de prestações encontra-se descrito nas Condições Especiais e Particulares.

Artigo 7º - Cartão Protteja Saúde

1. Quando contratado o regime de prestações convencionadas, para requerer os serviços garantidos pela Apólice na rede de prestadores, a Pessoa Segura deve exibir o seu Cartão Protteja Saúde e um documento de identificação com fotografia.
2. Em caso de extravio do Cartão Protteja Saúde, a Pessoa Segura ou o Tomador do Seguro, obrigam-se sob pena de responder por perdas e danos a comunicar o facto à Seguradora no prazo máximo de 48 horas, a fim de o mesmo ser anulado e emitido um novo cartão.

Artigo 8º - Determinação dos Limites de Capital Seguro

Os valores seguros, nomeadamente máximos anuais garantidos e percentagens de comparticipação, são estabelecidos mediante acordo prévio entre a Seguradora e o Tomador do Seguro.

Artigo 9º - Âmbito Territorial

Salvo convenção em contrário fixada em Condições Especiais ou em Condições Particulares, o seguro é válido em Angola, podendo algumas coberturas serem extensivas a Espanha ou Portugal, ou a outro país, com previa autorização da Seguradora, conforme disposto nas Condições Particulares e nos termos destas Condições Gerais e especiais.

Artigo 10º - Exclusões

1. Salvo convenção expressa nas Condições Particulares não serão comparticipadas as despesas resultantes de:
 - a. Alcoolismo e tratamentos relativos à toxicod dependência, 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;
 - b. Acidentes e doenças pré-existentes bem como de correcção de doenças e malformações congénitas, excepto quando digam respeito a filhos nascidos durante a

- vigência do Contrato e incluídos no Contrato de Seguro no prazo de 30 dias a contar da data de nascimento, desde que o Contrato esteja pelo menos há um ano em vigor na Protteja;
- c. Doenças ou lesões resultantes dos efeitos da radioactividade e doenças epidémicas oficialmente declaradas;
 - d. Curas de repouso, convalescença, tratamentos termais e consultas, exames ou tratamentos de emagrecimento, incluindo os relativos à obesidade mórbida e rejuvenescimento;
 - e. Correções estéticas ou plásticas, excepto se resultarem de doença manifestada ou acidente ocorrido na vigência do Contrato do qual tenha originado um prévio accionamento das garantias da Apólice;
 - f. Testes de gravidez, Check-up e exames gerais de saúde;
 - g. Sida e suas implicações;
 - h. Pandemia e Endemia;
 - i. Enfermagem privativa;
 - j. Tratamentos de infertilidade ou qualquer método de fecundação artificial;
 - k. Quaisquer despesas associadas a métodos contraceptivos ou realizadas com essa finalidade, nomeadamente quaisquer métodos de controlo de natalidade e planeamento familiar (Despesas com medicamentos, tratamentos ou intervenções cirúrgicas com finalidades contraceptivas);
 - l. Tratamentos refractivos à miopia, astigmatismo e hipermetropia (cirúrgica ou laser) para situações com menos de quatro dioptrias;
 - m. Acidentes resultantes de crimes ou actos dolosos da Pessoa Segura, intervenção voluntária em duelos ou rixas, bem como de tentativa de suicídio;
 - n. Acidentes ocorridos na prática profissional de desportos, na prática de provas desportivas integradas em campeonatos e nas competições com veículos providos ou não de motor, assim como respectivos treinos;
 - o. Acidentes ocorridos na prática de ski e outros desportos de neve, ski aquático, mergulho e caça submarina, artes marciais, desportos de combate, espeleologia, pára-quedismo, parapente, tauromaquia, escalada, *rappel*, alpinismo e outros desportos analogamente perigosos;
 - p. Acidentes ocorridos e doenças contraídas em consequência de calamidades naturais de tipo catastrófico, durante revoluções ou devido à existência de um estado de guerra, declarado ou não;
 - q. Acidentes ocorridos e doenças contraídas devido a participação em greves, assaltos, tumultos, distúrbios laborais, alterações da ordem pública, actos de terrorismo, como tal considerados pela legislação angolana vigente e de sabotagem;
 - r. Acidentes de trabalho e doenças profissionais, conforme legislação em vigor;
 - s. Acidentes de viação abrangidos pelo regime obrigatório de seguro de responsabilidade civil;
 - t. Despesas com deslocações e alojamento em Angola e no estrangeiro sem o prévio conhecimento da seguradora;
 - u. Tratamentos de hemodiálise e transplante de órgãos;
 - v. Despesas de natureza particular (telefone, aluguer de T.V., despesas de bar e outras) e as efectuadas com acompanhantes não previstas nas Condições Especiais e Particulares.
- ## CAPÍTULO II
- ### Início, Cessação e Suspensão das Garantias
- #### Artigo 11º - Início das Garantias
1. Salvo convenção em contrário expressa nas Condições Particulares, em caso de doença, a entrada em vigor das garantias está sujeita a um período de carência de 30 dias;

