

CONDIÇÕES GERAIS

SEGURO SAÚDE

ÍNDICE

CLÁUSULA PRELIMINAR	4
CAPÍTULO I - DEFINIÇÕES, OBJECTO E GARANTIAS DO CONTRATO, COBERTURAS E EXCLUSÕES	4
CLÁUSULA 1ª - Definições	4
CLÁUSULA 2ª - Objecto do Contrato	7
CLÁUSULA 3ª - Base do Contrato	7
CLÁUSULA 4ª - Âmbito das Garantias	7
CLÁUSULA 5ª - Exclusões	9
CLÁUSULA 6ª - Âmbito Territorial	11
CAPÍTULO II - DECLARAÇÃO DO RISCO, INICIAL E SUPERVENIENTE	11
CLÁUSULA 7ª - Declaração Inicial do Risco	11
CLÁUSULA 8ª - Omissões ou Declarações Inexactas	11
CLÁUSULA 9ª - Nulidade do Contrato	11
CAPÍTULO III - PAGAMENTO E ALTERAÇÃO DOS PRÉMIOS	12
CLÁUSULA 10ª - Pagamento do Prémio	12
CLÁUSULA 11ª - Fraccionamento do Prémio	12
CLÁUSULA 12ª - Alteração do Prémio	12
CLÁUSULA 13ª - Estorno do Prémio	12
CAPÍTULO IV - INÍCIO DE EFEITOS, DURAÇÃO E VICISSITUDES DO CONTRATO	13
CLÁUSULA 14ª - Início e Duração do Contrato	13
CLÁUSULA 15ª - Início e Duração das Garantias	13
CLÁUSULA 16ª - Cartão Fidelidade Saúde	14
CLÁUSULA 17ª - Alterações ao Contrato	14
CLÁUSULA 18ª - Direito de Livre Resolução	14
CLÁUSULA 19ª - Resolução do Contrato e Exclusão da Pessoa Segura	15
CLÁUSULA 20ª - Caducidade do Contrato	15
CAPÍTULO V - PRESTAÇÃO PRINCIPAL DA SEGURADORA	15
CLÁUSULA 21ª - Valores Seguros e Franquias	15
CLÁUSULA 22ª - Sub-rogação	15
CLÁUSULA 23ª - Compensação de Créditos	16
CLÁUSULA 24ª - Coexistência de Contratos	16
CAPÍTULO VI - OBRIGAÇÕES E DIREITOS DAS PARTES	16
CLÁUSULA 25ª - Obrigações do Tomador do Seguro e da Pessoa Segura	16
CLÁUSULA 26ª - Ónus da Prova	16
CLÁUSULA 27ª - Obrigações da Seguradora	17
CLÁUSULA 28ª - Responsabilidade da Seguradora em Caso de Não Renovação do Contrato	17

CAPÍTULO VII - DISPOSIÇÕES DIVERSAS **17**

CLÁUSULA 29^a - Comunicações e Notificações entre as Partes **17**

CLÁUSULA 30^a - Eficácia em Relação a Terceiros **17**

CLÁUSULA 31^a - Moeda **17**

CLÁUSULA 32^a - Flutuação Cambial **18**

CLÁUSULA 33^a - Lei Aplicável **18**

CLÁUSULA 34^a - Reclamações **18**

CLÁUSULA 35^a - Arbitragem **18**

CLÁUSULA 36^a - Foro Competente **18**

CONDIÇÕES ESPECIAIS **19**

A. Angola **19**

I - Internamento Hospitalar **19**

II - Emergências Médicas em Angola **19**

III - Parto Normal, Cesariana e Interrupção Involuntária da Gravidez **21**

IV - Ambulatório **21**

V - Estomatologia **22**

VI - Próteses e Ortóteses **22**

VII - Medicamentos **23**

VIII - Subsídio Por Internamento Hospitalar **24**

IX - Linha de Atendimento Clínico **24**

B. Extensão a Portugal **25**

X - Extensão a Portugal - Internamento Hospitalar **26**

XI - Extensão a Portugal - Parto Normal, Cesariana e Interrupção Involuntária da Gravidez **26**

XII - Extensão a Portugal - Ambulatório **27**

XIII - Extensão a Portugal - Estomatologia **27**

XIV - Extensão a Portugal - Medicamentos **28**

C. Extensão ao Estrangeiro **29**

XV - Assistência Clínica em Viagem **29**

CLÁUSULA PRELIMINAR

1. Entre a Fidelidade Angola - Companhia de Seguros, S.A., adiante designada por seguradora, e o Tomador do Seguro estabelece-se o presente contrato de seguro que se regula pelas condições gerais, especiais e particulares, de harmonia com as declarações constantes da proposta e questionários individuais de saúde que lhe serviram de base e que dele fazem parte integrante.
2. A individualização do presente contrato é efectuada nas condições particulares, nelas constando as condições especiais expressamente contratadas e o seu âmbito territorial, a identificação das partes e do respectivo domicílio, os dados do Tomador do Seguro, das pessoas seguras, os capitais seguros, e a determinação do prémio ou a fórmula do respectivo cálculo.

CAPÍTULO I - DEFINIÇÕES, OBJECTO E GARANTIAS DO CONTRATO, COBERTURAS E EXCLUSÕES

CLÁUSULA 1ª - 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 à apólice.

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

Para todos os efeitos desta apólice, equipara-se a cônjuge a pessoa que viva com a pessoa segura em condições análogas às dos cônjuges e com carácter de permanência.

Ambiente Hospitalar - Conjunto de meios infra-estruturais, recursos técnicos, tecnológicos e humanos diferenciados, que permitem executar cada acto com qualidade e segurança, incluindo a capacidade de resposta eficaz para eventos súbitos que ponham em risco a vida da pessoa segura, e que devem existir nas estruturas hospitalares ou equivalentes.

Apólice - Documento que titula o contrato de seguro, 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 de 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 preenchido pela pessoa segura, no seguro de grupo, em que esta se identifica e expressa a vontade de aderir 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 Fidelidade Saúde – Cartão pessoal e intransmissível, que identifica a pessoa segura e permite o acesso aos cuidados de saúde prestados na(s) rede(s).

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.

Coeficiente k – Coeficiente de ponderação para a valorização de actos médicos, utilizado na tabela de valores de actos médicos, publicada no website da Fidelidade Angola (www.fidelidade.co.ao).

Complicação – Valor a cargo da seguradora, em cada despesa de saúde garantida pela apólice, calculado após dedução da franquia, nos termos definidos nas condições particulares.

Condições Especiais – Disposições que complementam, especificam e esclarecem as condições gerais, prevalecendo sobre estas na interpretação dos termos contratuais.

Condições Gerais – Disposições que definem os princípios gerais do contrato e seu enquadramento.

Condições Particulares – Cláusulas que complementam as condições gerais e especiais de um contrato, para que o mesmo seja adaptado a um caso particular.

Co-pagamento – Valor que fica a cargo da pessoa segura por cada utilização na rede.

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

Doença ou Lesão Preexistente – Doença ou lesão da qual a pessoa segura deveria ter conhecimento ou que não poderia ignorar, pela evidência dos sintomas ou por ter recebido em relação à mesma aviso médico ou tratamento, antes da data de início de vigência da apólice.

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

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

Estorno – Devolução ao Tomador do Seguro da totalidade ou parte do prémio de seguro já pago.

Franquia – Valor ou número de dias a cargo da pessoa segura, cujo montante, período ou forma de cálculo se encontra estipulado nas condições particulares.

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

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

Médico/Médico Dentista – Licenciado por faculdade de medicina ou medicina dentária reconhecido pela lei do país onde o tratamento é prestado e que, ao prestar tratamento, o faz dentro dos limites da sua licença e formação.

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;
- Não necessitar de cuidados especiais de recobro.

Período de Carência – Espaço de tempo que medeia entre a data de adesão da pessoa segura e a data em que podem ser accionadas determinadas coberturas do seguro.

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, realizados em prestadores da(s) rede(s), 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.

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

Questionário Individual de Saúde – Documento anexo à proposta de seguro, através do qual cada candidato a pessoa segura declara os elementos necessários à avaliação do risco pela seguradora.

Rede MULTICARE – Conjunto de prestadores de cuidados de saúde que integram a Rede Multicare em Portugal, nomeadamente médicos/ médicos dentistas, centros de diagnóstico, clínicas, unidades hospitalares e outras unidades de saúde, com os quais existe um acordo para a prestação de serviços às pessoas seguras, comparticipados directamente pela seguradora por conta da pessoa segura.

Rede Fidelidade Angola – Conjunto de prestadores de cuidados de saúde que integram a rede da Fidelidade Angola - Companhia de Seguros, S.A., nomeadamente médicos/médicos dentistas, centros de diagnóstico, clínicas, unidades hospitalares e outras unidades de saúde, com os quais existe um acordo para a prestação de serviços às pessoas seguras.

Seguradora – A Fidelidade Angola - Companhia de Seguros, S.A., entidade legalmente autorizada para a exploração do seguro de saúde e que subscreve o presente contrato.

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

Seguro de Grupo Contributivo – Seguro de grupo em que as pessoas seguras contribuem, no todo ou em parte, para o pagamento do prémio.

Seguro de Grupo não Contributivo – Seguro de grupo em que o Tomador do Seguro suporta a totalidade do pagamento do prémio.

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

Serviço de Apoio ao Cliente – Serviço de apoio ao cliente, através do qual o Tomador do Seguro e as pessoas seguras podem obter os esclarecimentos que necessitarem.

Serviço de Assistência – Apoio informativo e de serviços, prestado, em nome da seguradora, por uma empresa de assistência.

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

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

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

Tomador do Seguro – A pessoa, singular ou colectiva, que contrata com a seguradora, sendo responsável pelo pagamento do prémio.

