



CONDIÇÕES GERAIS E ESPECIAIS DE SAÚDE



Protteja[®]
Seguros, S.A.

ÍNDICE

Artigo 1º - Definições	3
Artigo 2º - Objecto do Contrato	8
Artigo 3º - Tipos de Seguro	10
Artigo 4º-Base do Contrato	10
Artigo 5º - Declaração Inicial do Risco	11
Artigo 6º - Garantias do Contrato	11
Artigo 7º - Regime de Prestações	11
Artigo 8º - Cartão Protteja Saúde	13
Artigo 9º - Determinação dos Limites de Capital Seguro	13
Artigo 10º - Âmbito Territorial e Temporal	14
Artigo 11º - Exclusões	14
Artigo 12º - Início do Contrato	19
Artigo 13º - Condições de Elegibilidade	20
Artigo 14º - Duração e Caducidade do Contrato	21
Artigo 15º - Denúncia do Contrato	22
Artigo 16º - Responsabilidade da Seguradora em caso de não Renovação do Contrato	22
Artigo 17º - Alteração ao Contrato	22
Artigo 18º - Direito de Livre Resolução	24
Artigo 19º - Resolução do Contrato e Exclusão da Pessoa Segura	24
Artigo 20º - Anulabilidade do Contrato	25
Artigo 21º - Início das Garantias	26
Artigo 22º - Cessação das Garantias	27
Artigo 23º - Suspensão das Garantias	27
Artigo 24º - Actualização do Capital e Prémio	27
Artigo 25º - Pagamento dos Prémios	28
Artigo 26º-Estorno do Prémio	29
Artigo 27º - Alteração do Prémio	29
Artigo 28º - Obrigações do Tomador do Seguro e do Segurado	30
Artigo 29º - Obrigações da Seguradora	32
Artigo 30º - Determinação do Valor da Indeminização	33

CONDIÇÕES GERAIS

ARTIGO PRELIMINAR

1. 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 o qual se baseia na documentação clínica disponibilizada e nas declarações do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura sobre o risco e que se regula pelo estipulado nas Condições Gerais, nas Condições Especiais contratadas, nas Condições Particulares, bem como nas Actas Adicionais que titulem modificações ao contrato e, ainda, pelo previsto nas disposições legais aplicáveis quando o regime convencional seja omissivo.
2. A individualização do contrato é feita nas Condições Particulares, com, entre outros, a identificação das partes, a indicação do respectivo domicílio, dos dados do segurado, dos riscos cobertos e prestações garantidas, do capital seguro, da data de início de vigência do contrato e das coberturas, da sua duração, bem como do prémio ou da respectiva fórmula de cálculo e, justificando-se, dos dados do representante da Seguradora para efeito de sinistros ou, se for o caso, do gestor da rede de prestadores que tenham a seu cargo a realização de prestações.
3. O contrato visa cobrir, nos termos, condições e limites convencionados, riscos relacionados com a prestação de cuidados de saúde, sejam eles emergentes de doença ou de acidente. O contrato pode, ainda, prever a cobertura de serviços de assistência relacionados com a ocorrência de acidente que envolva a pessoa segura ou com doença desta.
4. As coberturas podem ser contratadas uma a uma, ou agrupadas em módulos, consoante a solução de comercialização adoptada pela Seguradora.
5. Hipotéticas situações de conflito ou divergência entre cláusulas potencialmente invocáveis são reguláveis ou ultrapassáveis, a menos que do texto das disposições em causa resulte solução diversa, em obediência às seguintes regras:
 - a. O convencionado nas Condições Particulares, ou em actas adicionais, prevalece sempre sobre o previsto em qualquer das Condições de outro tipo, sejam Condições Gerais ou Condições Especiais, quando conflituem;
 - b. O estatuído nas Condições Especiais que venham a ser contratadas também prevalece sobre o disposto nas Condições Gerais, se e na medida em que conflituem.

CAPÍTULO I

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

Artigo 1º - Definições

Para efeitos do presente Contrato entende-se por:

Acesso à Rede: Disponibilização de serviços de cuidados de saúde, garantidos pelo presente contrato, executados por prestadores da(s) rede(s), aos quais a pessoa segura tem acesso, suportando na totalidade os respectivos custos, nos termos do disposto nas condições particulares.

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

Acta Adicional: Documento que formaliza uma alteração na Apólice.

Agregado Familiar: Conjunto de pessoas que vivem, com carácter de permanência, em comunhão com a pessoa segura, economicamente dependentes desta e que sejam, cônjuge ou filhos, enteados e adoptados (incluindo os de "criação"), que, à data da inscrição ou renovação da apólice, não poderão ter mais de 18 anos (ou 24 anos desde que possa provar que o(a) filho(a) ou enteado(a) esteja a dar continuidade à sua educação a tempo inteiro).

Para este efeito, consideram-se situações equiparadas: a união de facto e o casamento; os filhos e os enteados; os adoptados propriamente ditos e os adoptados de "criação".

O cônjuge legalmente separado não é considerado, para este efeito, membro do agregado familiar.

Os filhos, enteados ou adoptados, incluindo os de "criação", só se consideram, para este efeito, membros do agregado familiar seguro até aos 18 ou 24 anos à data do início ou da última renovação da cobertura, consoante não se encontrem, ou se encontrem, a frequentar nessa data, a tempo inteiro, acção no sistema educativo ou formativo. Consoante a sua situação, deixam de poder fazer parte do universo segurável se tiverem idade superior às indicadas, nas referidas datas.

Alojamento Colectivo: Acomodação temporária em que o sinistrado se instale para tratamento de acidentes ou doenças cobertas pela apólice de seguro, sem que este detenha o direito de uso individual.

Alojamento Privativo: Acomodação temporária de uso exclusivo do sinistrado para efeitos de tratamento de acidentes ou doenças cobertas pela apólice de seguro.

Ambiente hospitalar: Conjunto de meios e recursos humanos, técnicos, tecnológicos e de infra- estruturas, especializados e diferenciados, típicos de uma unidade hospitalar, e que permitem a prática, com segurança e qualidade, de actos de diagnóstico e de tratamento de perturbações do estado de saúde de uma pessoa que, pela sua gravidade, se mostrem susceptíveis de pôr em causa a integridade física ou a vida desta.

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.

Apólice Aberta: Apólice de seguro de grupo em que o número de pessoas a segurar é variável. Inicia- se com o mínimo de adesões definido, ocorrendo durante a vigência do contrato as inclusões e exclusões solicitadas pelo Tomador do Seguro. O contrato vigora enquanto o número de adesões justificar, a exclusivo critério da seguradora, a sua existência.

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

Boletim De Adesão: Documento onde constam informações que dizem respeito à Pessoa Segura e elementos relativos à sua identificação, assim como a sua manifestação de adesão à apólice.

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.

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.

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.

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

Condições Especiais: Disposições que complementam, especificam e esclarecem as Condições Gerais, são de aplicação generalizada a determinadas coberturas, quando contratadas, prevalecendo sobre as condições gerais na interpretação dos termos contratuais.

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

Condições Particulares: Disposições onde se encontram os elementos específicos e individuais de cada Contrato, servindo para que o mesmo seja adaptado a um caso particular.

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

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.

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

Doença crónica: doença de progressão lenta que pode causar danos irreversíveis à saúde, como por exemplo problemas cardiovasculares, câncer, diabetes, entre outros casos medicamente comprovados.

Doença ou Lesão Pré-existente: doença que, antes do início de vigência do seguro:

- a. Já havia sido diagnosticada, ainda que provisoriamente; ou,
- b. Relativamente à qual a pessoa já havia recebido tratamento ou terapia, ou havia sido objecto de investigação clínica; ou,
- c. Pela evidência dos sintomas, a pessoa segura não poderia ignorar a sua existência.

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 de forma inesperada e aguda, que implica risco de morte ou perda funcional para a Pessoa Segura, necessitando de assistência médica imediata em ambiente hospitalar.

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.

Estorno: Devolução ao Tomador do Seguro ou à Pessoa Segura, consoante o caso, de parte do prémio de seguro já pago.

Franquia: Valor da despesa realizada ou de perda que, em caso de sinistro, fica a cargo da Pessoa Segura ou do Tomador do Seguro, cujo montante, período ou forma de cálculo, consta das condições particulares ou especiais da cobertura.

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

Medicamento de venda livre: são medicamentos destinados ao tratamento ou prevenção de certas doenças que, por não requererem cuidados médicos especiais, dispensa-se a receita ou prescrição médica na sua aquisição.