2. Salvo convenção em contrário expressa nas Condições Particulares, em caso de acidente, não está sujeita a um período de carência de 30 dias;
3. Salvo convenção em contrário, o período de carência é alargado para 180 dias em caso de cirurgias electivas conforme detalhado em baixo:
 - a. Intervenção cirúrgica e tratamento às varizes;
 - b. Amigdalectomia, adenoidectomia, intervenção cirúrgica aos ouvidos;
 - c. Rinoseptoplastia;
 - d. Litotricia renal e vesicular;
 - e. Hemorroidectomia;
 - f. Intervenção cirúrgica a úlcera gastroduodenal;
 - g. Histerectomia por patologia benigna;
 - h. Mastectomia total ou parcial por patologia benigna;
 - i. Tiroidectomia total ou parcial por patologia benigna;
 - j. Colectectomia;
 - k. Cirurgia artroscópica;
 - l. Cirurgia relacionada com hipertrofia benigna da próstata;
 - m. Cataratas;
 - n. Correção cirúrgica de miopia;
 - o. Roncopatia/apneia do sono;
 - p. Plastia mamária;
 - q. Tratamento de hemodiálise e transplante de órgãos;
 - r. Intervenções cirúrgicas a hérnias.
4. Salvo convenção em contrário expresso nas Condições Particulares, em caso de gravidez/parto, a entrada em vigor das garantias está sujeita a um período de carência de 300 dias;
5. Os prazos previstos nos pontos anteriores, consideram-se a partir da data da adesão da

Pessoa Segura.

Artigo 12º - Cessação das Garantias

Salvo convenção em contrário, as garantias concedidas pelo presente Contrato cessam, automaticamente em relação a cada Pessoa Segura:

1. Na data do vencimento do Contrato imediatamente a seguir à data em que perfaça 70 anos de idade, para o titular e cônjuge ou, no caso dos filhos, quando perfaçam os 25 anos de idade.
2. No momento em que deixe de fazer parte do agregado familiar.
3. Por morte.

Artigo 13º - Suspensão das Garantias

O Contrato ficará suspenso em relação a cada Pessoa Segura que for chamada a prestar serviço militar, ou permaneça no estrangeiro por um período superior a 60 dias, cessando a suspensão logo que se verifique o seu regresso à vida civil ou ao país, respectivamente e após comunicação à Seguradora.

CAPÍTULO III

Início, Condições de Elegibilidade, Duração, Renúncia, Resolução e Nulidade do Contrato

Artigo 14º - Início do Contrato

1. O presente Contrato considera-se celebrado pelo período de tempo estabelecido nas Condições Particulares da Apólice e, desde que o prémio ou fracção inicial seja pago, produz os seus efeitos a partir das zero horas do dia imediato ao da aceitação da proposta pela Seguradora, salvo se, por acordo das partes, for aceite outra data para a produção de efeitos, a qual não pode, todavia, ser anterior à da recepção daquela proposta pela Seguradora. Tratando-se de seguro de grupo, as garantias do Contrato entram em vigor, para cada Pessoa Segura, às zero horas do dia imediato ao da aceitação do boletim de adesão pela Seguradora.

2. A proposta, no seguro individual considera-se aceite no décimo quarto dia a contar da data da sua recepção na Seguradora, a menos que entretanto o candidato a Tomador do Seguro seja notificado da recusa ou da sua aprovação antecipada, ou da necessidade de recolher esclarecimentos essenciais à avaliação do risco.

Artigo 15º - Condições de Elegibilidade

1. No início do Contrato e no ato de adesão de uma nova Pessoa Segura e salvo convenção em contrário, o Tomador do Seguro fica obrigado a enviar à Seguradora o respectivo boletim de adesão, assim como a respectiva comunicação de exclusão de qualquer pessoa que deixe de pertencer ao agregado familiar.
2. Podem beneficiar das garantias conferidas pelo presente Contrato as pessoas que satisfaçam cumulativamente as seguintes condições à data da sua inclusão no Contrato:
 - a. Não tenham sido atingidas por doenças cerebrovasculares, doenças psiquiátricas ou outra enfermidade ou doença grave com carácter evolutivo e/ou permanente;
 - b. Preencham o questionário individual de saúde e sejam aceites pela Seguradora.

Salvo convenção em contrário é obrigatória a inclusão de todos os elementos que façam parte do agregado familiar. A inclusão de novos elementos do agregado familiar verificar-se-á no dia um do mês seguinte à data de recepção do respectivo boletim de adesão, sem prejuízo do disposto no Art.º 11º - Início das Garantias - destas Condições Gerais.

