

CONDIÇÕES GERAIS



CG.DP.32.R0

SEGURO DE  
**SAÚDE**

## CONDIÇÕES GERAIS

### Artigo Preliminar

Entre a COMPANHIA DE SEGUROS ÍNDICO S.A., adiante designada por **Seguradora** e o **Tomador do Seguro** mencionado nas Condições Particulares é celebrado o presente contrato de seguro que se rege pelas Condições Gerais, Especiais e Particulares desta Apólice, contratada em harmonia com as declarações constantes da Proposta que lhe serviu de base e respectiva documentação clínica necessária à aceitação dos riscos por parte da Seguradora, da qual é parte integrante:

### CAPÍTULO I

#### DEFINIÇÕES E OBJECTO DO CONTRATO

##### ARTIGO 1º DEFINIÇÕES

1. Para efeitos do presente contrato, os termos nele contidos, assumirão o seguinte sentido:

- a) **ACIDENTE:** O acontecimento fortuito, súbito e anormal, provocado por causa externa e alheia à vontade da Pessoa Segura e que nesta origine lesões corporais que possam ser clínicas e objectivamente constatadas, susceptíveis de accionar as coberturas do contrato;
- b) **ACTA ADICIONAL:** Documento que formaliza uma alteração na Apólice.
- c) **AGREGADO FAMILIAR:** Conjunto das pessoas identificadas nas Condições Particulares, constituído pelo Participante, o seu cônjuge ou pessoa que com ele viva em união de facto, e os descendentes menores e solteiros (ou, não sendo menores, desde que sejam estudantes de idade inferior a 25 anos e apresentem o respectivo comprovativo, incluindo adotados, tutelados e curatelados), que coabitem com o Participante.
- d) **APÓLICE:** Documento que titula o contrato de seguro de saúde celebrado entre o Tomador do Seguro e a Seguradora, de onde constam as

respectivas Condições Gerais, Condições Especiais e Condições Particulares através do qual a Seguradora garante às Pessoas Seguras, o acesso à rede de prestadores de cuidados de saúde da Seguradora, nos termos e limites convencionados, com determinação dos critérios de financiamento expressamente indicados, ou o reembolso parcial de despesas de saúde suportadas junto de entidades não convencionadas.

- e) **CAPITAL SEGURO:** Montante máximo de comparticipação de despesas de saúde, a pagar pela Seguradora, por sinistro ou anuidade de seguro, consoante o que esteja estabelecido no contrato;
- f) **CARTÃO DE SAÚDE:** Cartão pessoal e intransmissível, materializado num cartão físico ou digital, que identifica a Pessoa Segura e permite o seu acesso aos cuidados de saúde no âmbito da rede de prestadores da Seguradora;
- g) **CINESIOTERAPIA:** Conjunto de exercícios terapêuticos que ajudam na reabilitação de diversas situações clínicas, fortalecendo e alongando os músculos e também podem servir para otimizar o estado de saúde geral e prevenir alterações motoras.
- h) **COMPARTICIPAÇÃO:** Montante a cargo da Seguradora, em cada despesa



de saúde garantida pela Apólice, cuja forma de cálculo está definida nas Condições Particulares;

**i) CONDIÇÕES ESPECIAIS:**

Cláusulas que esclarecem, completam ou especificam as Condições Gerais, aplicáveis às coberturas contratadas;

**j) CONDIÇÕES GERAIS:** Conjunto de cláusulas que definem e regulamentam obrigações genéricas e comuns inerentes ao contrato de seguro;

**k) CONDIÇÕES PARTICULARES:** Documento onde se encontram os elementos específicos e individuais de cada contrato de seguro.

**l) CO-PAGAMENTO:** Valor que fica a cargo da Pessoa Segura por cada acto ou conjunto de actos médicos, nos termos estipulados nas Condições Particulares.

**m) DESPESA MÉDICA:** Custos incorridos pela Pessoa Segura, na aquisição de serviços clinicamente necessários, desde que prescritos ou realizados por médico;

**n) DOENÇA:** Toda a alteração involuntária do estado de saúde, não causada por acidente e que seja clínica e objectivamente comprovada.