Médico: Licenciado por uma Faculdade de Medicina, legalmente autorizado a exercer a profissão e cuja especialidade e inscrição sejam reconhecidas pela Ordem dos Médicos, bem como pelas entidades congéneres nos países onde exerçam a atividade.

Ortótese e Prótese: 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.

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: Espaço de tempo que medeia entre a data de início da cobertura ou de efeito da adesão da pessoa segura e a data a partir da qual esta tem direito a accionar a cobertura, na globalidade, ou relativamente a certas patologias, conforme definido nas condições especiais ou particulares.

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

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

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.

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.

Rede de Prestadores: Conjunto de prestadores de cuidados de saúde que integram a rede da Seguradora, 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.

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

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.

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

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.

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

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

Unidade Hospitalar: Estabelecimento legalmente autorizado a prestar serviços de cuidados de saúde, dispondo de assistência médica, cirúrgica e de enfermagem permanente, abrangendo entidades com internamento e sala de recobro

Artigo 2º - Objecto do Contrato

1. Pelo presente Contrato, a Seguradora garante as despesas resultantes 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, nas coberturas expressamente contratadas com os limites nestas 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.
3. Sem prejuízo do disposto no número anterior, desde que acordado e estipulado na Apólice, poderá ser garantido o reembolso das seguintes despesas médicas ou de medicamentos:
- a. Taxas moderadoras;
 - b. Parte remanescente e não comparticipada pelas entidades referidas no número 2 deste artigo, não podendo, em caso algum, este valor ser superior ao montante global da despesa incorrida, ou a incorrer, pela Pessoa Segura.
4. As coberturas base do contrato são as de prestação de cuidados em ambiente hospitalar (Hospitalização) e as de prestação de cuidados em regime de ambulatório (Ambulatório), cuja delimitação precisa e regras específicas constam das Condições Especiais e do que vier a ser estabelecido nas Condições Particulares.
5. Adicionalmente, podem, ainda, ser conferidas, mediante expressa contratação, as seguintes coberturas, também reguláveis pelo disposto nas respectivas Condições Especiais e nas Condições Particulares:
- a. Parto normal, cesariana e interrupção involuntária da gravidez;
 - b. Estomatologia;
 - c. Óculos e Outras Próteses e Ortóteses;
 - d. Evacuação Médica de Emergência;
 - e. Despesas de Funeral;
 - f. Condição Médica Crónica
6. Das Condições Particulares, da Tabela de Benefícios Anexo às mesmas, ou do Certificado de Seguro, constam especificadamente: as coberturas contratadas e o tipo de prestações garantidas, bem como, relativamente a cada uma, início e duração, capitais seguros por anuidade e, sendo o caso, períodos de carência, co-pagamentos, eventuais franquias, taxas de comparticipação e outros limites das prestações.

Artigo 3º - Tipos de Seguro

1. O contrato pode cobrir riscos relacionados com a prestação de cuidados de saúde de:
 - a. Uma só pessoa;
 - b. Mais do que uma pessoa, se membros de um agregado familiar (conforme definição constante do artigo 1º);
 - c. De um conjunto ou grupo de pessoas ligadas ao Tomador do Seguro por um vínculo que não seja o de segurar.
2. Os seguros a que se referem a) e b) do número anterior consideram-se seguros individuais e os referidos em c) seguros de grupo.
3. Os seguros de grupo podem abranger como pessoas seguras não só as pessoas ligadas ao tomador do seguro por vínculo diverso do de segurar como, também, membros do agregado familiar daquele, se tal for convencionado.
4. Os seguros de grupo podem ser totais ou parcialmente contributivos, ou não contributivos.
5. São considerados contributivos os seguros em que os aderentes ou pessoas seguras suportam, total ou parcialmente, nos termos convencionados, o prémio que lhes corresponda ou que corresponda ao seu agregado familiar.
6. O prémio, nos seguros de grupo não contributivos, é sempre devido e pago pelo Tomador do Seguro.
7. Salvo em convenção expressa em contrário, quer nos seguros de grupo, quer nos seguros individuais que visem cobrir elementos de um agregado familiar, a cobertura de cada pessoa depende de decisão individualizada de aceitação da seguradora sobre o respectivo pedido de adesão.
8. Sob pena de responder pelos danos a que dê causa, o Tomador do Seguro fica obrigado a prestar informação aos membros do seu agregado familiar e, no caso do seguro de grupo, aos aderentes e restantes pessoas seguras sobre as coberturas contratadas, suas exclusões ou limites, obrigações em caso de sinistro, bem como sobre alterações ao contrato, podendo, porém, ser acordado nos seguros de grupo, por convenção expressa a constar das condições particulares, que tais informações sejam feitas directamente pela seguradora ou na base de espécime por ela elaborado.

Artigo 4º-Base do Contrato

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 5º - 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 ou negligente do disposto no nº 1, a Seguradora pode optar pela cessação ou alteração do Contrato, podendo igualmente ser reduzido, cabendo à Pessoa Segura ou ao Segurado a prova da ausência de má-fé, nos termos e com as consequências previstas na lei.
4. Quando a detecção de omissões ou declarações inexactas meramente negligentes apenas ocorra no momento do sinistro ou posteriormente a este, a indemnização devida é reduzida na proporção do prémio pago e do que deveria ter sido, caso o risco tivesse sido correctamente declarado.
5. Se, no acto de preenchimento do formulário de adesão, o Tomador do Seguro ou a Pessoa Segura declararem que esta é portadora de doença pré-existente, pode ser assegurado ou coberta a respectiva doença, mediante pagamento de prémio específico, cujo pressuposto terá por base a análise de risco e menção nas condições especiais.

Artigo 6º - Garantias do Contrato

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 7º - Regime de Prestações

1. 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:

- a. Prestações Convencionadas;
- b. Prestações por reembolso;
- c. Acesso aos serviços de Saúde / Assistência.

2. 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. A Pessoa Segura que pretenda accionar a garantia de prestações na rede tem o direito a escolher um médico ou prestador da rede Protteja, podendo consultar, para o efeito, a Seguradora, por telefone ou dirigir-se directamente a um médico ou a um prestador que escolha e que faça parte da rede para o serviço requerido;
- d. Nos contactos com a Seguradora ou com o médico ou prestador escolhido, a Pessoa Segura deve sempre identificar-se devidamente e exibir documentação comprovativa da qualidade de Pessoa Segura, apresentando o cartão Protteja Saúde e prestando, com verdade, toda a informação adequada, quer sobre o seu estado de saúde, quer sobre as condições de acesso às prestações, e, quando necessário, deve, ainda:
 - i. Promover, directamente ou através do médico assistente, a obtenção de autorização prévia, ou referenciação, quando constituam, nos termos previstos no contrato, requisitos do financiamento directo ao prestador dos custos do acto requerido ou serviço prestado;
- e. Requer a pré-autorização nos casos em que o acesso a determinados serviços da rede de prestadores assim o exija. Sendo que 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 por reembolso.

3. Regime de Prestações por reembolso:

- 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. Outras 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;
- iii. Neste regime, a Seguradora pode garantir a atribuição de um valor de subsídio nos termos fixados nas respectivas Condições Especiais e Particulares.

4. Regime de Prestações de Acesso aos Serviços de Saúde:

- a. Este regime de prestações encontra-se descrito nas Condições Especiais e Particulares.

Artigo 8º - Cartão Protteja Saúde

1. Confirmada a aceitação do seguro ou da adesão, a Seguradora emite, em nome da Pessoa Segura, um cartão pessoal e intransmissível, denominado Cartão Protteja Saúde, que, conjuntamente com um documento de identificação da Pessoa Segura com fotografia, permite a esta identificar-se como beneficiário de um seguro de saúde ao pretender aceder a garantias por este conferidos.
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.
3. O uso indevido do cartão pela Pessoa Segura ou com a sua cumplicidade fica sujeito:
 - a. A redução da prestação da Seguradora, atendendo-se ao dano que o incumprimento lhe cause;
 - b. A perda da cobertura, se houver incumprimento de má-fé e o dano for significativo.

Artigo 9º - 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 10º - Âmbito Territorial e Temporal

1. Salvo convenção em sentido diverso, as coberturas contratadas ao abrigo do presente contrato, quer as coberturas base quer qualquer outra adicional expressamente contratada, a menos que do seu próprio texto e natureza resulte solução diferente, apenas abrangem (sem prejuízo de outros limites ou de exclusões aplicáveis):

- a. Eventos ocorridos e doenças manifestadas durante o período de vigência do contrato, adesão ou cobertura e cujas prestações de cuidados ou de assistência se tenham realizado nesse período.
- b. Prestações de cuidados e de serviços no território de Angola ou em território em que a pessoa segura tenha residência habitual, indicado no contrato, podendo algumas coberturas serem extensivas a Espanha ou Portugal, ou a outro país, com prévia autorização da Seguradora, salvo se resultantes de acidente ou de situação de urgência inadiável, devidamente comprovados por relatório médico circunstanciado, ou tiver sido contratada cobertura que preveja, de modo expresso, a realização de prestações no estrangeiro ou em país fora da área territorial do contrato.