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

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

CLÁUSULA 2ª – Objecto do Contrato

1. O presente contrato garante à pessoa segura, em caso de sinistro ocorrido durante a sua vigência, um conjunto de coberturas no domínio dos cuidados de saúde que pode integrar prestações por reembolso, prestações na rede e serviços de assistência, conforme definido nestas condições gerais, nas condições especiais e nas condições particulares aplicáveis.
2. O presente contrato de seguro não garante quaisquer despesas médicas ou medicamentosas reclamadas pelos serviços públicos de saúde (angolano ou português) ou por outro qualquer subsistema de saúde de que a pessoa segura seja beneficiária.

CLÁUSULA 3ª – Base do Contrato

A proposta de seguro, assinada pelo respectivo tomador, o questionário individual de saúde de cada pessoa segura e, tratando-se de Seguro de grupo, o boletim de adesão de cada pessoa segura, bem como toda a documentação de carácter clínico necessária à aceitação do risco por parte da seguradora, constituem a base deste contrato e dele fazem parte integrante, determinando, em particular, o risco coberto.

CLÁUSULA 4ª – Âmbito das Garantias

1. Quanto às pessoas seguras

São beneficiários das garantias conferidas pelo presente contrato as pessoas seguras identificadas nas condições particulares, após aceitação expressa por parte da seguradora. A aceitação do seguro, relativamente a cada pessoa segura, formaliza-se através da emissão pela seguradora do cartão Fidelidade Saúde, nos seguros de grupo, do certificado individual de adesão, podendo algumas coberturas estar sujeitas a períodos de carência, a franquias e a valores máximos indemnizáveis, de acordo com o previsto nas presentes condições gerais, nas condições especiais e nas condições particulares da apólice.

2. Quanto ao âmbito das coberturas

O contrato de seguro pode garantir, nos termos e limites para o efeito fixados nas condições especiais e particulares, as seguintes coberturas:

A. Angola

- I. Internamento hospitalar;
- II. Emergências médicas em Angola;
- III. Parto normal, cesariana e interrupção involuntária de gravidez;
- IV. Ambulatório;
- V. Estomatologia;
- VI. Próteses e ortóteses;
- VII. Medicamentos;
- VIII. Subsídio por internamento hospitalar;
- IX. Linha de atendimento clínico.

B. Extensão a Portugal

- X.** Extensão a Portugal – internamento hospitalar;
- XI.** Extensão a Portugal – parto normal, cesariana e interrupção involuntária de gravidez;
- XII.** Extensão a Portugal – ambulatório;
- XIII.** Extensão a Portugal – estomatologia;
- XIV.** Extensão a Portugal – medicamentos.

As coberturas efectivamente contratadas constam das condições particulares.

O contrato de seguro pode, ainda, abranger outras coberturas, desde que devidamente identificadas nas condições particulares e definidas por condição especial própria.

3. Quanto ao regime das prestações

As garantias consignadas pelo presente contrato, podem revestir a modalidade de prestações na rede, prestações por reembolso ou a modalidade mista de prestações na rede e de prestações por reembolso. Quando contratada a respectiva condição especial, será aplicável ainda a modalidade de acesso à rede.

A modalidade contratada constará das respectivas condições especiais ou particulares.

3.1 Regime de prestações na rede

Nesta modalidade, a seguradora garante à pessoa segura o acesso a um conjunto de serviços de cuidados de saúde integrados na rede Fidelidade Angola ou na rede Multicare, cujas condições de utilização se encontram previstas nestas condições gerais e nas condições especiais aplicáveis, nos termos e limites fixados nas condições particulares.

A(s) rede(s) integram serviços de cuidados de saúde de especialidades médicas e cirúrgicas, meios auxiliares de diagnóstico, serviços, técnicas e terapêuticas complementares e internamento hospitalar.

O acesso a determinados serviços da(s) rede(s) pode necessitar de autorização da seguradora. Quando a pessoa segura recorrer aos referidos serviços, sem que tenha sido concedida a autorização necessária, ou quando recorra a qualquer outro serviço sem se identificar com o seu cartão Fidelidade Saúde, aplicar-se-á às despesas o regime de prestações por reembolso.

No regime de prestações na rede, a pessoa segura suporta o pagamento da franquia indicada nas condições particulares. Quando por indisponibilidade do sistema informático ou outro motivo devidamente fundamentado e não imputável à pessoa segura, não for possível o processamento do valor da franquia e/ou do co-pagamento, a pessoa segura suporta a despesa de saúde na totalidade e envia-a, posteriormente, à seguradora, por forma a ser efectuado o respectivo reembolso.

A informação sobre os prestadores que integram a rede Fidelidade Angola está disponível e permanentemente actualizada em www.fidelidade.co.ao. A pedido da pessoa segura, será facultada uma lista desses mesmos prestadores, com a denominação de roteiro de serviços Fidelidade Saúde.

A informação sobre os prestadores que integram a rede Multicare está disponível e permanentemente actualizada em www.multicare.pt.

3.2 Regime de prestações por reembolso

Nesta modalidade, a seguradora garante o reembolso de despesas efectuadas pela pessoa segura com cuidados de saúde, junto de prestadores ou serviços não integrados na rede Fidelidade Angola, nos termos e limites fixados nestas condições gerais, nas condições especiais e nas condições particulares aplicáveis.

O reembolso efectuar-se-á de acordo com os seguintes critérios:

- a)** Consultas médicas: a seguradora reembolsará a pessoa segura do valor pago por cada consulta, até ao montante máximo indicado nas condições particulares.

- b)** Outros honorários médicos: a seguradora reembolsará a pessoa segura do valor das despesas efectuadas com honorários médicos, relativos a outros actos médicos que não sejam consultas, até ao montante obtido pela aplicação do número de pontos correspondentes a cada acto médico, sujeito aos parâmetros de valorização dos actos médico-cirúrgicos de acordo com a tabela de valores relativos estabelecidos na tabela de valores de actos médicos, publicada no website da Fidelidade Angola, até ao montante máximo indicado nas condições particulares ou no certificado individual de seguro.
- c)** Outras despesas: relativamente a todas as despesas garantidas pelo contrato e não incluídas nas alíneas a) e b), a seguradora reembolsará a pessoa segura nos termos e limites fixados nas condições particulares.

3.3 Regime de acesso à rede

Nesta modalidade, a seguradora garante o acesso da pessoa segura a serviços de cuidados de saúde, realizados em prestadores da rede, suportando a pessoa segura na totalidade os respectivos custos, nos termos e limites fixados nas condições especiais e particulares.

CLÁUSULA 5ª – Exclusões

Salvo convenção expressa em contrário, constante das condições particulares ou das condições especiais efectivamente contratadas, ficam excluídas do âmbito da cobertura do seguro as despesas decorrentes de:

1. Acidentes de trabalho, acidentes em serviço e doenças profissionais;
2. Acidentes e doenças com cobertura em seguros obrigatórios;
3. Acidentes emergentes de cataclismos da natureza, actos de guerra, declarada ou não, de terrorismo, de sabotagem e de perturbações da ordem pública;
4. Acidentes emergentes de participação em competições desportivas e respectivos treinos, quer como profissional quer como amador;
5. Acidentes emergentes de prática de desportos terrestres motorizados; BTT; artes marciais, luta e boxe; pára-quedismo, incluindo a prática de queda livre, parapente e asa delta; saltos ou saltos invertidos com mecanismo de suspensão corporal ("bungee jumping"); tauromaquia e largadas de touros ou rezes; caça de animais ferozes ou que reconhecidamente sejam considerados perigosos; hipismo; motonáutica e esqui aquático; desportos náuticos praticados sobre prancha; descida de torrentes ou correntes originadas por desníveis nos cursos de água; mergulho; caça submarina; desportos praticados sobre a neve e o gelo; alpinismo e escalada; "slide" e "rappel"; espeleologia;
6. Acidentes ou doenças provenientes de tentativa de suicídio ou automutilação, de participação em apostas ou desafios, intervenção em duelos e rixas ou da prática de actos dolosos ou gravemente culposos ou ilícitos por parte da pessoa segura;
7. Actos realizados por médicos e outros profissionais de saúde que sejam cônjuge, pais, filhos ou irmãos da pessoa segura;
8. Alcoolismo e doenças resultantes do consumo excessivo de bebidas alcoólicas;
9. Assistência hospitalar por razões de carácter meramente social;
10. Consequências de atraso injustificado ou negligência imputáveis ao prestador de cuidados de saúde ou à pessoa segura no recurso a assistência médica, ou da recusa ou inobservância de tratamentos que lhe tenham sido prescritos;
11. Consultas e tratamentos em áreas não reconhecidas pela ordem dos médicos;
12. 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;
13. Correção de doenças ou malformações congénitas, excepto para recém-nascidos cuja pré-adesão for efectuada nos termos da alínea a) do n.º2 da cláusula 17ª;