**o) DOENÇA OU LESÃO PRÉ-EXISTENTE:** Doença ou lesão da qual a Pessoa Segura deveria ter conhecimento ou não poderia ignorar, anteriormente à data de subscrição do seguro, por ter sido objecto de investigação clínica, tratamento prévio ou outro acto médico, ou ainda pela evidência dos sinais e sintomas específicos da patologia em causa, antes da data de início das garantias do Contrato de Seguro;

**p) DOENÇA OU LESÃO MANIFESTADA:** Doença ou lesão que se haja revelado, tenha sido objecto de um diagnóstico inequívoco e/ou dado lugar ao respectivo tratamento;

**q) DOENÇA OU MALFORMAÇÃO CONGÉNITA:** Doença e/ou malformação que se diagnostica ou identifica durante a gravidez e até 30 dias após o nascimento.

**r) DOENÇA SÚBITA:** Alteração involuntária do estado de saúde do Tomador do Seguro ou Pessoa Segura, inesperada e aguda, que implica risco de morte ou perda funcional, necessitando de assistência médica urgente em ambiente hospitalar.

**s) ESTORNO:** Devolução ao Tomador do Seguro da totalidade ou parte do prémio de seguro já pago.

**t) EXAME PARA CHECK UP:** Exames realizados com o objectivo principal de analisar as condições de saúde de uma pessoa ou diagnosticar precocemente doenças que ainda não tenham apresentado sintomas.

**u) GRAVIDEZ PRÉ-EXISTENTE:** Gravidez manifestada ou que tenha dado origem a qualquer acto médico antes da data de celebração do contrato;

**v) GESTORA DE CUIDADOS DE SAÚDE:** Organização que articula o financiamento à Pessoa Segura e pagamento aos prestadores da rede convencionada (nomeadamente médicos, hospitais, clínicas, centros de meios complementares de diagnóstico e terapêutica), nos termos e limites acordados.

**w) GRUPO SEGURÁVEL:** Conjunto de pessoas ligadas entre si e ao Tomador do Seguro, por um vínculo ou interesse comum que não o da própria constituição do seguro.

**x) HOSPITAL OU CLÍNICA:** Estabelecimento legalmente reconhecido onde são prestados serviços de saúde às Pessoas Seguras.



por médicos e técnicos de saúde diplomados, não sendo, para efeitos deste contrato, considerados como tal os sanatórios, casas de repouso, centros de toxicodependência e alcoólicos e outros estabelecimentos similares.

- y) **INTERNAMENTO:** a estadia em Hospital ou Clínica, sob prescrição médica, por um período superior a vinte e quatro (24) horas que origine o pagamento de uma diária, e que não se prolongue por um espaço de tempo superior a trezentos e sessenta e cinco (365) dias.
- z) **MÉDICO:** O licenciado por Faculdade de Medicina ou de Medicina Dentária, legalmente autorizado a exercer a profissão no respectivo país, ficando excluídos todos os que exerçam especialidades não reconhecidas pela Ordem dos Médicos ou organismo equivalente do país em que o acto tem lugar;
- aa) **OCORRÊNCIA/SINISTRO:** Todo e qualquer evento susceptível de desencadear o funcionamento das garantias do contrato;
- bb) **PARTICIPANTE:** A Pessoa Segura ligada ao Tomador do Seguro por um vínculo profissional ou outro, que não seja o de constituir seguro, depois de incluída no contrato de seguro;
- cc) **PESSOA SEGURA:** Pessoa singular identificada nas Condições Particulares cuja saúde ou integridade física se segura através do presente contrato e que é beneficiária das garantias da Apólice;
- dd) **PEQUENA CIRURGIA:** Toda e qualquer cirurgia de pequena escala que corresponda aos seguintes critérios cumulativos: não necessitar de bloco operatório para a sua realização; ser realizada sob anestesia local e não necessitar de cuidados especiais de recobro.

ee) **PERÍODO DE CARÊNCIA:** Espaço de tempo que difere a eficácia das garantias da Apólice para uma data posterior à do início do contrato.

ff) **PRÉ-AUTORIZAÇÃO:** Aprovação dada pelos serviços clínicos da Seguradora, quando exigível nos termos da Apólice, que permite o acesso das Pessoas Seguras aos cuidados de saúde garantidos pelo presente contrato, sem a qual os mesmos não poderão ser financiados ou reembolsados.

gg) **PRÉMIO:** Valor pago pelo Tomador do Seguro à Seguradora como contrapartida pelas coberturas contratadas no âmbito do contrato de seguro.