Artigo 16º - Duração e Caducidade do Contrato

1. O Contrato apenas pode ser celebrado por um ano a continuar pelos anos seguintes.
2. O Contrato considera-se sucessivamente renovado por períodos anuais, excepto se qualquer das partes o denunciar por escrito ou por outro meio do qual fique registo duradouro, com a antecedência mínima de 30 dias em relação ao termo da anuidade ou se o Tomador do Seguro não proceder ao pagamento do prémio nos termos do nº 1 do Art.º 19º.

3. Sem prejuízo do disposto no Art.º 18º, as prestações garantidas pela Seguradora 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 e encontrando-se apenas garantidas as prestações convencionadas ou as despesas efectuadas em cada ano de vigência do Contrato.

Artigo 17º - Denúncia do Contrato

O Contrato pode ser denunciado por qualquer das partes com antecedência mínima de 30 dias relativamente à data de renovação.

- Devolução do prémio no período pró-rata temporis;

- O prémio a devolver pela PROTTEJA em caso de denuncia do Contrato será correspondente a 75% do premio simples do período não decorrido quando a iniciativa de denuncia recai a PROTTEJA e 50% do premio simples correspondente ao período não decorrido quando a iniciativa de denuncia recai ao Tomador do Seguro.

Em caso de exclusão ou cessão do contrato, não há devolução de prémio quando o beneficiário em causa teve acesso aos actos médicos evitando que a seguradora incorra em duplicação de custos.

Artigo 18º - Responsabilidade da Seguradora em caso de não Renovação do Contrato

1. Em caso de não renovação do Contrato, ou tratando-se de seguro de grupo, em caso de não renovação da adesão da Pessoa Segura, a Seguradora fica, pelo período de 2 anos e até que se mostre esgotado o capital seguro disponível na anuidade em que o Contrato ou adesão, tratando-se de seguro de grupo, cessar a sua vigência, com a obrigação de efectuar as prestações contratualmente devidas, em consequência de doenças manifestadas ou acidentes ocorridos durante o período de vigência da Apólice, desde que cobertos pelo seguro.
2. A obrigação prevista no número anterior, apenas se verifica em relação a doenças ou acidentes ocorridos e cobertos no período de vigência das garantias, desde que efectuada a

respectiva comunicação à Seguradora nos 30 dias imediatos ao termo do Contrato, salvo justo impedimento.

Artigo 19º - Alteração ao Contrato

1. Pela Seguradora:
 - a. Qualquer alteração de coberturas, capitais e prémios, para vigorar na anuidade seguinte deverá ser comunicada ao Tomador do Seguro na anuidade com uma antecedência mínima de 30 dias em relação à data de renovação do Contrato;
 - b. Entende-se que se encontra aceite pelo Tomador do Seguro a alteração proposta, caso venha a ser pago o prémio correspondente à anuidade subsequente. Não sendo aceite a proposta pelo Tomador do Seguro, o Contrato deverá ter-se por denunciado pela Seguradora, para o fim da anuidade em curso.
2. Pelo Tomador do Seguro:
 - a. A inclusão de Pessoas Seguras que integrem o agregado familiar é solicitada mediante preenchimento de proposta e questionário individual de saúde;
 - b. A transferência de titularidade, inclusão e exclusão de Pessoas Seguras deverá ser efectuada com 30 dias de antecedência à data de produção de efeitos;
 - c. No caso de ocorrer uma exclusão a Seguradora procederá ao estorno do prémio pago relativo ao período não decorrido;
 - d. A alteração de plano contratado no âmbito dos planos em comercialização deverá ser efectuada com uma antecedência mínima de 30 dias em relação à data de renovação do Contrato, sendo que são considerados períodos de carência relativos às novas coberturas ou a aumentos de capital nas coberturas do plano anterior.

Artigo 20º - Direito de Livre Resolução

O Tomador do seguro que seja pessoa singular, dispõe de um prazo de 30 dias, a contar da data de recepção da Apólice para resolver o Contrato,

mediante comunicação por escrito, em suporte de papel ou outro meio duradouro, disponível e acessível à Seguradora.

1. O exercício do direito de livre resolução determina:
 - a. A cessação do Contrato;
 - b. A extinção reactiva de todas as obrigações decorrentes do Contrato;
 - c. O direito da Seguradora ao valor do prémio simples calculado *no prorata temporis*, na medida em que tenha suportado o risco até à resolução do Contrato;
 - d. O direito de livre resolução não pode ser exercido:
 - i. Se o Contrato tiver uma duração igual ou inferior a seis meses.