2. Pode ser convencionada a cobertura de doenças anteriores, com ou sem período de carência, bem como, em caso de cessação do contrato, da adesão ou da cobertura, a abrangência de despesas a realizar posteriormente àquela, até aos limites do capital disponível nessa data.

Artigo 11º - Exclusões

1. Salvo convenção expressa nas Condições Particulares, quer nas coberturas base, quer nas coberturas a contratar adicionalmente a esta, não serão comparticipadas as despesas resultantes de:
 - a. Actos realizados ou prescritos por Médicos e outros profissionais de saúde que sejam cônjuge, pais, filhos ou irmãos da Pessoa Segura, bem como pela Pessoa Segura a si própria enquanto Médico ou profissional de saúde, incluindo iatrogenia;
 - b. Alcoolismo e tratamentos relativos à toxicodependência, bem como todas as doenças ou lesões adquiridas pela Pessoa Segura por ter agido sob

- influência de álcool, estupefacientes, outras drogas ou produtos tóxicos, quando não prescritos por receita médica;
- c. Consultas ou exames médicos que sejam necessários para a emissão de atestados, declarações, certificados ou informação de qualquer tipo de documento que não tenha fins assistenciais ou terapêuticos;
 - d. Tratamentos relacionados, directa ou indirectamente, com infecção por vírus da hepatite, exceptuando os resultantes da hepatite A;
 - e. 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;
 - f. Doenças ou lesões resultantes dos efeitos da radioactividade e doenças epidémicas oficialmente declaradas;
 - g. Curas de repouso, convalescença, tratamentos termais e consultas, exames ou tratamentos de emagrecimento, incluindo os relativos à obesidade mórbida e rejuvenescimento;
 - h. Cirurgias electivas/voluntárias e/ou plásticas/estéticas e o tratamento das respectivas consequências, excepto se resultarem de doença manifestada ou acidente ocorrido na vigência do Contrato do qual tenha originado um prévio accionamento das garantias da Apólice;
 - i. Consultas e tratamentos de beleza, tratamentos para o envelhecimento, perda de peso e respectivas consequências;
 - j. Checkup e exames gerais de rotina, excepto se contratada a cobertura Medicina preventiva
 - k. Doenças sexualmente transmissíveis, como, entre outras, Sida e suas implicações e/ou doenças dela resultantes ou do seu tratamento, incluindo a doença conhecida como "Kaposi Sarcoma", bem como hepatites virais e suas consequências;
 - l. Queimaduras por exposição solar ou por utilização de solários, câmaras solares ou semelhantes e suas consequências;
 - m. Tratamentos, cirúrgicos ou outros, considerados experimentais ou de investigação;
 - n. Internamentos com o propósito de receber tratamentos de Fisioterapia;

- o. Assistência e tratamento hospitalar por razões de carácter social;
- p. Internamentos com o propósito de obter cuidados paliativos a longo prazo;
- q. Quando a hospitalização tenha por objeto principal o diagnóstico, análises, radiografias ou radioscopia, excepto quando em consequência do referido diagnóstico e de posterior avaliação médica (relatório) a Pessoa Segura tenha necessidade de ficar internada;
- s. Pandemia e Endemia;
- t. Quaisquer despesas associadas a verificações, estudos, tratamentos, consultas e complicações relacionados com esterilidade, esterilização, qualquer método de fecundação artificial, distúrbios sexuais, contraceção, incluindo a colocação e remoção de dispositivos de contraceção, controlo de natalidade e planeamento familiar, aborto e situações clínicas dele decorrentes, excepto no caso de um aborto justificado em termos clínicos, em conformidade com a legislação local;
- u. Tratamentos refractivos à miopia, astigmatismo e hipermetropia (cirúrgica ou laser) para situações com menos de quatro dioptrias;
- v. Acidentes resultantes de crimes ou actos dolosos praticados pela ou contra a Pessoa Segura, intervenção voluntária em duelos ou rixas, apostas ou desafios, bem como de tentativa de suicídio ou automutilação;
- w. Acto voluntário e intencional do Tomador do Seguro, da Pessoa Segura sobre si própria, de pessoa a pedido ou a mando da Pessoa Segura, de pessoa por quem a Pessoa Segura seja civilmente responsável, de pessoa de quem a Pessoa Segura dependa civilmente e que vise causar morte, lesão corporal ou doença da Pessoa Segura, bem como acto da mesma natureza de qualquer pessoa que procure, a qualquer título, obter benefício do facto danoso.
- x. 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; prática de desportos de competição, como amador ou profissional, mesmo nos treinos;
- y. Acidentes ocorridos na prática de ski e outros desportos de neve, ski aquático, mergulho e caça submarina, artes marciais, desportos de combate, espeleologia, paraquedismo, parapente, tauromaquia, escalada, rappel, alpinismo e outros desportos radicais ou analogamente perigosos;
- z. 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;

- aa. 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;
- bb. Acidentes ou doenças abrangidas por seguro obrigatório, designadamente acidente de viação, acidente de trabalho e doença profissional.
- cc. Despesas com deslocações e alojamento em Angola e no estrangeiro sem o prévio conhecimento da Seguradora;
- dd. Tratamentos de hemodiálise, salvo quando tenha sido contratada a cobertura de Condição Médica Crónica;
- ee. Transplante de órgãos e suas implicações, excepto quanto o contrário for expressamente contratado e expressamente aceites pela Seguradora;
- ff. Despesas de natureza particular com a aquisição ou uso de artigos pessoais e de conforto (telefone, TV, despesas de bar e refeições), bem como as demais despesas com a estadia de acompanhantes da Pessoa Segura;
- gg. Tratamentos de enfermagem privados e/ou prestados no domicílio, bem como a realização domiciliária de quaisquer exames ou tratamentos (incluindo a fisioterapia);
- hh. Tratamentos termais e estadias em termas, sanatórios, lares, residências assistidas, casas de repouso, convalescença e cuidados continuados, centros de tratamento de toxicodependência e/ou alcoolismo e outros estabelecimentos similares;

2. Ficam igualmente excluídas as despesas resultantes de:

- a. Explosão, libertação de calor e irradiações provenientes de cisão de átomos ou radioactivas e, ainda, os decorrentes, directa ou indirectamente, de radiações provocadas por aceleração artificial de partículas, radiação ou contaminação ionizante, combustão ou radioactividade de qualquer combustível nuclear ou de quaisquer resíduos nucleares, ou de armas nucleares. Esta exclusão não abarca efeitos da radiação implícita num tratamento clínico;
- b. Tratamentos realizados em estabelecimentos não autorizados a prestar cuidados de saúde;
- c. Serviços prestados por médicos não autorizados ou que não exerçam a profissão em conformidade com as regulamentações aplicáveis ou por enfermeiros privativos;
- d. Todas as formas de tratamentos experimentais ou de tratamentos não controlados, que não sigam a prática médica tradicional, habitual e comumente aceite, excepto se realizados com acordo explícito da Seguradora;
- e. Serviços que não sejam clinicamente necessários, face ao quadro clínico da Pessoa Segura e de acordo com os protocolos e padrões reconhecidos pela comunidade

médica.