#### hh) PRESTAÇÕES

**CONVENCIONADAS:** Despesas médicas efectuadas pelas Pessoas Seguras na rede de prestadores previamente indicada, sendo a comparticipação a cargo da Seguradora paga directamente aos prestadores.

#### ii) PRESTAÇÕES

**INDEMNIZATÓRIAS:** Despesas médicas efectuadas pelas Pessoas Seguras fora da rede de prestadores e que dão origem a um reembolso directo da Seguradora às Pessoas Seguras, de acordo com a percentagem estipulada nas Condições Particulares.

jj) **PROPOSTA DE SEGURO DE SAÚDE:** Documento, sob modelo de formulário, a ser preenchido e assinado pelo Tomador do Seguro e/ou por cada Participante (Declaração Individual de Adesão), do qual constam os elementos de informação essenciais para a aceitação do contrato de seguro ou da adesão individual. Este documento faz parte integrante da Apólice quando emitida e vincula todas as partes, ou seja, o Tomador do Seguro, cada Participante e a Seguradora.



**kk) PRÓTESES E ORTÓTESES:**

Dispositivos que substituem total ou parcialmente um membro ou órgão (próteses) ou ajudam a cumprir no todo ou em parte a sua função (ortóteses).

**ll) QUESTIONÁRIO CLÍNICO:**

Formulário contendo um conjunto de indicadores relativos a dados de saúde, cujo preenchimento em papel ou plataforma electrónica e assinatura pelo Participante ou resposta através de entrevista telefónica, equivale a declaração pessoal e exacta relativa dos seus dados de saúde.

**mm) REDE DE PRESTADORES:**

Conjunto de prestadores de cuidados de saúde, nomeadamente, médicos, hospitais, clínicas, centros de diagnósticos e outras unidades de saúde com as quais a Seguradora tenha celebrado um acordo de prestação de serviços e que asseguram às Pessoas Seguras a execução dos serviços garantidos pelo contrato no âmbito das Prestações Convencionadas;

**nn) REDE DE PRESTADORES ESPECIALIZADOS:**

Conjunto de prestadores de cuidados de saúde, nomeadamente médicos especialistas em estomatologia, medicina dentária, cirurgia dentária, ortodontia, higiene oral ou próteses estomatológicas, clínicas, centros de diagnósticos ou outras unidades de cuidados de saúde dentários, com os quais a Seguradora tenha celebrado um acordo de prestação de serviços clínicos e que asseguram às Pessoas Seguras os cuidados de saúde abrangidos por este Contrato;

**oo) SEGURO INDIVIDUAL:**

Seguro efectuado relativamente a pessoas singulares que, podendo incluir no âmbito de cobertura um agregado familiar, não consubstancia um Seguro

**pp) SEGURO DE GRUPO:** Seguro de um conjunto de pessoas ligadas entre si e ao Tomador do Seguro por um vínculo que não seja o de segurar;

**qq) SEGURO DE GRUPO CONTRIBUTIVO:**

Seguro de Grupo em que as Pessoas Seguras contribuem no todo ou em parte para o pagamento do prémio;

**rr) SEGURO DE GRUPO NÃO CONTRIBUTIVO:**

Seguro de Grupo em que o Tomador do Seguro contribui na totalidade para o pagamento do prémio;

**ss) SERVIÇOS CLINICAMENTE NECESSÁRIOS:**

Bens, serviços ou cuidados de saúde considerados necessários para tratamento de doença ou de lesão resultante de acidente, adequados à situação diagnosticada, de reconhecida validade clínica, eficácia comprovada de custo/benefício e prestados de acordo com os protocolos e padrões reconhecidos pela comunidade médica;

**tt) SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE:**

conjunto de instituições e serviços, dependentes do Ministério da Saúde, que têm como missão garantir o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde, nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis.