14. Despesas com serviços que não sejam clinicamente necessários;
15. Despesas efectuadas por acompanhantes da pessoa segura, excepto em caso de internamento hospitalar de menores até aos catorze anos de idade ou de cidadãos portadores de deficiência congénita ou adquirida;
16. Disfunções sexuais, excepto em consequência de doença garantida pela apólice;
17. Doenças infecto-contagiosas, quando em situação de epidemia declarada pelas autoridades competentes;
18. Doenças ou sequelas resultantes de radioactividade, incluindo consequências de utilização de armas bacteriológicas e/ou de agentes químicos;
19. Doenças, lesões ou deformações preexistentes à data da celebração do contrato do seguro;
20. Ginástica, natação, massagens e outros similares, excepto os que resultem de doença ou acidente enquadráveis nas garantias do contrato;
21. Infertilidade e actos médicos praticados no âmbito da reprodução medicamente assistida nomeada, mas não exclusivamente, consultas, testes, tratamentos de infertilidade, métodos de fecundação artificial, fertilização in vitro ou procedimentos de transferência embrionária, bem como as consequências da aplicação dos mesmos, excepto em caso de risco de vida;
22. Interrupção voluntária da gravidez, incluindo situações clínicas dela decorrentes;
23. Intervenções cirúrgicas para correcção da roncopatia, excepto em caso de apneia;
24. Métodos anticoncepcionais e de planeamento familiar bem como despesas efectuadas para reverter os efeitos de uma cirurgia de esterilização voluntariamente realizada;
25. Patologias ou tratamentos relacionados, directa ou indirectamente, com infecção por vírus de imunodeficiência humana (HIV);
26. Perturbações do foro da saúde mental, consequentes ou não de outra doença que careça de internamento, sessões de psicologia, psicanálise, psicoterapia, hipnose e terapia do sono, bem como tratamentos de psiquiatria de carácter crónico;
27. Transplantes e implantes, nomeadamente implantes do foro estomatológico;
28. Tratamentos cirúrgicos ou laser de refacção da visão, nomeadamente em caso de miopia, astigmatismo e hipermetropia;
29. Tratamentos de enfermagem prestados no domicílio;
30. Tratamentos de hemodiálise crónica;
31. Tratamentos e/ou cirurgia de regularização do peso;
32. Tratamentos e/ou cirurgia para mudança de sexo;
33. Tratamentos experimentais ou que necessitem de comprovação médica;
34. Tratamentos ou cirurgias do foro estético ou plástico, desde que não tenham origem em acidente coberto pelo seguro ou não decorram de doença manifestada durante a vigência do contrato que os justifiquem;
35. Tratamentos relacionados com a toxicod dependência;
36. Tratamentos relacionados, directa ou indirectamente, com infecção por vírus da hepatite, exceptuando os resultantes da hepatite a;
37. Tratamentos termais e estadias em termas, sanatórios, lares, residências assistidas, casas de repouso, convalescença e cuidados continuados, centros de tratamento de toxicod dependência e/ou alcoolismo e outros estabelecimentos similares;

38. Utilização abusiva de medicamentos;
39. Utilização de estupefacientes e narcóticos não prescritos por médico ou habituação aos mesmos quando prescritos por um médico, utilização abusiva de medicamentos, alcoolismo e doenças resultantes do consumo excessivo de bebidas alcoólicas;
40. Consultas e tratamentos em áreas não reconhecidas pela lei.

CLÁUSULA 6ª – Âmbito Territorial

Salvo convenção em contrário, expressa nas condições especiais ou nas condições particulares, o seguro só tem validade para os cuidados de saúde prestados em Angola, podendo algumas coberturas ser extensíveis a Portugal, ou a outro país, conforme disposto nas condições particulares e nos termos destas condições gerais e especiais.

CAPÍTULO II – DECLARAÇÃO DO RISCO, INICIAL E SUPERVENIENTE

CLÁUSULA 7ª – 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, pode a seguradora optar pela anulação, cessação ou alteração do contrato.

CLÁUSULA 8ª – Omissões Ou Declarações Inexactas

1. O contrato é anulável e a seguradora tem direito a ser reembolsada das indemnizações já pagas, bem como a receber os prémios vencidos se, intencionalmente, o segurado omitir qualquer circunstância que seja do seu conhecimento e que teria podido influir na celebração do contrato.
2. A seguradora perde direito à anulação do contrato se, decorridos dois meses sobre o conhecimento das omissões ou inexactidões do segurado, nada comunicar a este.
3. Se não tiver havido má-fé do segurado, o contrato reduz-se, ou seja, é considerado subseguro.
4. Tendo sido detectadas omissões ou declarações inexactas na altura do sinistro, a indemnização será reduzida na proporção do prémio fixado e do que deveria ter sido se o risco fosse exactamente declarado.
5. Se o contrato disser respeito a riscos distintos, o preceituado no número anterior aplicar-se-á apenas relativamente àqueles a que se refere a omissão ou inexactidão, salvo se a seguradora demonstrar que não teria celebrado o contrato sem a parte viciada.

CLÁUSULA 9ª – Nulidade Do Contrato

1. O contrato é nulo se, aquando da sua aceitação, tiver cessado o risco ou se haja verificado um sinistro.
2. No primeiro caso, a seguradora não tem direito ao prémio, enquanto no segundo caso não é obrigada a indemnizar o segurado, mas tem direito ao prémio.

CAPÍTULO III - PAGAMENTO E ALTERAÇÃO DOS PRÉMIOS**CLÁUSULA 10^a - Pagamento do Prémio**

1. O prémio ou fracção inicial é devido na data da celebração do contrato. A falta de pagamento do prémio inicial ou da primeira fracção deste, na data de vencimento, determina a resolução automática do contrato a partir da data da sua celebração.
2. Os prémios ou fracções seguintes são devidos nas datas estabelecidas na apólice.
3. A seguradora avisará o Tomador do Seguro, por escrito, até 30 dias antes da data em que os prémios ou fracções seguintes são devidos. 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.
4. Na falta de pagamento dos prémios ou fracções seguintes na data indicada no aviso, o Tomador do Seguro constitui-se em mora pelo prazo de 30 dias, ficando a seguradora com direito a suspender as garantias do contrato. A seguradora deverá avisar o segurado do início da suspensão das garantias do contrato, através de carta registada e conceder-lhe novo prazo para pagamento das quantias em dívida.
5. Decorrido o novo prazo concedido pela seguradora sem que o prémio seja pago, esta pode proceder à resolução do contrato, sem prejuízo do direito aos prémios pelo período em que o contrato esteve em vigor.
6. Durante o prazo referido no n.º 5 o contrato mantém-se plenamente em vigor.
7. A falta de pagamento, na data indicada no aviso, de um prémio adicional, desde que este decorra de um pedido do Tomador do Seguro para alteração da garantia que não implique agravamento do risco, determinará que a alteração fique sem efeito, mantendo-se as condições contratuais em vigor anteriormente àquele pedido, a menos que a subsistência do contrato se revele impossível, caso em que se considera resolvido na data do vencimento do prémio não pago.
8. As disposições dos números anteriores são aplicáveis ao pagamento dos prémios ou fracções devidos por cada um dos aderentes ao seguro de grupo, quando este seguro seja contributivo e o Tomador do Seguro e a seguradora hajam estabelecido que o respectivo pagamento seja efectuado à seguradora pelo aderente.

CLÁUSULA 11^a - Fraccionamento do Prémio

O pagamento do prémio anual de seguro, por acordo entre a seguradora e o Tomador do Seguro, pode ser repartido em fracções mensais, trimestrais ou semestrais.

CLÁUSULA 12^a - Alteração do Prémio

1. Não havendo alteração no risco, qualquer alteração do prémio aplicável ao contrato apenas poderá efectuar-se no vencimento anual seguinte, mediante aviso da seguradora ao Tomador do Seguro, com uma antecedência mínima de 30 dias sobre a data da renovação do contrato.
2. No entanto, haverá lugar a alteração automática do prémio do contrato, sempre que se verifique mudança de escalão etário da pessoa segura, sendo para este efeito considerada a idade da mesma no primeiro dia de cada anuidade de seguro.

CLÁUSULA 13^a - 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 ou percentagem do prémio indicados nas Condições Particulares da apólice, calculado proporcionalmente ao período de tempo não decorrido até à data do vencimento, deduzida do custo de emissão da apólice;
- c. Existindo sinistralidade relativa às pessoas a excluir, não será processado qualquer estorno.

CAPÍTULO IV - INÍCIO DE EFEITOS, DURAÇÃO E VICISSITUDES DO CONTRATO

CLÁUSULA 14^a - Início e Duração do Contrato

1. Desde que o prémio ou fracção inicial seja pago, o presente contrato 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 estabelecida outra data para a produção de efeitos, a qual não pode, todavia, ser anterior à da recepção da proposta pela seguradora. Tratando-se de seguro de grupo, as garantias do contrato entram em vigor às zero horas do dia indicado no certificado individual de adesão.
2. O contrato, tratando-se de seguro individual em que o Tomador do Seguro seja uma pessoa singular, considera-se aceite no 15º dia a contar da data de recepção da proposta pela seguradora, a menos que entretanto o candidato a Tomador do Seguro seja notificado da recusa ou da sua antecipada aprovação, ou ainda da necessidade de recolher esclarecimentos essenciais para a avaliação do risco, ficando a aprovação, neste caso, dependente do envio e análise dos elementos solicitados. A aceitação será confirmada pela seguradora através de meio escrito (ou por outro meio do qual fique registo duradouro) para a morada do Tomador do Seguro ou da emissão do cartão Fidelidade Saúde e respectivas condições particulares.
3. As condições particulares identificam as coberturas sujeitas a período de carência, bem como a franquias e a valores máximos indemnizáveis, de acordo com o previsto nas presentes condições gerais e nas condições especiais da apólice.
4. O contrato pode ser celebrado por um ano a continuar pelos seguintes ou por um período certo e determinado, estando a sua duração definida nas condições particulares.
5. Quando o contrato for celebrado por um período de tempo certo e determinado, os seus efeitos cessam às 24 horas do último dia do referido período.
6. Quando o contrato for celebrado por um ano a continuar pelos seguintes, considera-se sucessivamente renovado, salvo se qualquer das partes o tiver denunciado, por escrito ou por outro meio do qual fique registo duradouro, com a antecedência mínima de 30 dias em relação ao termo da anuidade, ou se não for pago o prémio da anuidade subsequente ou da primeira fracção deste.
7. Sem prejuízo do disposto nas cláusulas 19^a e 28^a, 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.