- f. Condições de saúde resultantes de revolução, rebelião, insurreição, levantamento militar ou popular, acto de poder militar, perturbação da ordem pública que possa dar causa a proclamação ou manutenção de estado de sítio ou da lei marcial e, ainda, qualquer acto ou actividade que vise provocar ou induzir a ocorrência de algum dos referidos eventos;
- g. Condições de saúde resultantes de guerra, declarada ou não, guerra civil, acto de inimigo estrangeiro, hostilidades, operações bélicas e invasão por forças estrangeiras;
- h. Aquisição ou uso de artigos de conforto de saúde ou de equipamentos médicos geralmente disponíveis para a residência, incluindo, mas não se limitando, a dispositivos de medição da tensão arterial, termómetros, inaladores, lâmpadas solares, dispositivos de massagem, almofadas térmicas, almofadas de frio, programas de software, material de apoio para cama ou material de aprendizagem;
- i. Tratamentos de reabilitação ou de fisioterapia, salvo se prescritos por médico;
- j. Acidentes ocorridos ou doenças ou deformações manifestadas antes da data de início da cobertura (acidentes ou doenças pré-existentes) e não objecto de declaração à Seguradora;
- k. Tratamentos ou assistência prestada fora do período de vigência da cobertura e/ou de território não abrangido pelo seguro ou, em geral, em circunstâncias em que a cobertura não seja eficaz, bem como doenças pré-existentes e /ou doenças crónicas diagnosticada e declarada antes do início da cobertura;
- l. Todas as operações ou tratamentos relacionados com uma mudança de sexo;
- m. Tratamentos de spa, bem como quaisquer despesas de transporte e alojamento;
- n. Estadia num centro de talassoterapia e/ou centro de fitness, mesmo que a estadia tenha sido prescrita por um médico;
- o. Estadia num centro de repouso e de convalescença, excepto se a estadia tiver lugar imediatamente a seguir a uma hospitalização ou cirurgia maior, conforme avaliação e prescrição pelo médico da Seguradora;
- p. Consultas de ambulatório de psicoterapia, psicanálise e tratamentos relacionados, salvo se objecto de cobertura expressa;
- r. Tratamentos e consultas relacionadas com perda ou implante capilar ou complicações associadas, excepto se derivados de doença grave;
- s. Aquisição de medicamentos não sujeitos nem prescritos na receita médica e produtos não médicos comuns, como álcool, algodão, loção solar, produtos de higiene dentária, absorventes, champôs, vitaminas (salvo se mediante prescrição médica), suplementos, lavagens nasal, hidratantes, cremes de mãos, medicamentos dietéticos ou homeopáticos, produtos naturais, anti-conceptivos, medicamentos para disfunção

sexual ou infertilidade, estimulantes ou inibidores de apetite, medicamentos para emagrecimento ou tratamento da obesidade, etc.

- t. De lesões, doenças ou complicações originadas pela recusa ou inobservância de tratamentos prescritos pelo médico assistente;
- u. Transplantes e implantes, nomeadamente implantes do foro estomatológico;
- v. Evento ocasionado por actuação da Pessoa Segura sob o efeito do álcool;
- w. Utilização abusiva de medicamentos;
- x. Doenças crónicas e suas complicações, salvo se comunicadas à Seguradora no questionário, antes da vigência da apólice e mediante inclusão do segurado no programa de acompanhamento de doenças crónicas.

3. Sem prejuízo do disposto anteriormente, em situações não cobertas pela apólice, o procedimento clínico ou a continuidade do tratamento só é permitida se o Tomador de Seguro assumir a responsabilidade em ressarcir a Seguradora pelos custos inerentes ao evento, mediante Termo de Compromisso.

CAPÍTULO II

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

Artigo 12º - 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.
2. 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.
3. A proposta, no seguro individual, considera-se aceite no décimo quarto dia a contar da data da sua recepção pela 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, ficando neste caso dependente do envio e análise dos elementos solicitados, sendo que a aceitação será confirmada pela Seguradora por meio da emissão do Cartão Protteja Saúde.

Artigo 13º - Condições de Elegibilidade

1. Só podem ser admitidos os candidatos a Pessoa Segura aqueles cuja idade respeite o limite definido para a subscrição (65 anos).
2. No início do Contrato e no acto 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.
3. 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.
4. A Seguradora tem, ainda, face às respostas ao questionário clínico, o direito de solicitar ao Tomador do Seguro ou à pessoa a segurar:
 - a. Informações adicionais sobre o estado de saúde da pessoa a segurar;
 - b. Disponibilização de documentação clínica de que a pessoa a segurar disponha e que permita clarificar a sua situação de saúde;
 - c. A realização de exames médicos complementares.
5. O pedido de realização de exames deve explicitar a identificação da Pessoa Segura, descrição clara do exame, produto ou serviço a ser realizado, descrição clara do diagnóstico ou código internacional da doença, sem prejuízo de outras informações como as entidades aptas a realizá-los e o regime de custeamento das respectivas despesas;
6. A Seguradora informa, ainda, a Pessoa Segura da identificação da pessoa ou serviço à qual devam ser enviados os resultados dos exames realizados.
7. 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 presente contrato relativamente ao início das garantias destas Condições Gerais.
8. Nos seguros de grupo, apenas são seguráveis pessoas que, além de reunirem os requisitos dos números anteriores, tenham com o Tomador do Seguro um vínculo, identificado no contrato, diverso do relacionado com a celebração deste, além de, quando convencionado, familiares daqueles.
9. A Seguradora tem, em qualquer caso, o direito de recusar celebrar contrato de seguro de saúde, de não aceitar a inclusão ou a adesão a um seguro, ou de propor

exclusões ou limites específicos de cobertura em relação a um candidato a Pessoa Segura, com fundamento objectivo.

10. Os critérios de recusa, ou de aceitação condicionada ou com limites, baseiam-se em práticas e técnicas de avaliação e de aceitação de riscos, típicas da profissão de segurador, assentes em dados médicos, estatísticos e actuais, rigorosos e relevantes, tendo, ainda, em conta a natureza dos riscos a segurar e a capacidade da seguradora, própria ou de resseguro, para os assumir.

11. O Tomador do Seguro e o Beneficiário concordam e autorizam a qualquer instituição de saúde, que detenha a autoridade no tratamento médico de qualquer circunstância de saúde da Pessoa Segura, a facultar todas as informações clínicas necessárias para a correcta averiguação das coberturas contratadas.

Artigo 14º - Duração e Caducidade do Contrato

1. O contrato de seguro pode ser celebrado por um período de tempo certo e determinado, ou por um ano ou mais anos a continuar pelos seguintes, sendo a duração prevista nas Condições Particulares, com termo às 24 horas da data estipulada (dia do vencimento).

2. Na ausência de estipulação de qualquer período de duração, entende-se que o contrato é celebrado pelo período de um ano.

3. 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 da anuidade subsequente ou da primeira fracção deste.

4. Sem prejuízo da responsabilidade da Seguradora em caso de não renovação do contrato, 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.

5. Cada uma das adesões caduca automaticamente:

a. Para todas as pessoas do Agregado Familiar na data em que o Titular deixe de reunir as condições que lhe permitiram integrar o grupo seguro;

b. No termo da anuidade em que a Pessoa Segura completar a idade limite estabelecida pelo Segurador nas Condições Particulares;

c. No termo da anuidade em que a Pessoa Segura deixe de fazer parte do Agregado Familiar;

- d. Quando uma Pessoa Segura, aderente a um seguro de grupo, perca a qualidade de membro desse grupo;
 - e. Por morte da Pessoa Segura.
6. A cessação do contrato, por decurso do período de tempo pelo qual foi celebrado, ou por oposição à prorrogação ou renovação, faz também cessar automaticamente, às 24 horas da data em que ocorra ou deva produzir efeitos, as adesões aceites e coberturas conferidas.

Artigo 15º - Denúncia do Contrato

- 1. O Contrato pode ser denunciado por qualquer das partes com antecedência mínima de 30 dias relativamente à data de renovação.
- 2. O prémio a devolver pela PROTTEJA em caso de denúncia do Contrato será correspondente a 75% do prémio simples do período não decorrido, quando a iniciativa de denúncia recai sobre a Protteja Seguros, e 50% do prémio simples correspondente ao período não decorrido, quando a iniciativa de denúncia recai ao Tomador do Seguro.

Artigo 16º - Responsabilidade da Seguradora em caso de não Renovação do Contrato

- 1. Em caso de não renovação do Contrato ou da adesão da Pessoa Segura, tratando-se de seguro de grupo, a Seguradora fica, pelo período de 3 meses ou até que se mostre esgotado o capital seguro disponível na anuidade em que o Contrato ou adesão 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 e desde que as pessoas seguras não passem a estar cobertas por outro 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.
- 3. Em caso de não renovação do contrato ou da cobertura, as autorizações emitidas e ainda não utilizadas caducam automaticamente na data do termo do mesmo, sem prejuízo do estabelecido nos números anteriores do presente artigo.