**uu) SEGURADORA:**

Entidade legalmente autorizada a exercer a actividade seguradora e que subscreve, com o Tomador, o contrato de seguro;

**vv) TAXA MODERADORA:**

Montante pago pelos utentes quando acedam a consultas e tratamentos médicos em rede de hospitais e outras instituições que integrem o Serviço Nacional de Saúde.



**ww) TERMO DE RESPONSABILIDADE:** Documento emitido pela Seguradora que exprime a assunção de responsabilidade pelos encargos inerentes à realização de determinado acto médico ou procedimento, nos termos e limites das coberturas do contrato de seguro.

**xx) TOMADOR DO SEGURO:** Entidade que celebra o contrato de seguro com a Seguradora e é responsável pelo pagamento do prémio;

**yy) 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 correção de alteração morfológica.

## **ARTIGO 2º** **OBJECTO DO CONTRATO**

1. O presente contrato garante, de acordo com o disposto nas presentes Condições Gerais, Condições Especiais contratadas e até aos limites estabelecidos nas Condições Particulares da Apólice, o pagamento às Pessoas Seguras das despesas de saúde realizadas em regime de prestações convencionadas ou indemnizatórias, em consequência de doença ou acidente ocorrido durante a vigência do contrato.
2. Quando expressamente prevista nas Condições Particulares, poderá igualmente ficar garantido o acesso directo por parte da Pessoa Segura, em condições privilegiadas, a um conjunto de serviços clínicos integrados na rede de médicos, hospitais/clínicas, ficando a cargo da Pessoa Segura a responsabilidade pela escolha do prestador em questão e pelo pagamento dos respectivos honorários.
3. O presente contrato não garantirá o pagamento de quaisquer despesas médicas ou medicamentosas efectuados em rede de

hospitais e outras instituições que integrem o Serviço Nacional de Saúde, quando a Pessoa Segura, sendo beneficiária de tal serviço, aí for assistida.

4. Sem prejuízo no número anterior, fica, no entanto, garantido o pagamento das respectivas taxas moderadoras.

## **ARTIGO 3º** **BASE DO CONTRATO**

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

## **ARTIGO 4º** **ÂMBITO TERRITORIAL**

1. O contrato é válido em todo o território nacional.
2. O contrato é válido no estrangeiro, se assim for contratado e constar das Condições Especiais e/ou Particulares, quando se verifique uma das seguintes condições:
  - a) Em caso de acidente ou doença súbita, quando a Pessoa Segura se encontrar no estrangeiro por um período não superior a sessenta (60) dias.
  - b) Em caso de qualquer tratamento no estrangeiro, desde que uma entidade médica nomeada pela Seguradora, reconheça a impossibilidade de se efectuar o tratamento em causa, em território nacional.
  - c) Quando o âmbito das coberturas subscritas pela Pessoa Segura expressamente previr a sua aplicação no estrangeiro, desde que a Pessoa Segura aí se encontre por um período



não superior a 180 (cento e oitenta) dias.

3. Caso a cobertura de assistência às Pessoas Seguras, esteja contratada e expressamente indicada nas Condições Particulares, esta extensão de risco apenas ficará garantida se não for esgotado o capital seguro indicado para “despesas médicas, cirúrgicas, farmacêuticas e de hospitalização no estrangeiro”, nos termos das Condições Especiais deste contrato.
4. Sem prejuízo do acima disposto, quando tiver sido subscrita a extensão de “Doenças Graves”, fica expressamente definido que as garantias previstas ao abrigo das referidas Condições Especiais se aplicam exclusivamente no Estrangeiro.

## CAPÍTULO II

### GARANTIAS

#### ARTIGO 5º

#### ENUMERAÇÃO DAS GARANTIAS

1. **Quanto à cobertura**, o presente contrato de seguro pode garantir, nos termos e limites para o efeito fixados na Apólice, as seguintes coberturas:
  - 1.1. Coberturas Base
    - 1.1.1. Hospitalização;
    - 1.1.2. Ambulatório;
    - 1.1.3. Medicamentos
    - 1.1.4. Maternidade
    - 1.1.5. Serviços Dentários;
    - 1.1.6. Despesas com Próteses Ortóteses;
    - 1.1.7. Medicina Preventiva (*Check-up*);
    - 1.1.8. Emergência Médica e Evacuação.
    - 1.1.9. Medicina *Online*.
  2. **Quanto às prestações convencionadas**, a Seguradora garante às Pessoas Seguras, o acesso directo aos médicos, Hospitais e Clínicas, centros de meios complementares de diagnóstico e outros serviços de saúde

que, em cada momento fizerem parte da lista de prestadores da Seguradora, cujas condições de utilização se encontram estabelecidas na Apólice.