CLÁUSULA 15^a - Início e Duração das Garantias

1. Só poderão ser admitidos os candidatos a pessoas seguras cuja idade respeite o limite definido pela seguradora e desde que hajam preenchido o respectivo questionário individual de saúde.
2. As garantias do contrato produzem os seus efeitos após o decurso dos períodos de carência, indicados para cada cobertura nas condições especiais ou nas condições particulares, sendo os mesmos contados a partir da data de adesão de cada pessoa segura.
3. Em caso de acidente ou doença súbita, que implique tratamento hospitalar urgente em regime de internamento ou ambulatório, não são aplicáveis os períodos de carência.

CLÁUSULA 16^a - Cartão Fidelidade Saúde

1. Para beneficiar dos serviços garantidos pelo presente contrato na(s) rede(s), a pessoa segura deve apresentar o seu cartão Fidelidade Saúde e um documento de identificação com fotografia. Em caso de extravio do cartão Fidelidade Saúde, a pessoa segura ou o Tomador do Seguro, devem comunicá-lo à seguradora através do serviço de apoio ao cliente, no prazo máximo de 48 horas, a fim de o mesmo ser anulado e se proceder à emissão de um novo cartão.
2. Este cartão é propriedade da seguradora e só pode ser utilizado pelo seu titular, nos termos e para os efeitos previstos no presente contrato.

CLÁUSULA 17^a - Alterações ao Contrato**1. Pela Seguradora**

Qualquer alteração de coberturas, capitais, franquias, períodos de carência e prémios, para vigorar na anuidade seguinte, deverá ser comunicada pela seguradora ao Tomador do Seguro com uma antecedência mínima de 60 dias em relação à data de vencimento do contrato. O Tomador do Seguro deverá aceitar ou recusar a proposta no prazo de 30 dias, findo o qual se entende aprovada a modificação proposta, caso venha a ser pago o prémio correspondente à anuidade subsequente ou à primeira fracção desta. Não sendo aceite a proposta pelo Tomador do Seguro, o contrato deverá ter-se por denunciado pela seguradora, para o termo da anuidade em curso.

2. Pelo Tomador do Seguro

As alterações ao contrato por iniciativa do Tomador do Seguro obedecem ao seguinte:

- a. A inclusão de pessoas seguras que integrem o agregado familiar é solicitada mediante comunicação à seguradora, com preenchimento de proposta e questionário individual de saúde. A inclusão de recém-nascidos num contrato que tenha como pessoa segura pelo menos um dos pais é aceite sem períodos de carência, sem doenças preexistentes e sem exclusão de doenças e malformações congénitas, desde que seja efectuada uma pré-adesão até ao 6º mês de gravidez. Para aplicação destas condições, a adesão definitiva deve ser feita nos primeiros 30 dias de vida da criança, mediante o preenchimento de proposta e questionário individual de saúde.
- b. A exclusão de pessoas seguras é solicitada mediante comunicação à seguradora, com uma antecedência mínima de 30 dias em relação à data de produção de efeitos. A seguradora procederá ao estorno do prémio pago relativo ao período não decorrido.
- c. A transferência da titularidade do plano contratado é solicitada pelo Tomador do Seguro mediante comunicação à seguradora, com uma antecedência mínima de 30 dias em relação à data de produção de efeitos, incluindo a aceitação da Pessoa Segura que será titular do novo contrato, iniciando-se o mesmo no dia seguinte, com preenchimento de proposta, mas sem necessidade de novo questionário individual de saúde.
- d. A alteração do plano contratado é solicitada pelo Tomador do Seguro, mediante comunicação à seguradora, com uma antecedência mínima de 90 dias em relação à data de vencimento, no âmbito dos planos em comercialização. A partir da data de início do novo plano, são considerados períodos de carência relativos a novas coberturas ou a aumentos de capital nas coberturas do plano anterior.

CLÁUSULA 18^a - Direito de Livre Resolução

1. O Tomador do Seguro que seja pessoa singular, dispõe de um prazo de 30 dias, a contar da recepção da apólice, para resolver o contrato, mediante comunicação por escrito, em suporte de papel ou outro meio duradouro disponível e acessível à seguradora.
2. O prazo referido no nº 1 conta-se a partir da data da celebração do contrato, desde que o Tomador do Seguro nessa data disponha, em papel ou noutro suporte duradouro, de todas as informações relevantes sobre o seguro que tenham de constar da apólice.
3. O exercício do direito de livre resolução determina a cessação do contrato, extinguindo todas as obrigações decorrentes, com efeitos a partir da celebração do mesmo, tendo a seguradora direito:
 - a. Ao valor do prémio calculado pro rata temporis, na medida em que tenha suportado o risco até à resolução do contrato;

- b. Ao montante das despesas razoáveis que tenha efectuado com exames médicos, sempre que esse valor seja imputado contratualmente ao Tomador do Seguro.

CLÁUSULA 19ª – Resolução do Contrato e Exclusão da Pessoa Segura

1. O contrato de seguro pode ser resolvido por qualquer das partes, a todo o tempo, havendo justa causa, nos termos gerais.
2. A resolução do contrato por falta de pagamento do prémio fica sujeita ao disposto nas disposições legais e contratuais aplicáveis.
3. A resolução do contrato produz os seus efeitos às 24 horas do próprio dia em que se verifique.
4. A pessoa segura poderá, no seguro de grupo contributivo, 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.
5. A pessoa segura poderá, ainda, ser excluída quando ela ou o beneficiário, com conhecimento daquela, pratique actos fraudulentos em prejuízo da seguradora ou do Tomador do Seguro.
6. A exclusão da pessoa segura prevista no antecedente número 5 não tem eficácia retroactiva e deve ser exercida, por declaração escrita, com aviso prévio de 8 dias, pela seguradora.

CLÁUSULA 20ª – Caducidade do Contrato

1. O contrato de seguro caduca automaticamente na data do seu termo, tratando-se de seguro celebrado por um período de tempo certo e determinado.
2. Tratando-se de seguro celebrado por um ano a continuar pelos anos seguintes, cada uma das adesões caduca automaticamente:
 - a. No termo da anuidade de seguro em que a pessoa segura 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 pela seguradora nas condições particulares;
 - c. No termo da anuidade em que a pessoa segura deixe de fazer parte do agregado familiar, ou no caso de descendente ou adoptado, deixe de estar abrangido pelo esquema oficial de concessão do abono de família.

CAPÍTULO V – PRESTAÇÃO PRINCIPAL DA SEGURADORA

CLÁUSULA 21ª – Valores Seguros e Franquias

1. Os valores máximos garantidos por esta apólice, assim como as franquias contratadas, constam das condições particulares e vigoram em cada anuidade do contrato.
2. A seguradora garante à pessoa segura o pagamento das despesas efectuadas, até ao limite contratado, em cada período de vigência do contrato.
3. Salvo convenção em contrário, nas situações de acerto de vencimento, os valores garantidos são proporcionais ao tempo em risco.

CLÁUSULA 22ª – Sub-Rogação

1. A seguradora, uma vez paga a indemnização, fica, nos termos da lei, sub-rogado, até à concorrência do valor da mesma, em todos os direitos da pessoa segura contra terceiro responsável pelos prejuízos, obrigando-se aquela a praticar o que necessário for para efectivar esses direitos.

2. A pessoa segura responderá por perdas e danos por qualquer acto ou omissão voluntária que possa impedir ou prejudicar o exercício desses direitos.

CLÁUSULA 23ª - Compensação de Créditos

No acto de pagamento de qualquer importância ao abrigo deste contrato, a seguradora, sempre que a lei o permita, poderá proceder ao desconto de quaisquer quantias que lhe sejam devidas pelo Tomador do Seguro ou pela pessoa segura.

CLÁUSULA 24ª - Coexistência de Contratos

1. O Tomador do Seguro e/ou segurado ficam obrigados a participar à seguradora, sob pena de responderem por perdas e danos, à existência de outros seguros com o mesmo objecto e garantia.
2. 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.

CAPÍTULO VI - OBRIGAÇÕES E DIREITOS DAS PARTES

CLÁUSULA 25ª - Obrigações do Tomador do Seguro e da Pessoa Segura

1. Em caso de sinistro coberto pelo presente contrato, o Tomador do Seguro e a pessoa segura, sob pena de responderem por perdas e danos, obrigam-se a:
 - a. Tomar as medidas ao seu alcance para evitar o agravamento do sinistro;
 - b. Participar o sinistro à seguradora, por escrito, nos 8 dias imediatos à sua ocorrência;
 - c. Realizar, sempre que solicitados, exames que serão suportados pela seguradora em médicos por ele designados, cessando a responsabilidade do mesmo se o não fizer;
 - d. Autorizar, no âmbito de sinistro que motive um pedido de prestação ou de reembolso por cuidados de saúde ao abrigo do contrato de seguro, os médicos e outros profissionais ou instituições de saúde a que tenha recorrido, a prestar ao médico que a seguradora designar, as informações por este solicitadas relativas ao seu estado de saúde e aos serviços clínicos prestados.
2. No regime de prestações por reembolso, o Tomador do Seguro e a pessoa segura obrigam-se ainda a apresentar à seguradora os recibos originais das despesas, no prazo máximo de 120 dias a contar da data da sua realização. Sempre que os originais tenham sido utilizados pela pessoa segura para pedido de reembolso de despesas a outra entidade, podem ser apresentadas fotocópias dos mesmos, desde que acompanhados de declaração emitida pela mesma entidade que faça prova do valor total da despesa e do valor do reembolso; de igual modo, sempre que a pessoa segura necessite de apresentar os originais para efeitos de pedido de reembolso posterior a outra entidade, apresentará para o efeito fotocópias dos mesmos, acompanhadas de declaração emitida pela seguradora, por forma a fazer prova do valor total da despesa e do valor do reembolso.
3. A seguradora não assume a responsabilidade pelas consequências de atraso ou negligência imputáveis à pessoa segura no recurso à assistência, o mesmo acontecendo se ela se recusar a seguir os tratamentos prescritos.
4. O Tomador do Seguro e a pessoa segura, respondem nos termos legais por perdas e danos, nos casos de fraude, simulação e falsidade para justificar despesas de saúde ou em qualquer outro uso de meios dolosos, que visem uma utilização abusiva do contrato para obter um benefício ilegítimo.