Artigo 17º - 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. O universo de Pessoas Seguras ao abrigo de contrato de seguro de grupo ou de seguro de agregado familiar pode, por vicissitudes da vida das pessoas, sofrer alterações no decurso de uma anuidade, verificando-se novas adesões ou exclusões;

b. A adesão de cada Pessoa Segura que preencha as condições de elegibilidade fixadas só terá efeito na data da sua aceitação pela Seguradora.

c. A inclusão das pessoas no Seguro verifica-se na data indicada à Seguradora, não podendo esta data ser anterior ao início do Seguro.

d. A inclusão do agregado familiar num seguro de grupo contributivo deverá processar-se de acordo com as seguintes regras:

i. O agregado familiar deverá ser incluído na totalidade ou segundo um critério objetivo e verificável pela SEGURADORA, excepto se algum dos seus elementos possuir outro seguro de saúde cobrindo despesas de natureza idêntica;

ii. O agregado familiar deverá ser incluído conjuntamente com o empregado ou na data em que os seus elementos passem a estar abrangidos pela definição de pessoa segura (casos de nascimento, casamento ou união de acto). Nestes casos existe um período de 90 dias para comunicar à SEGURADORA a nova inclusão.

iii. As inclusões e reentradas em data posterior apenas podem ser feitas na data de renovação do contrato e ficam sujeitas, para além da aceitação e apreciação de questionário clínico, a um período de carência definidos para cada uma das garantias abrangidas pelo contrato;

iv. As exclusões de elementos do Agregado Familiar podem ser solicitadas durante a anuidade, no entanto só produzirão efeito na data de renovação do contrato, salvo em caso de falecimento da pessoa segura, situações de divórcio ou por saída do empregado.

e. No caso de ocorrer uma exclusão a Seguradora procederá ao estorno do prémio pago relativo ao período não decorrido, salvo se a pessoa a excluir não tiver usufruído das garantias do contrato na anuidade em causa;

f. 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;

g. Uma nova adesão a um seguro de grupo ou a um seguro de um agregado familiar preexistente rege-se, com as devidas adaptações, pelo disposto nos artigos anteriores deste capítulo, sendo o prémio devido, em relação a cada uma, calculado numa base de pro rata temporis até ao termo da anuidade em curso, garantindo-se, assim, o acerto das datas de vencimento/renovação de todas.

Artigo 18º - Direito de Livre Resolução

1. O Tomador do Seguro, que seja pessoa singular, tem direito a resolver, sem invocar causa, seguro individual que tenha contratado com duração igual ou superior a 6 meses, nos 30 dias imediatamente posteriores à recepção da apólice, de certificado de seguro, ou de documentação que contenha toda a informação que deva constar da apólice, desde que, até à data do exercício do direito, não tenha beneficiado de, ou accionado, qualquer prestação garantida.

2. O exercício do direito de livre resolução deve ser feito por escrito, em suporte de papel ou noutro suporte duradouro de que fique registo, dirigido à Seguradora.

3. O exercício do direito de livre resolução determina:

a. A cessação do Contrato;

b. A extinção retroactiva de todas as obrigações decorrentes do Contrato, não sendo exigível à Seguradora, ao abrigo do contrato assim resolvido, a realização de qualquer prestação, quer pela Pessoa Segura, quer por pessoa, ou entidade, que àquela tenha prestado cuidados;

c. O direito da Seguradora ao valor do prémio simples calculado pro rata temporis, na medida em que tenha suportado o risco até à resolução do Contrato.

4. A Seguradora, além do direito ao prémio correspondente ao período durante o qual tenha corrido risco, pode exigir o reembolso de despesas em que razoavelmente tenha incorrido no processo de celebração do contrato, designadamente com a realização de testes ou exames médicos à Pessoa Segura.

Artigo 19º - Resolução do Contrato e Exclusão da Pessoa Segura

1. O não pagamento pelo Tomador do Seguro do prémio relativo a uma anuidade subsequente ou da 1ª fracção deste, na data em que é devido, determina a não renovação ou a resolução automática e imediata do Contrato, na data em que o pagamento seja devido.

2. A falta de pagamento de qualquer outra fracção do prémio, na data em que é devida determina a resolução imediata do contrato nessa mesma data.
3. O Tomador do Seguro pode, a todo o tempo, com fundamento na justa causa, nos termos gerais, resolver o Contrato, mediante comunicação por escrito em suporte de papel ou outro meio duradouro disponível e acessível à Seguradora.
4. 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, dirigido ao Tomador do Seguro.
5. É aplicável o disposto no número anterior à não renovação da cobertura relativamente a uma Pessoa Segura.
6. 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.
7. A resolução do Contrato produz efeito às 24 horas do próprio dia em que ocorra.
8. A Pessoa Segura poderá ainda ser excluída quando pratique actos fraudulentos em prejuízo do Segurador ou do Tomador do Seguro.
9. A exclusão da Pessoa Segura prevista no número anterior não tem eficácia retroactiva e deve ser exercida pela Seguradora, com aviso prévio de 8 dias, por declaração escrita.
10. No Seguro de Grupo contributivo a Pessoa Segura poderá ser excluída do seguro quando não entregue ao Tomador do Seguro ou à Seguradora, consoante o que estiver convencionado, a quantia destinada ao pagamento do Prémio, aplicando-se, com as devidas adaptações, as regras sobre a falta de pagamento de Prémios no que respeita à adesão.
11. No caso de ocorrer uma exclusão, a Seguradora procederá ao estorno do prémio simples pago relativo ao período não decorrido, quando em relação às pessoas seguras a excluir não tiver havido activação das garantias deste contrato na anuidade em causa.

Artigo 20º - Anulabilidade do Contrato

1. O 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 intencionalmente, no momento de celebração do Contrato, declarações inexactas, assim como reticências de factos ou circunstâncias conhecidas que podem influenciar a existência ou as 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.

4. Sendo o contrato, ou a adesão, anulável e não tiver sido ainda realizada a prestação, a Seguradora tem o direito de a recusar. Se a Seguradora já tiver realizado a prestação tem o direito a ser reembolsada do que haja despendido.

5. A seguradora tem ainda, quando, o contrato ou a adesão seja, anulável, direito a receber os respectivos prémios vencidos e, em caso de inexactidões ou omissões fraudulentas, com o propósito de obter vantagem, tem o direito a receber o prémio por inteiro até ao termo do contrato, sem prejuízo da invalidade deste ou da adesão.

CAPÍTULO III

Início, Cessação e Suspensão das Garantias

Artigo 21º - Início das Garantias

1. As garantias do contrato entram em vigor após o decurso dos Períodos de Carência, indicados para cada cobertura na Apólice, sendo os mesmos contados a partir da data de adesão de cada Pessoa Segura.

2. Salvo convenção em contrário nas Condições Particulares, em caso de doença, a entrada em vigor das garantias está sujeita a um período de carência de 30 dias;

3. Salvo convenção em contrário nas Condições Particulares, em caso de gravidez/parto, a entrada em vigor das garantias está sujeita a um período de carência de 365 dias;

4. Salvo convenção em contrário nas Condições Particulares, para as situações abaixo indicadas o período de carência será sempre de 365 dias, contados a partir da data de adesão da pessoa segura: a) Intervenção cirúrgica e tratamento às varizes; b) Intervenção cirúrgica a hérnias; c) Litotricia renal e vesicular; d) Hemorroidectomia; e) Intervenção cirúrgica a úlcera gastroduodenal; f) Histerectomia ou qualquer outra doença do foro ginecológico por patologia benigna; g) Mastectomia por patologia benigna; h) Tireoidectomia por patologia benigna; i) Colectomia; j) Todas as despesas, sejam ambulatorias ou com recurso ao internamento, relacionadas com gravidez, parto, cesariana e interrupção involuntária da gravidez; l) Artroscopia, meniscectomia e ligamentoplastia; m) Uvulopalatoplastia; n) Tratamentos refrativos à miopia, astigmatismo, hipermetropia e presbiopia (cirúrgicos ou a laser), para situações em que o equivalente esférico, por olho, é superior a 6 dioptrias; o) Cirurgias a Cataratas e vitrectomias; p) Todas as patologias do foro otorrinolaringologia; q) Prostatectomia

por patologia benigna e demais cirurgias ao aparelho urinário por patologia benigna.

5. Salvo convenção em contrário nas Condições Particulares, em caso de acidente ou doença súbita que implique tratamento hospitalar em regime de internamento ou ambulatorio, não é aplicável período de carência.

Artigo 22º - Cessação das Garantias

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

- a. Na data do vencimento do Contrato;
- b. imediatamente a seguir à data em que perfaça 65 anos de idade, para o titular e cônjuge ou, no caso dos filhos, quando perfaçam os 25 anos de idade.
- c. No momento em que deixe de fazer parte do agregado familiar.
- d. Por morte.