- 2.1. Relativamente às prestações fora do âmbito previsto no número anterior, é aplicável o regime de prestações indemnizatórias.
- 2.2. As condições de financiamento integram limites máximos, pelo que será efectuado o reembolso da despesa realizada pela Pessoa Segura.
- 2.3. O accionamento das coberturas previstas nas Condições Particulares é objecto de análise do processo clínico e depende de autorização ou pré-autorização, consoante o caso, expressa dos serviços clínicos da Seguradora, a qual obedece, exclusivamente, a critérios de natureza médica, de acordo com os princípios da boa prática clínica.
- 2.4. A Seguradora faculta à Pessoa Segura o acesso à listagem de prestadores de serviços que, em cada momento, integram à sua rede, ficando ao critério da Pessoa Segura a escolha da entidade adequada ao seu estado.
3. **Quanto às prestações indemnizatórias**, a Seguradora poderá, nos termos e com os limites fixados nas Condições Gerais, Especiais e Particulares, proceder o reembolso das despesas realizadas pela Pessoa Segura junto de prestadores de serviços clínicos não integrados na Rede de Prestadores, desde que se apresentem os respectivos comprovativos de pagamento e descrição de tratamento e demais condições previstas no presente contrato.
  - 3.1. Quando a Pessoa Segura recorrer a entidade integrante da Rede de Prestadores, mas na modalidade de prestações indemnizatórias, beneficia da aplicação dos preços convencionados, sem prejuízo de apenas lhe ser devido pela Seguradora, o montante do reembolso previsto nas Condições Particulares.



## ARTIGO 6º

### PRÉ AUTORIZAÇÃO

O pagamento das despesas garantidas ao abrigo do presente contrato, necessita em todos os casos de pré-autorização por parte da Seguradora.

## CAPÍTULO III ÂMBITO E DEFINIÇÃO DAS GARANTIAS

### Subsecção I COBERTURAS BASE

## ARTIGO 7º HOSPITALIZAÇÃO

1. **COBERTURA:** Ao abrigo da presente cobertura, **quando contratada e expressamente indicada nas Condições Particulares**, fica garantido o pagamento das despesas efectuadas pela Pessoa Segura em regime de prestações convencionadas ou prestações indemnizatórias em consequência de internamento da Pessoa Segura em Hospital ou Clínica, motivada por doença ou acidente, garantido pelo contrato.
  - 1.1. Para efeitos do número anterior, os internamentos sucessivos são considerados internamentos independentes.
  - 1.2. Fica nomeadamente garantido o pagamento das despesas relacionadas com:
    - a) Honorários médicos, nomeadamente os devidos ao médico-cirurgião, anestesista, ajudantes e instrumentistas, quando necessário;
    - b) Internamento em unidades de cuidados intensivos;
    - c) Quimioterapia realizada em regime ambulatorio ou adquirida em hospital e efectuada no domicílio;
    - d) Radioterapia realizada em regime ambulatorio, em hospital ou clínica;
    - e) Cirurgia realizada em regime ambulatorio, em hospital ou clínica;
    - f) Cirurgia do foro estomatológico quando seja consequência de acidente que requeira tratamento em regime ambulatorio;
    - g) Cirurgia do foro máxilo-facial quando seja consequência de acidente que requeira tratamento de urgência em hospital ou de doença coberta pelo Contrato, excluindo-se os tratamentos do foro estomatológico;
    - h) Internamento motivado por doenças do foro psíquico, condicionada a diagnóstico, no máximo de quinze (15) dias por anuidade;
    - i) Diárias da Pessoa Segura;
    - j) Fisioterapia e Reabilitação em Internamento aplicável durante a vigência do internamento do paciente
    - k) Fisioterapia, terapia ocupacional e da fala, audiometria, quiropodia, ortóptico, quiroprático, osteopático e serviços de biomecânica para condições crónicas que carecem de terapias constantes.
    - l) Enfermagem (não privativa);
    - m) Exames auxiliares de diagnóstico quando prescritos e realizados durante o internamento;
    - n) Medicamentos administrados durante o internamento;