Artigo 21º - Resolução do Contrato

1. O não pagamento pelo Tomador do Seguro do prémio relativo a uma anuidade subsequente, determina a não renovação ou a resolução automática e imediata do Contrato, na data em que o pagamento seja devido.
2. O Tomador do Seguro pode, a todo o tempo com justa causa, resolver o Contrato, mediante comunicação por escrito em suporte de papel ou outro meio duradouro disponível e acessível à Seguradora.
3. A Seguradora só pode resolver o Contrato ou dele excluir uma Pessoa Segura, na data do vencimento ou, fora dela, com fundamento previsto na lei, mediante correio registado, ou por outro meio do qual fique registo escrito, ao Tomador do Seguro.
4. É aplicável o disposto no número anterior à não renovação da cobertura relativamente a uma Pessoa Segura.
5. O montante do prémio a devolver ao Tomador do Seguro em caso de cessação antecipada do Contrato será calculado proporcionalmente ao período de tempo que decorreria até ao seu vencimento.
6. A resolução do Contrato produz efeito às 24 horas do próprio dia em que ocorra.

Artigo 22º - Anulabilidade do Contrato

1. Este Contrato é anulável e, conseqüentemente, não produzirá quaisquer efeitos em caso de sinistro, quando da parte do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura tenha havido, no momento de celebração do Contrato, declarações inexactas assim como reticências de factos ou circunstâncias conhecidas, e que podem influenciar a existência ou condições do Contrato.
2. Se as referidas declarações ou reticências tiverem sido feitas de má-fé, a Seguradora terá direito ao prémio, sem prejuízo da anulabilidade do Contrato nos termos do número anterior.
3. Entende-se por má-fé o conhecimento por parte do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura, de que as declarações por este prestadas são inexactas ou incompletas.

CAPÍTULO IV

Actualização do Capital e Prémio e Coexistência de Contratos

Artigo 23º - Actualização do Capital e Prémio

Salvo convenção em contrário a Seguradora actualizará os capitais seguros, bem como os respectivos prémios a cobrar ao Tomador do Seguro, em cada vencimento anual, nos termos contratados e devidamente expressos nas Condições Particulares.

CAPÍTULO V

Pagamento, Cálculo e Alteração dos Prémios

Artigo 24º - Pagamento dos Prémios

1. O prémio é devido na data da celebração do Contrato. A falta de pagamento do prémio inicial, na data de vencimento, determina a resolução automática do Contrato a partir da data da sua celebração.
2. Os prémios são devidos nas datas estabelecidas na Apólice.
3. A Seguradora encontra-se obrigada, até 30

dias antes da data em que o prémio é devido, a avisar, por escrito, o Tomador do Seguro, indicando essa data, o valor a pagar, a forma e o lugar de pagamento e as conseqüências da falta de pagamento do prémio.

4. Nos termos da lei, na falta de pagamento do prémio na data indicada no aviso previsto no nº 3 ou no documento contratual previsto no número anterior, o Contrato é automaticamente resolvido.
5. A falta de pagamento, na data indicada no aviso, de um prémio adicional, desde que este decorra de um pedido do Tomador do Seguro para extensão da garantia, não implicando agravamento do risco inicial, determinará que se mantenham as condições contratuais em vigor anteriormente aquele pedido.
6. O seguro considera-se em vigor sempre que o recibo tenha sido entregue ao Tomador do Seguro por entidade expressamente designada pela Seguradora para o recebimento do prémio respectivo.

Artigo 25º - Alteração do Prémio

1. Não havendo alteração no risco qualquer alteração do prémio aplicável ao Contrato apenas poderá efectivar-se no vencimento anual e seguinte, mediante aviso da Seguradora ao Tomador do Seguro, com uma antecedência mínima de 30 dias sobre a data de renovação do Contrato.
2. Haverá lugar a alteração automática do prémio do Contrato, sempre que se verifique mudança de escalão etário da Pessoa Segura, sendo para esse efeito considerada a idade da mesma no primeiro dia de cada anuidade.

CAPÍTULO VI

Sinistros

Artigo 26º - Obrigações do Tomador do Seguro e do Segurado

1. Verificando-se qualquer doença ou acidente que faça funcionar as garantias deste Contrato, o Tomador do Seguro ou a Pessoa Segura, sob pena de responderem por perdas e danos,

obrigam-se a:

- a. Cumprir as prescrições médicas, sob pena de a Seguradora apenas responder pelas consequências do acidente que presumivelmente se teriam verificado se aquelas prescrições tivessem sido observadas;
 - b. Submeter-se a exame por médico designado pela Seguradora, quando esta, fundamentadamente, o requeira;
 - c. Autorizar os médicos a prestar todas as informações solicitadas, sob pena de a Seguradora ficar impossibilitada de comprovar se as circunstâncias em que a doença ocorreu estão, ou não, abrangidas pelo seguro;
 - d. Tomar todas as providências para evitar o agravamento da afecção;
 - e. Em caso de acidente garantido pela Apólice, participá-lo à Seguradora, por escrito, nos oito dias imediatos à sua ocorrência, indicando dia, local, causas, consequências, testemunhas e quaisquer outros elementos considerados relevantes;
 - f. Existindo vários seguros cobrindo o mesmo risco, esta comunicação deverá ser efectuada a todas as Seguradoras, indicando o nome das restantes.
2. No regime de prestações por reembolso deverá ainda:
- a. Comunicar à Seguradora, por escrito, a ocorrência de doença ou acidente que origine internamento hospitalar e/ou intervenção cirúrgica, até oito dias após a data da respectiva alta hospitalar:
 - i. Enviar até oito dias após a Pessoa Segura ter sido clinicamente assistida, uma declaração médica, onde conste a natureza e localização das lesões e o seu diagnóstico;
 - ii. Enviar até oito dias após a alta, a declaração do médico assistente da Pessoa Segura relativa à afecção e ao tratamento verificado.
 - b. Apresentar, no prazo de 120 dias, todos os documentos comprovativos das despesas

realizadas sem qualquer rasura ou omissão, sob pena de não serem aceites, ou, em caso de comparticipação de organismos oficiais, fotocópias desses documentos devidamente autenticadas, que deverão obedecer aos requisitos seguintes:

- i. Ser passados em papel timbrado e devidamente legalizados;
 - ii. Ser identificado o nome da Pessoa Segura;
 - iii. Possuir a descrição e/ou indicação pormenorizada do serviço prestado, discriminação das despesas feitas, nomeadamente quanto ao número de dias de hospitalização, descrição da intervenção cirúrgica e outras analogias;
- c. Apresentar, no prazo de 120 dias, todos os documentos justificativos do montante dos reembolsos efectuados por qualquer organismo oficial. Nestes casos a Seguradora comparticipará sobre o excedente.
- d. A Pessoa Segura responderá, ainda, por perdas e danos, se:
- i. Usar de fraude, simulação, falsidade ou de quaisquer outros meios dolosos, bem como de documentos falsos para justificar a sua reclamação;
 - ii. Tentar ou utilizar de forma abusiva o Contrato, de modo a obter um benefício ilegítimo.

Artigo 27º - Obrigações da Seguradora

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

1. Fornecer, quando contratado o regime de prestações convencionado o Cartão Protecção Saúde referido no Art.º 6º bem como disponibilizar informações sobre os serviços da Rede Médica.
2. Analisar com prontidão e diligência os pedidos de autorização, decidindo sobre os mesmos no prazo não superior a 5 dias úteis, contados desde a data em que forem recebidos todos os

elementos necessários à sua apreciação;

3. Proceder ao reembolso das prestações, no prazo máximo de 30 dias úteis a contar da data em que foi firmada a sua responsabilidade e efectuado o apuramento das participações a pagar, de acordo com o estipulado nas Condições Particulares. Se decorrido este prazo, a Seguradora, na posse de todos os elementos indispensáveis ao reembolso das prestações, não tiver realizado essa obrigação, por causa não justificada ou que lhe seja imputável, incorrerá em mora, vencendo a indemnização juros à taxa legal em vigor.

CAPITULO VII

Indemnizações

Artigo 28º - Determinação do Valor da Indemnização

1. Os valores seguros máximos garantidos por esta Apólice constam das Condições Particulares e vigoram em cada período de vigência do Contrato.
2. A Seguradora garante à Pessoa Segura apenas o pagamento das prestações convencionadas ou despesas efectuadas, até ao limite contratado, em cada período de vigência do Contrato, liquidadas em moeda Kwanzas. No caso de despesas efectuadas em moeda estrangeira, a sua conversão para Kwanzas será feita à taxa de câmbio indicativa ("fixing" do Banco Nacional de Angola) do dia em que foi efectuada a despesa.
3. A Seguradora obriga-se a reembolsar o Tomador do Seguro, no prazo máximo de 30 dias, após a recepção dos documentos comprovativos.
4. Se após cura aparente, com conseqüente retorno da Pessoa Segura à sua actividade normal, houver recaída dentro do prazo de um mês, tanto a hospitalização como a intervenção cirúrgica conseqüente, serão consideradas como se se tratasse de um único e mesmo sinistro.

CAPITULO VIII

Disposições Diversas

Artigo 29º - Comunicações e Notificações entre as Partes

1. As comunicações ou notificações do Tomador do Seguro ou do segurado previstas nesta Apólice, consideram-se válidas e plenamente eficazes, caso sejam efectuadas por escrito ou por outro meio do qual fique registo duradouro para a sede social da Seguradora.
2. Todavia, a alteração de morada ou de sede do Tomador do Seguro ou do segurado deve ser comunicada à Seguradora, nos 30 dias subsequentes à data em que se verificarem, por carta registada com aviso de recepção, sob pena de as comunicações ou notificações que a Seguradora venha a efectuar para a morada desactualizada se terem por válidas e eficazes.
3. As comunicações ou notificações da Seguradora previstas nesta Apólice consideram-se válidas e plenamente eficazes caso sejam efectuadas por escrito ou por outro meio do qual fique registo duradouro para a última morada do Tomador do Seguro ou do segurado constante do Contrato, ou entretanto comunicada nos termos previstos no número anterior.