Artigo 23º - 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 IV

Actualização do Capital e Prémio

Artigo 24º - 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 25º - Pagamento dos Prémios

1. A cobertura dos riscos depende do prévio pagamento do prémio.
2. Os prémios são devidos nas datas estabelecidas na Apólice.
3. O prémio ou fracção inicial é devido na data da celebração do Contrato. A falta do seu pagamento, na data de vencimento, determina a resolução automática do Contrato a partir da data da sua celebração.
4. Por acordo entre a Seguradora e o Tomador de seguro, o pagamento do prémio anual pode ser repartido em fracções mensais, trimestrais ou semestrais. A falta de pagamento do prémio de anuidades subsequentes, ou da primeira fracção deste, na data de vencimento, impede a prorrogação do contrato.
5. 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 consequências da falta de pagamento do prémio.
6. Se, porém, tiver sido acordado o pagamento do Prémio em fracções com periodicidade inferior à trimestral, a Seguradora pode optar por não enviar o referido aviso, fazendo, nesse caso, constar de documento contratual as datas de vencimento das fracções, os seus montantes e as consequências da falta de pagamento.
7. Nos termos da lei, na falta de pagamento do prémio na data indicada no aviso previsto no nº5 ou no documento contratual previsto no número anterior, o Contrato é automaticamente resolvido.
8. A falta de pagamento, na data indicada no aviso, de um prémio adicional, desde que este decorra de um pedido do Tomador do Seguro para extensão da garantia, não implicando agravamento do risco inicial, determinará que se mantenham as condições contratuais em vigor anteriormente aquele pedido.
9. Sem prejuízo do disposto no número anterior, se a subsistência do contrato se revelar impossível, considera-se resolvido na data do vencimento do prémio não pago. Caso tenha havido pagamento de algum prémio, há lugar a estorno do prémio relativo ao período do contrato não transcorrido.
10. 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.
11. Nos seguros individuais e nos seguros de grupo não contributivo cabe ao

Tomador do Seguro o pagamento do prémio.

12. Nos seguros de grupo contributivo a Pessoa Segura entrega ao Tomador do Seguro o prémio a seu

cargo, podendo ser, porém, convencionado, em condições particulares, que o pagamento do prémio, ou de parte dele, a cargo da Pessoa Segura seja feito directamente à Seguradora, ou a quem esta indicar.

Artigo 26º-Estorno do Prémio

Quando, por força de alteração ou resolução do contrato, houver lugar, nos termos da Lei, a Estorno ou reembolso do Prémio, este será calculado nos seguintes termos:

- a. Se a iniciativa for da Seguradora, esta devolverá ao Tomador do Seguro uma parte do Prémio, calculado proporcionalmente ao período de tempo não decorrido até à data do vencimento;
- b. Se a iniciativa for do Tomador do Seguro, a Seguradora devolverá ao Tomador do Seguro uma parte do Prémio, calculado proporcionalmente ao período de tempo não decorrido até à data do vencimento, deduzida do custo de emissão da Apólice;
- c. Quando, no decurso de uma mesma anuidade, ocorrer um ou mais sinistros, para efeito de cálculo do Prémio a devolver, atender-se-á apenas à parte do Capital Seguro que exceda o valor global das despesas a cargo da Seguradora.
- d. Existindo sinistralidade relativa às pessoas a excluir, não será processado qualquer estorno.

Artigo 27º - 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. As alterações propostas consideram-se aceites se o Tomador do Seguro ou a Pessoa Segura nada disser, no prazo de 30 dias a contar da data de expedição da comunicação a que se refere o número anterior.
3. Em caso de recusa da proposta ou de não pagamento do prémio correspondente à anuidade seguinte, calculado na base das novas condições, o contrato, a adesão ou a cobertura não se renovam, cessando no termo da anuidade em curso.
4. Nas condições particulares pode ser estabelecida uma cláusula de actualização

anual dos capitais seguros, prêmios, franquias, entre outros, a considerar, automaticamente, sem mais aviso, na data de renovação da apólice.

5. Haverá lugar a alteração automática do prêmio do Contrato, sem necessidade de qualquer aviso prévio, 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.

6. Se for convencionado que o prêmio seja calculado com base num número estimado de pessoas e/ou uma estimada composição etária do grupo a segurar, o Tomador do Seguro deve, logo que possível e, em qualquer caso, imediatamente após a data de termo de cada Período de Vigência do seguro, facultar à Seguradora todos os detalhes e informações sobre o universo de pessoas seguras e o tempo durante o qual beneficiaram da cobertura ao longo da anuidade, de modo a habilitar aquela a calcular definitivamente o prêmio devido relativamente ao período.

7. A eventual diferença apurada é paga pelo, ou ao, Tomador do Seguro ou Pessoa Segura, conforme o caso, nos 30 dias posteriores à expedição da comunicação dos valores apurados pela Seguradora.

8. O Tomador de Seguro ou Pessoa Segura que não pague, na data indicada pela Seguradora, o prêmio devido ao abrigo deste artigo sujeita-se a ver o contrato resolvido por incumprimento, sem prejuízo do direito da Seguradora ao prêmio e juros exigíveis.

CAPÍTULO VI

Sinistros

Artigo 28º - 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. Prestar esclarecimentos adicionais que sejam do seu conhecimento à Seguradora;

c. Submeter-se a exame por médico designado pela Seguradora, quando esta, fundamentadamente, o requeira;

d. Autorizar os médicos a prestar todas as informações solicitadas por médicos

designados pela Seguradora, sob pena desta ficar impossibilitada de comprovar se as circunstâncias em que a doença ocorreu estão, ou não, abrangidas pelo seguro;

- e. Tomar todas as providências para prevenir ou evitar o agravamento da afecção;
- f. Em caso de acidente ou verificação do risco garantido pela Apólice, participá-lo à Seguradora, por escrito, nos oito dias imediatos à sua ocorrência, indicando as circunstâncias, dia, local, causas, consequências, testemunhas, bem como identificando, se conhecida, a identidade do presumível autor de acto causal da ocorrência e quaisquer outros elementos considerados relevantes;
- i. Não se considera verificada uma situação de não participação, ou de participação tardia, quando

a Seguradora tiver tido conhecimento do sinistro por outro meio durante os 8 dias ou o obrigado prove que não poderia razoavelmente ter procedido à comunicação devida em momento anterior àquele em que o fez.

g. Existindo vários seguros cobrindo o mesmo risco, esta comunicação deverá ser efectuada a todas as Seguradoras, indicando o nome das restantes.

h. A colaborar com a Seguradora no exercício de eventual direito de sub-rogação contra terceiro civilmente responsável e a não praticar qualquer acto que possa perturbar o exercício de tal direito contra terceiro que dê causa ao sinistro ou terceiro que deva responder pela reparação dos danos que dele derivem, sob pena de se responsabilizar pelos prejuízos causados;

i. A cooperar, de boa-fé e de forma diligente, com a Seguradora na adopção de todas as acções aptas à minimização das perdas e, se for o caso, ao apuramento das causas do sinistro e identificação de responsáveis.

j. Fornecer, ou facultar à Seguradora, ou a médico ou outro profissional de saúde por esta indicado, o acesso a todos os elementos de prova que tenha em seu poder, designadamente, se for o caso, documentação clínica e relatório circunstanciado dos médicos que a hajam assistido sobre lesões sofridas e tratamentos prestados, colaborando, ainda, no acesso a meios que se encontrem em posse de terceiros;

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 90 dias, todos os documentos comprovativos das

despesas realizadas sem qualquer rasura ou omissão, sob pena de não serem aceites, ou, em caso de participação 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 e legível do serviço prestado, discriminação das despesas feitas, nomeadamente quanto ao número de dias de hospitalização, identificação do diagnóstico, descrição da intervenção cirúrgica e outras analogias, tal como a evolução clínica da

Pessoa Segura durante todo o período de internamento;

c. Apresentar, no prazo de 90 dias, todos os documentos justificativos do montante dos reembolsos efectuados por qualquer organismo oficial. Nestes casos a Seguradora participará sobre o excedente.

d. Aceitar ser observada, a solicitação da Seguradora, por médico por esta recomendado e submeter-se a exames que estes solicitem, bem como aos tratamentos prescritos.

e. 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.

3. Os prazos previstos no número anterior devem ser rigidamente observados, sob pena de caducidade do direito ao reembolso.

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

5. O incumprimento dos deveres por parte da Pessoa Segura posteriormente ao sinistro, salvo no que respeita ao dever de participação, determina:

- a. A redução da prestação da Seguradora, atendendo-se ao dano que o incumprimento lhe cause;
- b. A perda da cobertura, se houver incumprimento de má-fé e o dano for significativo.