- o) Piso de sala de operação e instalações necessárias à realização dos actos médicos (bloco operatório, sala de recobro, entre outras) e material usado (gases de anestesia, oxigénio, material de osteossíntese, próteses Intra cirúrgicas, entre outro material que não esteja excluído pelas presentes Condições Gerais);
- p) Transporte terrestre de ambulância para ou do hospital para o domicílio em Moçambique, desde que o estado da Pessoa Segura o justifique.

2. **PERÍODO DE CARÊNCIA:** A cobertura Despesas de Hospitalização encontra-se sujeita a período de carência de noventa (90) dias.

3. **EXCLUSÕES: Para além das Exclusões Gerais previstas no Artigo 17º, ficam ainda excluídas da presente cobertura:**

- a) **Cirurgias e tratamentos do foro estomatológico, excepto se resultante de acidente garantido por este contrato;**
- b) **Internamento do fórum psiquiátrico de doenças derivadas de consumo excessivo de álcool e drogas;**
- c) **Parto ou interrupção involuntária da gravidez, excepto neste último caso se resultante de doença ou acidente garantido por este contrato;**
- d) **Quaisquer actos cirúrgicos relacionados com doenças que não se tenham manifestado.**

4. **LIMITE DE INDEMNIZAÇÃO DOS HONORÁRIOS MÉDICOS:** Salvo disposição em contrário e relativamente às prestações indemnizatórias, os honorários do cirurgião, anestesista e ajudantes ficam limitados ao valor que resulta do produto entre o valor estipulado nas Condições Particulares atribuído ao acto médico que originou a despesa, de acordo com a tabela

de preços em vigor na referida unidade hospitalar.

## **ARTIGO 8º** **AMBULATÓRIO**

**8.1. COBERTURA:** Ao abrigo da presente cobertura, **quando contratada e expressamente indicada nas Condições Particulares**, fica garantido o pagamento de despesas decorrentes de cuidados médicos ambulatoriais, incorridos pela Pessoa Segura em regime de prestações convencionadas ou prestações indemnizatórias.

8.1.1. Fica nomeadamente garantido por esta cobertura, o pagamento das despesas, até ao limite descrito nas condições particulares relacionadas com:

- a) Honorários médicos de consultas de clínica geral e especialidade;
- b) Tratamentos ambulatoriais e outros actos clínicos, desde que prescritos por médico;
- c) Exames auxiliares de diagnóstico, desde que prescritos por médico;
- d) Fisioterapia em caso de acidente ou doença;
- e) Cinesioterapia;
- f) Terapia da fala;
- g) Consultas e tratamentos de apoio e orientação psicológica até ao limite de 3 consultas por anuidade;
- h) Consultas com médicos do foro psíquico até ao máximo de três (3) consultas por anuidade;
- i) Enfermagem (não privativa);
- j) Transporte terrestre de ambulância e de outros meios, para unidades de saúde em Moçambique, desde que o estado da Pessoa Segura o justifique.

8.1.2. Relativamente a despesas relacionadas com gravidez, a presente cobertura garantirá igualmente:

- a) Despesas do foro da obstetrícia até ao limite de dez (10) consultas e



quatro (4) ecografias por anuidade, excepto em gravidez de risco comprovada por relatório médico;

b) Despesas com exames de amniocentese ou outros exames para pesquisa de DNA fetal, quando os mesmos sejam medicamento necessários, entendendo-se como tal os exames efectuados a pessoas seguras com idade superior ou igual a trinta e cinco (35) anos ou se comprovadamente existirem antecedentes obstétricos de alterações morfológicas ou de cariotipo fetal;

c) Rastreios bioquímicos pré-natais.

**8.2. PERÍODOS DE CARÊNCIA:** A cobertura Despesas de Assistência Ambulatória encontra-se sujeita a período de carência de noventa (90) dias.