CLÁUSULA 26ª - Ónus da Prova

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

CLÁUSULA 27^a - 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 o cartão Fidelidade Saúde referido na cláusula 16^a, bem como disponibilizar informações sobre os serviços da(s) rede(s);
- b. Analisar com prontidão e diligência os pedidos de autorização, decidindo sobre os mesmos em prazo não superior a 5 dias 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 úteis a contar da data em que foi efectuado o apuramento das comparticipações a pagar, de acordo com o estipulado nas condições particulares. Se decorrido este prazo, a seguradora, na posse de todos os elementos indispensáveis ao reembolso das prestações, não tiver realizado essa obrigação, por causa não justificada ou que lhe seja imputável, incorrerá em mora, vencendo a indemnização juros à taxa legal em vigor.

CLÁUSULA 28^a - Responsabilidade da Seguradora em Caso de Não Renovação do Contrato

1. Em caso de não renovação do contrato, ou tratando-se de seguro de grupo, em caso de não renovação da adesão da pessoa segura, a seguradora fica, pelo período de 2 anos e até que se mostre esgotado o capital seguro disponível na anuidade em que o contrato ou a adesão, tratando-se de seguro de grupo, cessou, com a obrigação de efectuar as prestações contratualmente devidas, em consequência de doenças manifestadas ou acidentes ocorridos durante o período de vigência da apólice, desde que cobertos pelo seguro.
2. A obrigação prevista no número anterior, apenas se verifica em relação a doenças ou acidentes ocorridos e cobertos no período de vigência das garantias, desde que efectuada a respectiva comunicação à seguradora nos 30 dias imediatos ao termo do contrato, salvo justo impedimento.

CAPÍTULO VII - DISPOSIÇÕES DIVERSAS

CLÁUSULA 29^a - Comunicações e Notificações entre as Partes

1. As comunicações e notificações do Tomador do Seguro e da pessoa segura previstas nesta apólice, consideram-se válidas e 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 da pessoa segura, deve ser comunicada à seguradora nos 30 dias subsequentes à data em que se verificarem, sob pena das comunicações ou notificações que a seguradora venha a efectuar para a morada desactualizada se terem por válidas e eficazes.
3. As comunicações e 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 da pessoa segura constante do contrato, ou entretanto comunicada nos termos previstos no número anterior.

CLÁUSULA 30^a - Eficácia em relação a Terceiros

As excepções, invalidades e demais disposições que, de acordo com o presente 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.

CLÁUSULA 31^a - Moeda

1. O contrato de seguro pode ser efectuado em moeda nacional vigente ou em moeda estrangeira, de conformidade com a legislação monetária e cambial em vigor no País.

2. Sem prejuízo do (capital/valor) seguro estar expresso em moeda nacional vigente ou em moeda estrangeira, qualquer indemnização a que haja lugar será paga em moeda nacional vigente.
3. No caso de o (capital/valor) seguro estar expresso em moeda estrangeira, a indemnização será paga em moeda nacional vigente, sendo o contra valor calculado com base na taxa de câmbio moeda nacional vigente/moeda estrangeira, publicada pelo Banco Nacional de Angola à data de ocorrência do sinistro quando aplicável a Cláusula de Flutuação Cambial ou à taxa de câmbio moeda nacional vigente/moeda estrangeira em vigor na Fidelidade Angola na data de celebração do contrato de seguro ou de renovação da anuidade, caso a respectiva taxa de câmbio aí considerada seja inferior à vigente na data de ocorrência do sinistro, nas situações em que a Cláusula de Flutuação Cambial não seja aplicável.

CLÁUSULA 32^a - Flutuação Cambial

1. Fica acordado entre as partes que em caso de flutuação cambial superior a 5% da Moeda Nacional de Angola em relação aos dólares norte americanos, reserva-se o direito à Seguradora de emissão de recibo compensatório desde a data em que ocorra a flutuação até ao término do contrato, em base pró-rata temporis.
2. Os valores de referência a considerar para efeitos da presente cláusula serão aferidos quinzenalmente no primeiro e no décimo sexto dia de cada mês através de análise aos valores médios da quinzena anterior. Os valores de referência utilizados serão aqueles que forem publicados pelo BNA - Banco Nacional de Angola - no seu Sítio da Internet.

CLÁUSULA 33^a - Lei Aplicável

A lei aplicável ao presente contrato é a angolana.

CLÁUSULA 34^a - Reclamações

A apresentação de qualquer reclamação relacionada com o presente contrato ou com as obrigações e direitos decorrentes, pode ser efectuada directamente à seguradora ou através do instituto de supervisão de seguros, autoridade de supervisão da actividade seguradora.

CLÁUSULA 35^a - Arbitragem

Nos litígios surgidos ao abrigo deste contrato pode haver recurso à arbitragem, a efectuar nos termos da lei.

CLÁUSULA 36^a - Foro Competente

O foro competente para dirimir qualquer litígio emergente deste contrato é o do local da emissão da apólice, sem prejuízo do estabelecido na lei angolana no que respeita à competência territorial em matéria de cumprimento de obrigações.

CONDIÇÕES ESPECIAIS**Disposições comuns**

Na parte aqui não especificamente regulamentada, aplicam-se às condições especiais a seguir indicadas as disposições constantes das condições gerais do seguro de saúde.

A. ANGOLA**I - INTERNAMENTO HOSPITALAR****1. Cobertura**

A presente condição especial garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas condições particulares, o pagamento de despesas efectuadas, em Angola, adiante indicadas, com os actos de diagnóstico ou terapêutica, cuja realização requeira os meios e serviços específicos de ambiente hospitalar, com internamento por período igual ou superior a 24 horas. Ainda que o internamento tenha duração inferior a 24 horas, está também garantido o pagamento das despesas acima referidas, quando decorrentes de cirurgia de ambulatório cuja valorização relativa seja igual ou superior a 100 k, de acordo com as valorizações estabelecidas na tabela de valores de actos médicos, publicada no website da Fidelidade Angola, ficam abrangidas por esta condição especial as despesas efectuadas com:

- a. Acomodação e utilização das infra-estruturas necessárias para a realização dos actos médicos (diárias, bloco operatório e equipamentos);
- b. Honorários médicos e de enfermagem, relacionados com a assistência prestada;
- c. Medicamentos, materiais e todos os produtos associados aos cuidados prestados;
- d. Exames auxiliares de diagnóstico, associados aos actos médicos realizados;
- e. Material de osteosíntese e próteses intra-cirúrgicas;
- f. Cirurgias de estomatologia, medicina dentária e cirurgia maxilo-facial que resultem de acidente coberto pelo contrato;
- g. Tratamentos de quimioterapia citostática e radioterapia, ainda que realizadas em ambulatório.

2. Exclusões

Para além das exclusões previstas nas condições gerais, a presente condição especial não garante despesas:

- a. Decorrentes da realização de pequena cirurgia, qualquer que seja o período de permanência na unidade hospitalar;
- b. Decorrentes de parto normal, cesariana e interrupção involuntária da gravidez;
- c. Efectuadas por acompanhantes da pessoa segura, excepto em caso de internamento hospitalar de menores até aos catorze anos de idade ou de cidadãos portadores de deficiência congénita ou adquirida;
- d. Despesas de natureza particular.

3. Regime de prestações

As coberturas desta condição especial são garantidas no regime de prestações na rede e/ou no regime de prestações por reembolso, conforme definido nas condições particulares ou no certificado individual de adesão. Para a prestação em rede carecem sempre de autorização, que deve ser solicitada através do serviço de apoio ao cliente. No entanto, as despesas relativas a honorários médicos, são garantidas tanto no regime de prestações na rede como no regime de prestações por reembolso, limitadas ao valor de k indicado nas condições particulares ou no certificado individual de adesão.

II - EMERGÊNCIAS MÉDICAS EM ANGOLA**1. Cobertura**

As garantias conferidas por esta condição especial só são accionáveis se se verificar uma situação de emergência médica em Angola.

2. Exclusões

Estão expressamente excluídas as despesas de tratamento.

3. Regime de prestações

A cobertura desta condição especial é garantida no regime de prestações na rede, devendo ser solicitada através do serviço de apoio ao cliente.

A. AVALIAÇÃO TELEFÓNICA DA NATUREZA E GRAVIDADE DA OCORRÊNCIA

Caso se verifique o internamento da Pessoa Segura, a seguradora garante, através da sua equipa médica e em conjunto com o Médico Assistente da Pessoa Segura, a avaliação da natureza e gravidade da situação clínica, bem como o acompanhamento da sua evolução, disponibilizando essa informação à família, caso tal seja solicitado.

B. ACONSELHAMENTO E INFORMAÇÃO MÉDICA DE EMERGÊNCIA

A seguradora garante à Pessoa Segura a possibilidade de, em caso de emergência, contactar o serviço telefónico de aconselhamento e informação médica, que prestará o seu apoio, tendo em vista a adopção de medidas que visem a melhoria da saúde da Pessoa Segura, podendo accionar os meios de socorro disponíveis e indicados para tais situações.

O aconselhamento e apoio médico concedidos ao abrigo desta condição especial visam a identificação dos sintomas que a Pessoa Segura comunicar telefonicamente ao serviço, cabendo a este sugerir a utilização dos meios mais adequados ao tipo de situação comunicada, com indicação eventual da necessidade de recurso a cuidados médicos presenciais ou de outro tipo de acções. A responsabilidade desta cobertura fica, pois, limitada à responsabilidade decorrente deste tipo de acto médico nas circunstâncias não presenciais em que é praticado.