Artigo 30º - Responsabilização por Práticas Médicas

1. São da inteira responsabilidade da Pessoa Segura a escolha dos profissionais médicos, auxiliares, técnicos, estabelecimentos hospitalares e/ou outros prestadores de cuidados de saúde.
2. A Seguradora não se responsabiliza pelos actos médicos prestados ou pela qualidade dos tratamentos efectuados por qualquer instituição ou indivíduo nem pelas suas conseqüências.
3. De igual forma não será imputável a Seguradora qualquer responsabilidade relativa a actos de eventual negligência médica.

Artigo 31º - Sub-Rogação

1. A Seguradora, uma vez paga a indemnização, fica sub-rogada, até à concorrência da quantia indemnizada, em todos os direitos do segurado contra terceiro responsável pelos prejuízos, obrigando-se a Pessoa Segura a praticar o que necessário for para efectivar esses direitos.
2. A Pessoa Segura responderá por perdas e danos por qualquer acto ou omissão voluntária que possa impedir ou prejudicar o exercício desses direitos.

Artigo 32º - Legislação Aplicável

A lei aplicável a este Contrato é a lei Angolana.

Artigo 33º - Arbitragem e Foro

1. O foro competente para dirimir qualquer litígio emergente deste Contrato é do local de emissão da Apólice.
2. Todas as divergências que possam surgir em relação à validade, interpretação, execução ou incumprimento deste Contrato de seguro podem ser resolvidas por meio de arbitragem, nos termos da lei em vigor.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

Disposições Comuns

Nas partes, aqui não especificamente regulamentadas aplicam-se, às Condições Especiais a seguir indicadas, as disposições constantes das Condições Gerais do seguro de saúde.

A) Assistência Médica Ambulatória

Nos termos desta Condição Especial, a Seguradora garante, até aos limites e nos termos estabelecidos nas Condições Particulares, o pagamento das despesas com cuidados médicos ambulatoriais efectuadas pela Pessoa Segura em regime de Pagamento ou Reembolso, Prestações Convencionadas ou Prestações Indemnizatórias em consequência de sinistro garantido pelo presente Contrato; nela inclui-se:

1. Honorários médicos de consultas, de Clínica Geral e de Especialidade.
2. Elementos auxiliares de diagnóstico, desde que prescritos por um médico.
 - a. Análises clínicas, anatomopatologias e alergológicas.
 - b. Radiologia e Electrologia.
 - c. Diagnóstico por Imagem: TAC, RMN, Ecografia, Mamografia e Densitometria.
3. Tratamentos Ambulatórios desde que prescritos por um médico, tais como:
 - a. Encargos de enfermagem geral não privativa. Aplicação de injeções, infusões endovenosas e transfusões de sangue, incluindo o sangue e o plasma;
 - b. Aplicação de oxigénio, incluindo o oxigénio;
 - c. Tratamentos por raio X, outras substâncias radioactivas e laser;
 - d. Fisioterapia até ao limite de vinte sessões por sinistro, desde que em consequência de: Acidente garantido no âmbito deste Contrato e que tenha implicado tratamento

de urgência em Hospital, situações pós-cirúrgicas ou acidente vascular cerebral.

- e. Cinesioterapia originada por doença respiratória, até ao limite de seis sessões por anuidade e tratamento.
4. Para além das exclusões previstas no Art.º 10º das Condições Gerais, ficam ainda excluídas as despesas efectuadas com:
 - a. Consultas, tratamentos e cirurgias do foro estomatológico ou maxilo-facial;
 - b. Exercícios de ortóptica;
 - c. Atos médicos do foro psíquico, nomeadamente, consultas de psicanálise, psicologia e psicoterapia, bem como respectivo receituário;
 - d. Consultas de acupunctura, homeopatia, podologia, medicina natural ou qualquer outro tipo de medicinas paralelas;
 - e. Enfermagem privativa;
 - f. Assistência pré e pós natal, salvo se convenção expressa nas Condições Particulares;
 - g. Exames gerais de saúde (*check-ups*).