Artigo 29º - Obrigações da Seguradora

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

- a. Fornecer, quando contratado o regime de prestações convencionado, o Cartão Protteja Saúde referido no Art.º 6º bem como disponibilizar informações sobre os serviços da Rede Médica.
- b. Analisar com prontidão e diligência os pedidos de autorização, decidindo sobre os mesmos em prazo não superior a 24h úteis, contados desde a data em que forem recebidos todos os elementos necessários à sua apreciação;
- c. Proceder ao reembolso das prestações, no prazo máximo de 30 dias a contar da data em que na posse de todos os elementos indispensáveis ao reembolso das prestações 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.

CAPÍTULO VII

Indeminizações, Período de Carência, Co-pagamentos, Franquia, Comparticipação da Seguradora e Compensação de Créditos

Artigo 30º - Determinação do Valor da Indeminização

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 e justificativos das despesas.
4. Se após cura aparente, com consequente retorno da Pessoa Segura à sua actividade normal, houver recaída dentro do prazo de um mês, tanto a hospitalização como a intervenção cirúrgica consequente, serão consideradas como se se tratasse de um único e mesmo sinistro.

Artigo 31º-Período de Carência, Co-pagamentos, Franquia, Comparticipação da Segurador

1. Das condições especiais ou das particulares, bem como da Tabela de benefícios

anexa a estas, consta o regime aplicável a cada cobertura relativamente a prazos de carência, co-pagamentos, franquia e a taxa de comparticipação da Seguradora na despesa realizada pela Pessoa Segura.

2. Nas prestações em rede, com financiamento directo ao prestador do custo do serviço prestado quando verificados os requisitos contratuais, podem ser convencionados co-pagamentos e franquias, a cargo da Pessoa Segura ou do Tomador do Seguro.

3. Nas situações previstas no número anterior, os prestadores não são considerados terceiros, sendo-lhes oponível e eficaz em relação a eles o regime de franquia e ou de co-pagamento contratualizado.

Artigo 32º- Compensação de Créditos

A Seguradora, quando instada a satisfazer uma prestação em dinheiro ao abrigo do Seguro, tem o direito de opor ao reclamante, designadamente ao Tomador do Seguro ou à Pessoa Segura, a compensação com qualquer crédito que sobre estes detenha, nos termos em que a lei o permita.

CAPÍTULO VIII

Disposições Diversas

Artigo 33º - 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 verifiquem, por carta registada com aviso de recepção ou por outro meio do qual fique registo duradouro para a morada da Protteja Seguros, 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 34º - 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, que estejam na rede de prestadores de serviços contratados com a Seguradora.
2. A Seguradora não assume a responsabilidade pelas consequências de atraso ou negligência imputáveis ao prestador de cuidados de saúde ou ao Segurado no recurso à assistência, o mesmo acontecendo se ele se recusar a seguir os tratamentos prescritos, assim como não se responsabiliza pela qualidade dos tratamentos efectuados por qualquer instituição ou indivíduo nem pelas suas consequências.

Artigo 35º - 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 prejudicial ou impeditivo do exercício desses direitos.

Artigo 36º - Eficácia em Relação a Terceiros

As excepções, invalidades e demais disposições que, de acordo com o contrato ou com a Lei, sejam invocáveis face ao Tomador do Seguro ou à Pessoa Segura, sê-lo-ão igualmente em relação a Terceiros que dele beneficiem.

Artigo 37º - Pluralidade de Seguros

1. Em caso de coexistência de seguros válidos que cubram o mesmo risco e interesse, pelo mesmo período de tempo, as coberturas conferidas pelo presente contrato funcionam a título complementar das previstas nos restantes.

2. O Tomador do Seguro ou a Pessoa Segura que tenha conhecimento da existência de mais do que um seguro, relativamente ao mesmo risco e interesse, pelo mesmo período de tempo, vigorando junto de seguradores distintos, deve informar do facto à Seguradora, logo que dele tenha conhecimento e, ainda, na respectiva participação de sinistro ou no pedido de accionamento da cobertura.

3. Para efeitos do número anterior, consideram-se equiparados a seguros os sistemas ou subsistemas, privados ou públicos, que garantam à Pessoa Segura o reembolso de, ou a comparticipação em despesas susceptíveis de ser cobertas pelo seguro.

4. A declaração inexacta ou omissão de natureza fraudulenta relativamente ao disposto em 2 e 3 deste artigo confere à seguradora o direito de recusar a respectiva prestação.

5. Se à data do sinistro existir mais do que um contrato de seguro, com o mesmo objecto e cobertura, a presente apólice apenas funcionará em caso de inexistência, nulidade, ineficácia ou insuficiência de seguros anteriores.

Artigo 38º- Legislação Aplicável

A lei aplicável a este Contrato é a lei angolana.

Artigo 39º - Reclamações

A apresentação de qualquer reclamação, relacionada com o contrato ou com as obrigações e direitos dele decorrentes, pode ser efetuada directamente a Seguradora ou através da Agência Angolana de Regulação e Supervisão de Seguros.

Artigo 40º - Arbitragem e Foro

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) Consultas, Tratamentos e Exames

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 por reembolso 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 Ambulatoriais 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 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 até ao limite indicado nas condições particulares;
 - e. Cinesioterapia originada por doença respiratória, até ao limite indicado nas condições particulares;
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. Vacinas;
- h. Medicamentos em regime ambulatorio;
- i. Despesas relacionadas com a aquisição e/ou colocação de próteses e ortóteses;
- j. Doenças profissionais e acidentes de trabalho;
- k. Despesas com exames gerais de saúde e check-ups.;
- l. Despesas relacionadas com consultas, tratamentos e/ou exames decorrentes de situações clínicas e/ou educativas, tais como: transtornos por déficit de atenção, perturbações de personalidade e/ou emocionais, perturbações do foro educativo, distúrbios de aprendizagem, dislexia, perturbações da fala, entre outros.

5. Necessitam de pré-autorização as despesas com:

a) Tratamentos: Fisioterapias, Terapia de Fala, Radioterapia, Tratamento da dor crónica, Laserterapia.

b) Exames de Diagnóstico: Genética médica, Ressonância Magnética, TAC, Arteriografia/Angiografia, Polissonografia, Embolização Arterial, Amniocentese, Medicina Nuclear, Exames com recurso a sedo analgesia/anestesia geral.

A Seguradora não participará despesas com estes Actos Médicos que não tenham sido objecto de uma pré-autorização.

c) Outros Tratamentos e Exames de valor superior ao equivalente em kwanza de duzentos dólares americanos.

B) Internamento 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 por reembolso 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).
 - f. Despesas com acompanhantes, excepto em caso de internamento de crianças de idade não superior a 12 anos de idade.

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 por reembolso 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.

Salvo disposição específica em contrário, todos os cuidados de saúde abrangidos por esta garantia, entram em vigor após o decurso do período de carência estipulado de 60 dias, a contar da data de início do contrato ou da adesão das pessoas seguras.

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 alergológico;
 - 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.
- k. Medicamentos contra a infertilidade e para a disfunção eréctil;
- l. Estimulantes sexuais;
- m. Alimentos, eletrólitos, sais, minerais e suplementos nutricionais;
- n. Vitaminas (excepto Complexo B como parte do tratamento da malária, Vitamina C e Ferro no tratamento de anemias);
- o. Medicamentos destinados à contracepção;
- p. Medicamentos destinados a combater a queda do cabelo;
- q. Produtos para tratamento de acne/rosácea;
- r. Produtos para a cessação do tabagismo;
- s. Medicamentos que não sejam acompanhados de prescrição médica;

E) Óculos e Outras 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 por reembolso em consequência de sinistro garantido pelo presente Contrato, nela se incluindo:

- a. Uma armação, comparticipada de duas em duas anuidades, ou uma armação em cada anuidade no caso da pessoa segura tenha menos de 16 anos à data de realização da despesa;
- b. Um par de lentes graduadas, comparticipada em cada anuidade, ou até dois pares no caso da pessoa segura tenha menos de 16 anos à data de realização da despesa;
- c. Lentes de contacto descartáveis, comparticipadas independentemente do seu número e até ao limite anual de capital previsto nas Condições Particulares da Apólice;
- d. Pernas, mãos, braços, articulados ou electrónicos;
- e. Próteses auditivas;
- f. Próteses oftalmológicas;
- g. Próteses ortopédicas e traumatológicas;
- h. Ortóteses auditivas;
- i. Ortóteses oculares.
- j. Aquisição ou aluguer de cadeiras de rodas, camas articuladas, e outros equipamentos auxiliares.