C. TRANSPORTE DE URGÊNCIA DA PESSOA SEGURA PARA UNIDADE HOSPITALAR APROPRIADA

A seguradora garante, sempre que o seu estado de saúde da Pessoa Segura o justifique, o direito a:

- a. Transporte de urgência em ambulância até à unidade hospitalar mais próxima;
- b. Transporte desde a unidade hospitalar em que se encontre internada para outra unidade hospitalar que lhe seja indicada;
- c. Transporte de regresso ao seu domicílio habitual, após alta médica.

D. TRANSPORTE DA PESSOA SEGURA POR AVIÃO SANITÁRIO OU VOO COMERCIAL

Se a Pessoa Segura necessitar de tratamento que não possa ser prestado em unidade hospitalar em Angola, a seguradora providenciará a sua transferência, por avião sanitário ou voo comercial, para unidade hospitalar em Portugal ou na China onde possam ser prestados os cuidados médicos necessários. Cada evacuação será decidida e supervisionada pela equipa médica da seguradora.

Em alternativa e mediante o acordo de todas as partes, o transporte poderá ser efectuado para a África do Sul ou outro país na região, caso esta solução reúna condições para o tratamento da Pessoa Segura.

Ficam, ainda, garantidos, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, o pagamento das despesas relativas a dormida, efectuadas por um acompanhante da Pessoa Segura em internamento hospitalar de menores até aos catorze anos de idade ou de cidadãos portadores de deficiência congénita ou adquirida.

Esta garantia tem como limite máximo três dormidas, por sinistro e por anuidade.

E. REPATRIAMENTO DA PESSOA SEGURA DOENTE OU DOS SEUS RESTOS MORTAIS PARA ANGOLA OU PAÍS DA SUA NACIONALIDADE

Se a Pessoa Segura tiver sido transportada ao abrigo da garantia de transporte da Pessoa Segura por avião sanitário ou voo comercial, a seguradora garantirá o seu repatriamento para Angola ou país da sua nacionalidade, quando tal for clinicamente aconselhável ou caso faleça em consequência da doença que deu origem ao referido transporte.

III - PARTO NORMAL, CESARIANA E INTERRUPTÃO INVOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ

1. Cobertura

A presente condição especial garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas condições particulares, o pagamento das despesas efectuadas, em Angola, com os actos de diagnóstico ou terapêutica, inerentes a parto normal, cesariana e interrupção involuntária da gravidez, que requeiram os meios e serviços específicos de ambiente hospitalar.

Ficam abrangidas por esta condição especial as despesas efectuadas com:

- a. Acomodação e utilização das infra-estruturas necessárias para a realização dos actos médicos (diárias, bloco operatório e equipamentos);
- b. Honorários médicos e de enfermagem relacionados com a assistência prestada;
- c. Materiais e todos os produtos associados aos cuidados prestados;
- d. Exames auxiliares de diagnóstico da pessoa segura efectuados durante o período de internamento;
- e. Medicamentos ministrados à pessoa segura durante o internamento hospitalar.

2. Exclusões

As despesas necessárias para com o recém-nascido, após alta da mãe, só ficam garantidas se o Tomador do Seguro solicitar à seguradora a pré-adesão até ao 6º mês de gravidez, complementada com uma adesão definitiva até 30 dias após o nascimento. Neste caso, aceite a inclusão do recém-nascido como pessoa segura, será devido o correspondente prémio a partir do seu nascimento.

Para além das exclusões previstas nas condições gerais, a presente condição especial não garante:

- a. Despesas de natureza particular;
- b. Despesas com acompanhantes.

3. REGIME DE PRESTAÇÕES

As coberturas desta condição especial são garantidas no regime de prestações na rede e/ou no regime de prestações por reembolso, conforme definido nas condições particulares ou no certificado individual de adesão. Para a prestação em rede carecem sempre de autorização, que deve ser solicitada através do serviço de apoio ao cliente. No entanto, as despesas relativas a honorários médicos, são garantidas tanto no regime de prestações na rede como no regime de prestações por reembolso, limitadas ao valor de k indicado nas condições particulares ou no certificado individual de adesão.

IV - AMBULATÓRIO

1. Cobertura

A presente condição especial garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas condições particulares, o pagamento de despesas efectuadas, em Angola, com os actos de diagnóstico ou terapêutica, que não requeiram os meios e serviços específicos de ambiente hospitalar, mesmo que nele sejam realizados.

Ficam abrangidas por esta condição especial as despesas efectuadas com:

- a. Honorários de consultas médicas;
- b. Honorários médicos e de enfermagem relativos a outros actos médicos realizados em regime ambulatorio;
- c. Materiais e produtos associados aos actos médicos realizados em regime ambulatorio;
- d. Exames auxiliares de diagnóstico;
- e. Tratamentos do foro da medicina física e de reabilitação, incluindo terapia da fala, desde que prescritos por médico.

2. Exclusões

Para além das exclusões previstas nas condições gerais, a presente condição especial não garante:

- a. Consultas, tratamentos, cirurgia e próteses do foro estomatológico;
- b. Exercícios de ortóptica;
- c. Próteses e ortóteses;
- d. Medicamentos.

3. Regime de prestações

As coberturas desta condição especial são garantidas no regime de prestações na rede e/ou no regime de prestações por reembolso, conforme definido nas condições particulares ou no certificado individual de adesão.

O acesso aos serviços garantidos por esta condição especial carece de prévia autorização nos seguintes casos:

3.1. Consultas

- a. Genética;
- b. Consultas domiciliárias.

3.2. Exames auxiliares de diagnóstico e meios terapêuticos

- a. Polissonografia;
- b. Ressonância magnética nuclear;
- c. Meios invasivos de diagnóstico e terapêutica em cardiologia;
- d. Meios invasivos de diagnóstico e terapêutica vascular;
- e. Hemodiálise;
- f. Radioterapia;
- g. Tratamentos do foro da medicina física e de reabilitação.

V - ESTOMATOLOGIA

1. Cobertura

A presente condição especial garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas condições particulares, o pagamento de despesas efectuadas, em Angola, com os actos de diagnóstico ou terapêutica, do foro estomatológico.

Ficam abrangidas por esta condição especial as despesas efectuadas com:

- a. Honorários médicos;
- b. Exames auxiliares de diagnóstico;
- c. Materiais e todos os produtos associados aos actos médicos realizados;
- d. Acomodação e utilização das infra-estruturas necessárias para a realização dos actos médicos realizados em ambiente hospitalar (diárias, bloco operatório e equipamentos);
- e. Medicamentos ministrados durante o internamento hospitalar.

2. Exclusões

Para além das exclusões previstas nas condições gerais, a presente condição especial não garante:

- a. Aparelhos de ortodôncia e respectivos moldes e estudos;
- b. Tratamentos efectuados com utilização de metais preciosos;
- c. Reabilitação de dentes em falta ou reabilitados com prótese à data da celebração do contrato;
- d. Próteses estomatológicas.

3. Regime de prestações

As coberturas desta condição especial são garantidas no regime de prestações na rede e/ou no regime de prestações por reembolso, conforme definido nas condições particulares ou no certificado individual de adesão.

VI - PRÓTESES E ORTÓTESES

1. Cobertura

A presente condição especial garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas condições particulares, o pagamento de despesas efectuadas, em Angola, com próteses ou ortóteses, desde que prescritas por um médico da especialidade ou optometrista.

2. Exclusões

Para além das exclusões previstas nas condições gerais, a presente condição especial não garante:

- a. Próteses do foro estomatológico;
- b. Testes optométricos;
- c. Cintas medicinais, meias elásticas e colchões ortopédicos;
- d. Aquisição ou aluguer de equipamentos;
- e. Calçado ortopédico;
- f. Aquisição isolada de aros oculares;
- g. Extravio, furto, roubo ou quebra de ortóteses oculares.

3. Procedimentos

Relativamente a próteses de foro oftalmológico, as coberturas garantidas pela presente condição especial, são aceites pela seguradora mediante a aplicação dos procedimentos a seguir indicados:

- a. Na primeira apresentação de despesa de lentes oculares, a mesma só será comparticipada quando acompanhada da respectiva prescrição efectuada por médico ou optometrista. Nas apresentações seguintes, a comparticipação de despesas só será efectuada quando se verificar a existência de alteração da correcção relativamente à prescrição anterior;
- b. Os aros oculares só são comparticipáveis quando adquiridos em conjunto com as lentes oculares, desde que estas sejam também comparticipáveis;
- c. Considera-se como vida útil para os aros e lentes o prazo de três anos, findo o qual estes passam a ser comparticipáveis, mesmo que não se verifique a existência de alteração da correcção relativamente à prescrição anterior. Este prazo de vida útil não é aplicável a lentes de contacto descartáveis;
- d. No caso de menores de 16 anos, os aros e lentes poderão ser comparticipáveis sem que se verifique a referida alteração, desde que na prescrição médica seja explícita a necessidade de trocar de óculos em consequência do seu crescimento;
- e. Não serão nunca consideradas as situações de furto, roubo, extravio ou quebra de óculos ou lentes, excepto quando consequente de acidente garantido pelo contrato, desde que a respectiva participação de acidente seja acompanhada de documento comprovativo das lesões físicas provocadas na pessoa segura, elaborado pelo médico, ou unidade hospitalar que prestou assistência.

4. Regime de prestações

As coberturas desta condição especial são garantidas no regime de prestações por reembolso.

VII - MEDICAMENTOS

1. Cobertura

A presente condição especial garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas condições particulares, o pagamento de despesas efectuadas, em Angola, com medicamentos, que como tal se encontrem classificados pela autoridade competente do ministério da saúde, desde que prescritos por um médico para tratamento de doença ou acidente que tenham cobertura na apólice.