B) Assistência Hospitalar

Nos termos desta Condição Especial, a Seguradora garante, até aos limites e nos termos estabelecidos nas Condições Particulares, o pagamento das despesas efectuadas pela Pessoa Segura com Assistência Hospitalar, com os actos médicos, de diagnóstico ou terapêuticos, desde que decorrentes de Internamento Hospitalar, em regime de Pagamento ou Reembolso, Prestações Convencionadas ou Prestações Indemnizatórias em consequência de sinistro garantido pelo presente Contrato; consideram-se abrangidas as despesas efectuadas com:

1. Instalações necessárias à realização dos actos em ambiente hospitalar, bloco cirúrgico, sala de recobro, quarto e outro equipamento.
2. Honorários médicos e cirúrgicos:
 - a. Honorários de cirurgião, anestesista, ajudante, e instrumentista;

- b. Outros honorários médicos.
- 3. Outras despesas de internamento:
 - a. Honorários de enfermagem;
 - b. Medicamentos;
 - c. Elementos auxiliares de diagnóstico;
 - d. Material de osteossíntese e próteses intra-cirúrgicas;
 - e. Tratamento de quimioterapia citostática e radioterapia, ainda que realizadas em ambulatório.
- 4. Transporte de ambulância para e do hospital desde que o estado de saúde da Pessoa Segura o justifique.
- 5. Para além das exclusões previstas no Art.º 10º das Condições Gerais, ficam ainda excluídas as despesas efectuadas com:
 - a. Pequena Cirurgia;
 - b. Cirurgia do Foro Estomatológico, excepto se em consequência de acidente abrangido por este Contrato e ocorrido durante a sua vigência;
 - c. Próteses e Ortóteses de qualquer classe, bem como quaisquer outros artigos de tratamento ou correcção médica que não sejam cirurgicamente indispensáveis;
 - d. Parto natural, cesariana ou interrupção de gravidez;
 - e. Exames gerais de saúde (*check-ups*).

C) Estomatologia

- 1. Nos termos desta Condição Especial, a Seguradora garante, até aos limites e nos termos estabelecidos nas Condições Particulares, o pagamento das despesas efectuadas com os actos de diagnóstico ou terapêutica, do foro estomatológico, em regime de Pagamento ou Reembolso, Prestações Convencionadas ou Prestações Indemnizatórias em consequência de sinistro garantido pelo presente Contrato; nela se incluindo:
 - a. Consultas;
 - b. Tratamentos ambulatoriais e outros actos clínicos;
 - c. Raios X;
 - d. Outros elementos auxiliares de diagnóstico;
 - e. Intervenções cirúrgicas com ou sem internamento, quando motivadas por doença;
 - f. Obturações e extracção;
 - g. Limpezas dentárias.
- 2. Para se participar as despesas realizadas torna-se necessário que o médico assistente indique quais os dentes tratados e o tipo de tratamento efectuado, bem como a data em que os mesmos foram realizados.
- 3. Para além das exclusões previstas no Art.º 10º das Condições Gerais, ficam ainda excluídas as despesas efectuadas com:
 - a. Próteses estomatológicas;
 - b. Aparelhos de ortodontia;
 - c. Implantes dentários;
 - d. Despesas relacionadas com o branqueamento dentário.

D) Medicamentos

- 1. Nos termos desta Condição Especial, a Seguradora garante, até aos limites e nos termos estabelecidos nas Condições Particulares, o pagamento das despesas efectuadas pela Pessoa Segura com a aquisição de medicamentos, desde que prescritos por médico e que se encontrem classificados pela autoridade competente do Ministério da Saúde.
- 2. Para além das exclusões previstas no Art.º 10º das Condições Gerais, ficam ainda excluídas as despesas efectuadas com:
 - a. Medicamentos para fins estéticos (regimes para tratamento de obesidade, alopecia), cosmética, higiene geral e artigos sanitários;
 - b. Produtos dietéticos, homeopáticos e naturistas;

- c. Anticoncepcionais e dispositivos intra-uterinos;
- d. Produtos farmacêuticos de venda livre;
- e. Vacinas, com excepção das do foro alérgico;
- f. Produtos alimentares, de higiene e dermocosméticos;
- g. Leite e papa para bebé;
- h. Artigos sanitários e anti-sépticos;
- i. Material de penso;
- j. Medicamentos manipulados.
- d. Pilhas, relacionadas com o ponto 2 do nº 1;
- e. O extravio, roubo ou quebra de ortóteses oculares;
- f. Aros adquiridos isoladamente;
- g. Óculos de sol, graduados ou não;
- h. Testes e consultas de optometrista;
- i. Collants, meias elásticas, cintas ortopédicas; e artigos utilizados para o tratamento das varizes;
- j. Calçado ortopédico;
- k. Próteses capilares.