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, rolos e calçado ortopédicos;
- c. Pilhas, relacionadas com o al. a. do número 1;
- d. O extravio, roubo ou quebra de ortóteses oculares;
- e. Aros adquiridos isoladamente;
- f. Óculos de sol, graduados ou não;
- g. Testes e consultas de optometrista;
- h. Collants, meias elásticas, cintas ortopédicas; e artigos utilizados para o tratamento das varizes;
- i. Calçado ortopédico;
- j. Próteses capilares e intra-cirúrgicas.
- k. Aquisição de collants, meias elásticas e de descanso e cintas ortopédicas;
- l. Suspensões braquiais e colares cervicais (exceto situações pós-cirúrgicas ou em consequência de acidente ocorridos na vigência do contrato);
- m. Colchões e almofadas ortopédicos e anti-escaras; Humidificadores e similares; ar condicionado; purificadores de ar;
- n. Qualquer Prótese ou Ortótese cuja finalidade seja apenas estética e não funcional;
- o. Próteses miogénicas ou bioelétricas; implantes eletrónicos;
- p. Perucas, ainda que a sua utilização seja considerada necessária durante um tratamento de Quimioterapia;
- q. Aparelhos para aplicação de Insulina;
- r. Dispositivo Intrauterino (DIU);
- s. Sacos para colostomia.

Salvo disposição específica em contrário, todos os cuidados de saúde abrangidos por esta garantia, entram em vigor após o decurso do período de carência estipulado de 60 dias, a contar da data de início do contrato ou da adesão das pessoas seguras.

F) Parto

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 por reembolso 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.
 - g) As despesas decorrentes da hospitalização de neonatologia serão comparticipadas:
 - i) sempre que o Parto estiver abrangido pelo contrato;
 - ii) reportam à garantia de Internamento Hospitalar titulada pela mãe;
 - iii) Salvo disposição em contrário, durante os 14 primeiros dias de internamento após o nascimento
 - h) Caso seja expressamente definido nas condições particulares e até ao limite do capital indicado, as complicações ocorridas durante o período de gravidez consideram-se abrangidas pela cobertura de Internamento Hospitalar. Neste caso, aplicar-se-ão as mesmas regras e limites definidas pela referida cobertura.

4. As despesas com consultas médicas e exames relacionados com a gravidez, apenas se consideram abrangidas pela cobertura de Consultas, Tratamentos e Exames, desde que tenha sido contratada a cobertura de Parto. Neste caso, aplicar-se-ão as mesmas regras e limites que se aplicam a outras consultas e exames abrangidos pela referida cobertura.

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.
 - d. Despesas com exames complementares realizados ao recém-nascido e que não revistam carácter de urgente ou risco de vida, tais como Oto emissões acústicas. Os referidos exames poderão ser realizados com recurso à garantia de Consultas, Tratamentos e Exames, quando contratada e após inclusão da criança na apólice.

G) Evacuação Médica Emergencial

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 emergencial e repatriamento em consequência de sinistro garantido pelo presente Contrato, nela se incluindo:

A) Se a Pessoa Segura sofrer uma doença ou acidente que obrigue a tratamento médico imediato, e se não existir nas proximidades Unidade Hospitalar adequada a esse tratamento ou disponíveis para receber a Pessoa Segura, a Seguradora organizará o transporte de urgência por quaisquer meios clinicamente ajustados ao estado de saúde da Pessoa Segura, até à Unidade Hospitalar mais próxima capaz de oferecer os cuidados adequados.

B) Se o estado clínico da Pessoa Segura seja crítico e justifique um tratamento que não possa ser prestado em Unidade Hospitalar em Angola, considerado necessário e tecnicamente possível pelos serviços médicos da Seguradora em coordenação com o médico presente no local, baseados em critérios estritamente clínicos, a Seguradora providenciará a sua evacuação de emergência, por ambulância aérea ou por voo comercial, para uma Unidade Hospitalar com destino à Namíbia, África do Sul, ou outro país a acordar, capaz de lhe prestar os cuidados médicos aconselhados ao seu estado de saúde.

C) Se o médico da Seguradora, em coordenação com o médico que assiste a Pessoa Segura, concluírem que o tratamento, que se tenha iniciado em Unidade Hospitalar fora de Angola, pode continuar a ser prestado em Unidade Hospitalar do seu país de residência após estabilização do estado clínico, a Seguradora organizará o seu repatriamento em voo comercial em classe económica.

D) Acompanhante de viagem: A SEGURADORA suportará os custos de deslocação e estadia de um familiar, amigo ou colega de trabalho da Pessoa Segura, para:

i) Acompanhar a Pessoa Segura para o hospital ou centro clínico adequado para tratamento e colaborar nos trâmites necessários em caso de evacuação de emergência;

ii) Acompanhar os restos mortais da Pessoa Segura, em caso de falecimento, até ao local onde se realizará o funeral. As despesas de estadia serão suportadas por um período máximo de 15 dias, até um limite razoável e habitual de acordo com o critério da Seguradora. Ficam também garantidas as despesas de regresso do acompanhante

até ao local de partida.

E) Repatriamento: Quando a Pessoa Segura tenha sido evacuada para um país estrangeiro, e se encontre recuperada, a Seguradora suportará os custos com a viagem de regresso ao seu país de residência habitual, em voo comercial, em classe económica ou similar, logo que tal seja tecnicamente possível.

F) Repatriamento dos restos mortais: Quando a Pessoa Segura tenha sido evacuada para um país estrangeiro, e aí venha a falecer, a Seguradora suportará os custos com o transporte dos restos mortais para o país de origem da Pessoa Segura, logo que tal seja tecnicamente possível, pelo meio que a Seguradora considere mais adequado, para sepultamento ou cremação do corpo, de acordo com a opção dos familiares da Pessoa segura.

Esta cobertura garante, exclusivamente, os custos de transporte, ficando excluídas quaisquer despesas com cerimónias religiosas, serviços fúnebres ou outras.

Salvo disposição específica em contrário, as garantias desta cobertura entram em vigor após a data de início do contrato ou da adesão das pessoas seguras

H) Despesas de Funeral

Nos termos da presente Condição Especial, a Seguradora garante, até aos limites e nos termos estabelecidos nas Condições Particulares, o pagamento das despesas efectuadas associadas a despesas de funeral 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.

I) Condição Médica Crónica

Nos termos da presente Condição Especial, a Seguradora garante, até aos limites e nos termos estabelecidos nas Condições Particulares,, o pagamento dos tratamentos necessários e razoáveis, incluindo manutenção e consultas de check-up, prescrição de medicação e curativos, tratamentos paliativos e cuidados em hospitais de rectaguarda de doenças e acidentes que sejam clinicamente considerados crónicos. Salvo disposição

específica em contrário, as garantias desta cobertura entram em vigor após o decurso do período de carência estipulado de 1 mês, a contar da data de início do contrato ou da adesão das pessoas seguras.

J) Medicina preventiva

1. VACINAS

- a) Nos termos desta Condição Especial, a Seguradora, quando contratada a cobertura, obriga-se a reembolsar a Pessoa Segura, nos termos e limites fixados nas Condições Particulares, após o termo do Período de Carência, das despesas relativas ao acto médico.
- b) Estão excluídos os custos propriamente ditos com as vacinas que fazem parte do Plano Nacional de Vacinas, aplicando-se, no entanto, o previsto no número anterior quanto aos custos do acto médico.
- c) São garantidos os custos com outras vacinas não incluídas no Plano Nacional de Vacinas desde que comprovadamente necessárias e acompanhadas obrigatoriamente de prescrição médica.

2. CHECK-UP

Nos termos desta Condição Especial, a Seguradora, quando contratada a cobertura, obriga-se a reembolsar a Pessoa Segura, nos termos e limites fixados nas Condições Particulares, após o termo do Período de Carência, das despesas relativas a realização de exames específicos ou gerais de saúde, realizados de acordo com um programa de check-up previamente definido pelo médico da pessoa segura.

K) ASSISTÊNCIA MÉDICA OCUPACIONAL

Esta cobertura garante as despesas com os funcionários na realização de 1 check-up ocupacional por cada anuidade e por funcionário de acordo com o Programa de Saúde Ocupacional previamente definido para cumprimento dos requisitos mínimo definidos na legislação angolana. Os exames suplementares solicitados pela empresa ou a execução de exames diferentes do protocolo a seguir indicado, serão facturados à empresa pela SAÚDE+ sob previa autorização da empresa antes da sua realização.

1. Autoria de Alterações

Revisão n.º	
00	Emissão Inicial

2. Histórico de Alterações

Emissão	Compilado por: Direcção/Gabinete/ Departamento	Revisado Por: Direcção/Gabinete/Depar tamento	Aprovado por: Conselho de Administração
00	GTE	GOS	CAD
	11/06/2024	09/05/2024	[Data]