2. Exclusões

Para além das exclusões previstas nas condições gerais, a presente condição especial não garante:

- a. Champôs, sabonetes, pastas medicinais e similares;
- b. Produtos de estética, cosmética e higiene;
- c. Produtos dietéticos, homeopáticos ou manipulados;
- d. Anticoncepcionais e dispositivos intra-uterinos;
- e. Vacinas, com excepção das do foro alergológico;
- f. Alimentação infantil;

- g. Artigos sanitários e anti-sépticos;
- h. Material de penso;
- i. Produtos para tratamento da obesidade.

3. Regime de prestações

Esta cobertura está garantida no regime de prestações na rede e /ou no regime de prestações por reembolso, conforme definido nas condições particulares ou no certificado individual de adesão.

VIII – SUBSÍDIO POR INTERNAMENTO HOSPITALAR

1. O presente contrato garante o pagamento de um Subsídio Diário em caso de Hospitalização da Pessoa Segura por um período superior a 72 (setenta e duas) horas completas, incluindo a fase de Convalescença, quando a Hospitalização seja consequência de uma Doença manifestada ou de um Acidente ocorrido durante a vigência deste contrato e nos termos das presentes Condições Gerais e Particulares.
2. O valor do Subsídio Diário devido nos termos do presente contrato é de 5.000,00 AOA por dia.
3. Caso haja Hospitalização em consequência de Doença, existe um período de franquia de 15 (quinze) dias, sendo o subsídio pago a partir do 16º período completo de 24 horas completas de hospitalização (inclusive).
4. Por cada sinistro que resulte em Hospitalização, o Subsídio Diário será pago até ao máximo de 30 (trinta) dias, quer o internamento hospitalar corresponda a um só período ou a vários períodos interpolados. O período referido é contado desde o primeiro dia de internamento não pago, não contando o dia em que a Pessoa Segura abandona o hospital.
5. Se existirem vários períodos de Hospitalização relativos a um mesmo sinistro e o intervalo entre cada estadia no hospital for inferior a 60 (sessenta) dias, não será aplicado novo período de franquia.
6. O limite máximo indemnizável por ano é de 30 dias.

IX – LINHA DE ATENDIMENTO CLÍNICO

1. Cobertura

A presente Condição Especial garante à Pessoa Segura, através de pedido online ou telefónico, a possibilidade de obter apoio e aconselhamento para adopção de medidas que visem a melhoria da sua saúde.

A resposta poderá ser, conforme seja estabelecido nas Condições Particulares da apólice, e conforme opção da Pessoa segura:

- Por contacto telefónico à consulta;
- Para o endereço de correio electrónico;
- Através de uma aplicação móvel (app).

Este serviço é prestado por uma equipa de especialistas (médicos e nutricionistas). O aconselhamento e apoio concedido dentro desta Condição Especial, visa a identificação dos sinais e sintomas que a Pessoa Segura comunique. Caberá ao serviço de apoio de especialistas sugerir a utilização dos meios mais adequados ao tipo de situação, com indicação da eventualidade de a mesma carecer de cuidados médicos presenciais ou de outro tipo de acções. A responsabilidade desta cobertura fica, pois, limitada à responsabilidade decorrente deste tipo de acto médico nas circunstâncias não presenciais em que é praticado.

Os serviços que integram a presente cobertura são os seguintes:

a) CONSULTA POR TELEFONE OU POR E-MAIL

A consulta por telefone ou por e-mail permite à Pessoa Segura consultar uma equipa médica especializada em Medicina Geral e Familiar.

Na consulta por e-mail a pessoa segura poderá fazer o envio de imagens e de exames médicos para que os médicos possam avaliar a respetiva situação clínica.

b) SEGUNDA OPINIÃO MÉDICA

O objectivo do serviço é ajudar a decisão do tratamento adequado, a seguir com tranquilidade e segurança. O serviço permite, em caso de doença diagnosticada, ter acesso a uma 2ª opinião por parte de uma equipa de médicos e enfermeiros, especializados em Medicina Geral e Familiar através de uma simples chamada.

c) ACONSELHAMENTO NUTRICIONAL

O serviço de Aconselhamento Nutricional tem por objeto a realização de consultas relacionadas com alimentos ou dieta, efetuadas por uma equipa de especialistas em nutrição e dietética, à qual poderá ser solicitada análise de Exames Auxiliares de Diagnóstico, relatórios médicos, ementas etc.

d) TESTE DE HÁBITOS SAUDÁVEIS

O serviço de Testes de Hábitos Saudáveis é um teste online que permite à Pessoa Segura obter:

- Relatório sobre o seu estado de saúde com recomendações personalizadas;
- Avaliação do risco cardiovascular;
- Recomendações dietéticas personalizadas sobre o estilo de vida.

O serviço inclui a possibilidade de parecer médico sobre o relatório, quando a Pessoa Segura considere necessário, o qual poderá ser solicitado online ou telefonicamente.

2. Exclusões

Para além das exclusões previstas nas Condições Gerais, a presente Condição Especial não garante:

- 1)** Eventuais danos por atrasos ou dificuldades no acesso a este serviço, em consequência de anomalias nas redes de telecomunicações;
- 2)** Eventuais consequência de atraso ou negligência imputáveis à Pessoa Segura no recurso à assistência médica, bem com as consequências de informação deficiente, incorrecta ou inexacta por ela prestada ou por terceiros sob as suas instruções;
- 3)** Eventuais consequências de não cumprimento, por parte da Pessoa Segura, das indicações fornecidas através do serviço.

3. Regime de prestações

As coberturas desta condição especial são garantidas no regime de prestações na rede.

B. EXTENSÃO A PORTUGAL

X - EXTENSÃO A PORTUGAL - INTERNAMENTO HOSPITALAR

1. Cobertura

A presente condição especial garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas condições particulares, o pagamento de despesas efectuadas, em Portugal, com os actos de diagnóstico ou terapêutica, cuja realização requeira os meios e serviços específicos de ambiente hospitalar com internamento por período igual ou superior a 24 horas. Ainda que o internamento tenha duração inferior a 24 horas, está também garantido o pagamento das despesas acima referidas, quando decorrentes de cirurgia de ambulatório cuja valorização relativa seja igual ou superior a 100 k, de acordo com as valorizações estabelecidas na tabela de valores de actos médicos, publicada no website da Fidelidade Angola.

Ficam abrangidas por esta condição especial as despesas efectuadas com:

- a.** Acomodação e utilização das infra-estruturas necessárias para a realização dos actos médicos (diárias, bloco operatório e equipamentos);
- b.** Honorários médicos e de enfermagem, relacionados com a assistência prestada;
- c.** Medicamentos, materiais e todos os produtos associados aos cuidados prestados;
- d.** Exames auxiliares de diagnóstico, associados aos actos médicos realizados;
- e.** Material de osteosíntese e próteses intra-cirúrgicas;

- f.** Cirurgias de estomatologia, medicina dentária e cirurgia maxilo-facial que resultem de acidente coberto pelo contrato;
- g.** Tratamentos de quimioterapia citostática e radioterapia, ainda que realizadas em ambulatório.

2. Exclusões

Para além das exclusões previstas nas condições gerais, a presente condição especial não garante despesas:

- a.** Decorrentes da realização de pequena cirurgia, qualquer que seja o período de permanência na unidade hospitalar;
- b.** Decorrentes de parto normal, cesariana e interrupção involuntária da gravidez;
- c.** Efectuadas por acompanhantes da pessoa segura, excepto em caso de internamento hospitalar de menores até aos catorze anos de idade ou de cidadãos portadores de deficiência congénita ou adquirida;
- d.** Despesas de natureza particular.

3. Regime de prestações

As coberturas desta condição especial são garantidas no regime de prestações na rede e/ou no regime de prestações por reembolso, conforme definido nas condições particulares ou no certificado individual de adesão. Para a prestação em rede carecem sempre de autorização, que deve ser solicitada através do serviço de apoio ao cliente.

Apenas se garante o reembolso de despesas com actos realizados em prestadores da rede Multicare. Para esse efeito, a presente condição especial garante à pessoa segura o direito de acesso à rede médica em Portugal.

XI - EXTENSÃO A PORTUGAL - PARTO NORMAL, CESARIANA E INTERRUPTÃO INVOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ

1. Cobertura

A presente condição especial garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas condições particulares, o pagamento das despesas efectuadas, em Portugal, com os actos de diagnóstico ou terapêutica, inerentes a parto normal, cesariana e interrupção involuntária da gravidez, que requeiram os meios e serviços específicos de ambiente hospitalar.

Ficam abrangidas por esta condição especial as despesas efectuadas com:

- a.** Acomodação e utilização das infra-estruturas necessárias para a realização dos actos médicos (diárias, bloco operatório e equipamentos);
- b.** Honorários médicos e de enfermagem relacionados com a assistência prestada;
- c.** Materiais e todos os produtos associados aos cuidados prestados;
- d.** Exames auxiliares de diagnóstico da pessoa segura efectuados durante o período de internamento;
- e.** Medicamentos ministrados à pessoa segura durante o internamento hospitalar.

2. Exclusões

As despesas necessárias para com o recém-nascido, após alta da mãe, só ficam garantidas se o Tomador do Seguro solicitar à seguradora a pré-adesão até ao 6º mês de gravidez, complementada com uma adesão definitiva até 30 dias após o nascimento. Neste caso, aceite a inclusão do recém-nascido como pessoa segura, será devido o correspondente prémio a partir do seu nascimento.

Para além das exclusões previstas nas condições gerais, a presente condição especial não garante:

- a.** Despesas de natureza particular;
- b.** Despesas com acompanhantes.