E) Próteses e Ortóteses

1. Nos termos desta Condição Especial, a Seguradora garante, até aos limites e nos termos estabelecidos nas Condições Particulares, o pagamento das despesas efectuadas pela Pessoa Segura com a aquisição de Próteses e Ortóteses desde que prescrito por médicos da especialidade, em regime de Pagamento ou Reembolso, Prestações Convencionadas ou Prestações Indemnizatórias em consequência de sinistro garantido pelo presente Contrato, nela se incluindo:
 - a. Pernas, mãos, braços, articulados ou electrónicos;
 - b. Próteses auditivas;
 - c. Próteses oftalmológicas;
 - d. Próteses ortopédicas e traumatológicas;
 - e. Ortóteses auditivas;
 - f. Ortóteses oculares.
2. Para além das exclusões previstas no Art.º 10º das Condições Gerais, ficam ainda excluídas as despesas efectuadas com:
 - a. Próteses estomatológicas;
 - b. Socos ortopédicos e calçado ortopédico;
 - c. Aquisição ou aluguer de cadeiras de rodas, camas articuladas, colchões, almofadas e rolos ortopédicos;

F) Parto normal, Cesariana e Interrupção Involuntária da Gravidez

1. Nos termos desta Condição Especial, a Seguradora garante, até aos limites e nos termos estabelecidos nas Condições Particulares, o pagamento das despesas de diagnóstico ou terapêutica, inerentes a parto normal, cesariana e interrupção involuntária da gravidez, que requeiram os meios e serviços específicos de ambiente hospitalar efectuadas pela Pessoa Segura em regime de Pagamento ou Reembolso, Prestações Convencionadas ou Prestações Indemnizatórias em consequência de sinistro garantido pelo presente Contrato.
2. Fica garantido o reembolso das despesas relacionadas com:
 - a. Instalações necessárias à realização dos actos em ambiente hospitalar, bloco cirúrgico, sala de parto, sala de recobro, quarto e outro equipamento, da parturiente e do recém-nascido;
 - b. Honorários médicos, nomeadamente os relativos ao médico obstetra, pediatra, anestesista, ajudantes e instrumentistas quando tal se justifique;
 - c. Medicamentos administrados durante o internamento;
 - d. Elementos auxiliares de diagnóstico;
 - e. Honorários de enfermagem;
 - f. Transporte de ambulância para e do

hospital desde que o estado de saúde da Pessoa Segura o justifique.

3. Para além das exclusões previstas no Art.º 10º das Condições Gerais, ficam ainda excluídas as despesas efectuadas com:
 - a. Despesas de natureza particular, tais como telefone, aluguer de TV;
 - b. Enfermagem privativa;
 - c. Despesas com acompanhante.

G) Evacuação e Repatriamento

1. Nos termos desta Condição Especial, a Seguradora garante, até aos limites e nos termos estabelecidos nas Condições Particulares, o pagamento das despesas efectuadas pela Pessoa Segura associadas a acções de evacuação e repatriamento em consequência de sinistro garantido pelo presente Contrato, nela se incluindo:
 - a. Transporte aéreo e/ou por terra até ao hospital adequado mais próximo;
 - b. Repatriamento e/ou evacuação quando clinicamente apropriado em caso de emergências médicas críticas;
 - c. Ambulância aérea, voo fretado, ou linhas aéreas regulares;
 - d. Médicos e Paramédicos bem treinados e equipados para prestarem assistência durante a evacuação ou repatriamento;
 - e. Centro de assistência de emergência 24 horas por dia/365 dias por ano;

- f. Conselhos médicos por telefone;
- g. Encaminhamento para provedor de serviços médicos;
- h. Agendamento de consultas médicas;
- i. Agendamento de admissões em hospitais;
- j. Acompanhamento do estado de saúde quando hospitalizado;
- k. Despesas adicionais de viagem e acomodação;
- l. Evacuação dentro de Angola;
- m. Evacuação para o estrangeiro desde que tratamento não disponível em Angola;
- n. Garantias de pagamento hospitalar.

H) Repatriamento de Restos Mortais

1. Nos termos desta Condição Especial, a Seguradora garante, até aos limites e nos termos estabelecidos nas Condições Particulares, o pagamento das despesas efectuadas pela Pessoa Segura associadas a acções de repatriamento de restos mortais em consequência de sinistro garantido pelo presente Contrato, nela se incluindo:
 - a. Repatriamento de restos mortais ou funeral local se a morte tiver lugar fora do país de origem da apólice e que decorram de internamento hospitalar;
 - b. Despesa de funeral com sublimite.

Proteja Seguros, S.A.

NIF: 5417166103 **Capital Social:** AOA1.000.000.000,00 (1 Bilião de Kwanzas)
Nº de Registo Comercial: Nº 0037-11/110110 **Certificado de Licença:** Nº13/ISS/MF/12
Morada: Rua José Pedro Tuca, Nº32, Bairro dos Coqueiros, Luanda, Angola
Contactos: +244 933100149/+244914475082 **Email:** geral@protejaseguros.co.ao
Web: www.protejaseguros.co.ao