3. Regime de prestações

As coberturas desta condição especial são garantidas no regime de prestações na rede e/ou no regime de prestações por reembolso, conforme definido nas condições particulares ou no certificado individual de adesão. Para a prestação

em rede carecem sempre de autorização, que deve ser solicitada através do serviço de apoio ao cliente.

Apenas se garante o reembolso de despesas com actos realizados em prestadores da rede Multicare. Para esse efeito, a presente condição especial garante à pessoa segura o direito de acesso à rede médica em Portugal.

XII - EXTENSÃO A PORTUGAL - AMBULATÓRIO

1. Cobertura

A presente condição especial garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas condições particulares, o pagamento de despesas efectuadas, em Portugal, com os actos de diagnóstico ou terapêutica, que não requeiram os meios e serviços específicos de ambiente hospitalar, mesmo que nele sejam realizados.

Ficam abrangidas por esta condição especial as despesas efectuadas com:

- a. Honorários de consultas médicas;
- b. Honorários médicos e de enfermagem relativos a outros actos médicos realizados em regime ambulatorio;
- c. Materiais e produtos associados aos actos médicos realizados em regime ambulatorio;
- d. Exames auxiliares de diagnóstico;
- e. Tratamentos do foro da medicina física e de reabilitação, incluindo terapia da fala, desde que prescritos por médico.

2. Exclussões

Para além das exclussões previstas nas condições gerais, a presente condição especial não garante:

- a. Consultas, tratamentos, cirurgia e próteses do foro estomatológico;
- b. Exercícios de ortóptica;
- c. Próteses e ortóteses;
- d. Medicamentos.

3. Regime de prestações

As coberturas desta condição especial são garantidas no regime de prestações por reembolso, conforme definido nas condições particulares ou no certificado individual de adesão.

Apenas se garante o reembolso de despesas com actos realizados em prestadores da rede Multicare. Para esse efeito, a presente condição especial garante à pessoa segura o direito de acesso à rede médica em Portugal.

O acesso aos serviços garantidos por esta condição especial carece de prévia autorização nos seguintes casos:

3.1 Consultas

- a. Genética;
- b. Consultas domiciliárias.

3.2 Exames auxiliares de diagnóstico e meios terapêuticos

- a. Polissonografia;
- b. Ressonância magnética nuclear;
- c. Meios invasivos de diagnóstico e terapêutica em cardiologia;
- d. Meios invasivos de diagnóstico e terapêutica vascular;
- e. Hemodiálise;
- f. Radioterapia;
- g. Tratamentos do foro da medicina física e de reabilitação.

XIII - EXTENSÃO A PORTUGAL - ESTOMATOLOGIA

1. Cobertura

A presente condição especial garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas condições particulares, o pagamento de despesas efectuadas, em Portugal, com os actos de diagnóstico ou terapêutica, do foro estomatológico.

Apenas se garante o reembolso de despesas com actos realizados em prestadores da rede Multicare. Para esse efeito, a presente condição especial garante à pessoa segura o direito de acesso à rede médica em Portugal.

Ficam abrangidas por esta condição especial as despesas efectuadas com:

- a. Honorários médicos;
- b. Exames auxiliares de diagnóstico;
- c. Próteses estomatológicas;
- d. Materiais e todos os produtos associados aos actos médicos realizados;
- e. Acomodação e utilização das infra-estruturas necessárias para a realização dos actos médicos realizados em ambiente hospitalar (diárias, bloco operatório e equipamentos);
- f. Medicamentos ministrados durante o internamento hospitalar.

2. Exclusões

Para além das exclusões previstas nas condições gerais, a presente condição especial não garante:

- a. Aparelhos de ortodôncia e respectivos moldes e estudos;
- b. Tratamentos efectuados com utilização de metais preciosos;
- c. Reabilitação de dentes em falta ou reabilitados com prótese à data da celebração do contrato.

3. Regime de prestações

As coberturas desta condição especial são garantidas no regime de prestações por reembolso, conforme definido nas condições particulares ou no certificado individual de adesão.

Apenas se garante o reembolso de despesas com actos realizados em prestadores da rede Multicare. Para esse efeito, a presente condição especial garante à pessoa segura o direito de acesso à rede médica em Portugal.

XIV - EXTENSÃO A PORTUGAL - MEDICAMENTOS

1. Cobertura

A presente condição especial garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas condições particulares, o pagamento de despesas efectuadas, em Portugal, com medicamentos, que como tal se encontrem classificados pela autoridade competente do ministério da saúde.

Desde que prescritos por um médico para tratamento de doença ou acidente que tenham cobertura na apólice.

2. Exclusões

Para além das exclusões previstas nas condições gerais, a presente condição especial não garante:

- a. Champôs, sabonetes, pastas medicinais e similares;
- b. Produtos de estética, cosmética e higiene;
- c. Produtos dietéticos, homeopáticos ou manipulados;
- d. Anticoncepcionais e dispositivos intra-uterinos;
- e. Vacinas, com excepção das do foro alergológico;

- f. Alimentação infantil;
- g. Artigos sanitários e anti-sépticos;
- h. Material de penso;
- i. Produtos para tratamento da obesidade.

3. Regime de prestações

Esta cobertura funciona apenas no regime de prestações por reembolso.

C. EXTENSÃO AO ESTRANGEIRO

XV - ASSISTÊNCIA CLÍNICA EM VIAGEM

1. Cobertura

1.1. Âmbito Territorial

Os riscos estão cobertos em qualquer parte do Mundo com exceção do país de nacionalidade da Pessoa Segura.

1.2. Garantias

A presente Condição Especial garante à Pessoa Segura, quando em viagem ou deslocação no estrangeiro não superior a 60 dias, o direito a um Serviço de Assistência em situações de acidente ou doença declarada no decurso da viagem, nos termos e limites fixados nesta Condição Especial, com os seguintes serviços:

- a. **Admissão e Informação** - Em caso de doença declarada no decurso da viagem ou acidente que implique a necessidade de internamento ou tratamento da Pessoa Segura, devidamente justificado, em hospital ou clínica, o Segurador tratará dos procedimentos necessários à admissão da Pessoa Segura na unidade hospitalar escolhida pela Pessoa Segura, bem como assumirá o encargo de fornecer informação sobre o hospital ou clínica mais apropriada à sua situação.
- b. **Despesas Médicas** - Em caso de doença declarada no decurso da viagem ou acidente durante a viagem, o Segurador garante até ao valor máximo de 1.000.000,00 AOA com uma franquia por evento no valor de 20.000,00 AOA, o pagamento de despesas relativas a:
 - Internamento hospitalar;
 - Honorários médicos e de consultas;
 - Medicamentos classificados como tal e prescritos por médico;
 - Transporte em ambulância, veículo sanitário ligeiro ou outro meio de transporte que a gravidade da situação justifique, desde o local da ocorrência até ao hospital ou clínica mais próxima.
- c. **Controlo Médico** - Se a Pessoa Segura for hospitalizada, a equipa médica do Segurador acompanhará a sua evolução clínica, mantendo contacto com o médico responsável e com a família daquela, sempre que o estado clínico o justifique.
- d. **Acompanhamento de Pessoa Segura hospitalizada** - Se a Pessoa Segura for hospitalizada e o seu estado de saúde não aconselhar o seu repatriamento, o Segurador suporta as despesas a realizar com a estadia num hotel, por um seu familiar ou outra pessoa que se encontre presente no local, até ao valor máximo de 10.000,00 AOA dia e 100.000,00 AOA por evento. Se previsivelmente o internamento tiver uma duração superior a 10 dias, e quando não se encontre no local outra pessoa que possa acompanhar, o Segurador suporta as despesas a realizar por um seu familiar com a viagem de ida e volta em avião de carreira regular em classe turística ou qualquer outro meio de transporte adequado, para que possa deslocar-se para junto da Pessoa Segura, suportando igualmente as despesas de estadia num hotel, até ao valor máximo de 10.000,00 AOA dia e 100.000,00 AOA por evento.
- e. **Encargos com crianças no Estrangeiro** - O Segurador garante o pagamento das despesas com a guarda de crianças com idade inferior a 15 anos, durante o período máximo de 10 dias, bem como o retorno ao respectivo domicílio, se a Pessoa Segura que as tem a seu cargo falecer ou for hospitalizada, ou garante o pagamento de um bilhete de viagem (ida e volta) a um membro da respectiva família que possa ocupar-se delas.

- f. Repatriamento ou transporte sanitário** - Em caso de doença declarada no decurso da viagem ou acidente o Segurador garante o pagamento das despesas de transporte pelo meio adequado, da Pessoa Segura que tenha sofrido uma lesão corporal grave, para o centro hospitalar prescrito pela equipa médica ou para o seu domicílio habitual, após controlo prévio da equipa médica da Seguradora, em contacto com o médico assistente, para determinação das medidas mais convenientes a tomar. Se a Pessoa Segura for internada num centro hospitalar distante do seu domicílio, o Segurador garante o pagamento das despesas do seu subsequente transporte, quando oportuno, até ao seu domicílio. O meio de transporte a utilizar pelo Segurador poderá ser o avião ambulância, o avião comercial de linha regular ou outro meio adequado à urgência e gravidade do caso.
- g. Repatriamento após morte** - Em caso de morte da Pessoa Segura, o Segurador garante o pagamento e tratamento das formalidades no local e das despesas de transporte do corpo até ao local do enterro em Angola, com exclusão das respeitantes à aquisição de urna de madeira. No caso das Pessoas Seguras acompanhantes no momento do falecimento não poderem regressar pelos meios inicialmente previstos, a Seguradora suportará as despesas de transporte para o regresso das mesmas até ao local de inumação ou até ao seu domicílio habitual em Angola.

2. Regime de Prestações

As coberturas desta Condição Especial são garantidas no regime de prestações na rede, devendo ser solicitadas através do Serviço de Apoio ao Cliente.