**8.3. EXCLUSÕES:** Para além das Exclusões Gerais previstas no Artigo 17º, ficam ainda excluídas da presente cobertura:

- a) Tratamentos cirúrgicos e/ou *laser*, realizados em regime ambulatorio, incluindo pequenas cirurgias;
- b) Consultas, tratamentos e cirurgias do foro estomatológico;
- c) Exercícios de ortóptica;
- d) Ginástica, natação e massagens;
- e) Consulta de psiquiatria de doenças derivadas de consumo excessivo de álcool e drogas;
- f) Consultas, tratamentos ou quaisquer outras despesas realizadas em acupuntura, homeopatia, medicina natural ou qualquer outro tipo de terapêuticas não convencionais.

## MEDICAMENTOS

1. Ao abrigo da presente cobertura, **quando contratada e expressamente indicada nas Condições Particulares**, fica garantido o pagamento de despesas efectuadas com medicamentos, que como tal se encontrem classificados pela autoridade competente do Ministério da Saúde, previamente participados pelo Serviço Nacional de Saúde e/ou outro Subsistema ou Seguro de Saúde, e desde que prescrito em receita médica, para tratamento de doença ou acidente cobertos, em regime de prestações indemnizatórias ou em regime de prestação compensatória, observando os respectivos limites.

2. **PERÍODOS DE CARÊNCIA:** A cobertura das Despesas com Medicamentos encontra-se sujeita a período de carência de noventa (90) dias.

3. **EXCLUSÕES:** Para além das Exclusões Gerais previstas no Artigo 17º, ficam ainda excluídas da presente cobertura:

- a) Medicamentos para tratamento da obesidade;
- b) Produtos dietéticos, homeopáticos ou manipulados;
- c) Vacinas de qualquer tipo e respectiva aplicação, com excepção das do foro alergológico e em menores de 2 anos;
- d) Medicamentos de venda livre;
- e) Medicamentos manipulados;
- f) Vitaminas, sais minerais, suplementos alimentares e dermocosméticos, excepto quando devidamente prescritos e usados no tratamento de doenças crónicas comprovadas;
- g) Estimulantes e inibidores do apetite;
- h) Produtos de higiene e estética;
- i) Artigos sanitários e antissépticos;
- j) Champôs, sabonetes, pastas medicinais e similares;
- k) Anticonceptivos de qualquer natureza, dispositivos intrauterinos e medicamentos usados para tratamento de infertilidade.



- l) **Medicamentos destinados ao tratamento de doenças não cobertas por este contrato;**
- m) **Despesas abrangidas pelas demais coberturas;**
- n) **Alimentação infantil; e**
- o) **Material de penso.**

## ARTIGO 10° MATERNIDADE

1. **COBERTURA:** Ao abrigo da presente cobertura, **quando contratada e expressamente indicada nas Condições Especiais**, fica garantido o pagamento das despesas efectuadas pela Pessoa Segura em regime de prestações convencionadas ou prestações indemnizatórias em consequência de internamento numa unidade hospitalar quando directamente motivado por:
  - a) Parto;
  - b) Interrupção involuntária da gravidez;
  - c) Cuidados especiais para recém-nascido prematuro.
  - d) Exames de acompanhamento de gravidez (Pré-natal)

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

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

- f) Enfermagem (não privativa);
  - g) Transporte terrestre de ambulância para o estrangeiro ou do hospital para o domicílio, em Moçambique, desde que o estado da Pessoa Segura o justifique.
2. **PERÍODOS DE CARÊNCIA:** A cobertura Despesas de Maternidade encontra-se sujeita a Período de Carência de trezentos e sessenta e cinco (365) dias.
  3. **EXCLUSÕES:** Para além das Exclusões Gerais previstas no Artigo 17°, ficam ainda excluídos da presente cobertura, as despesas com acompanhantes e gravidez pré-existente.

## ARTIGO 11° SERVIÇOS DENTÁRIOS

1. **COBERTURA:** Ao abrigo da presente cobertura, **quando contratada e expressamente indicada nas Condições Particulares**, fica garantido o pagamento das despesas efectuadas pela Pessoa Segura com internamentos, consultas ou tratamentos do foro dentário, em regime de prestações convencionadas ou prestações indemnizatórias.
  - 1.1. Fica nomeadamente garantido o pagamento das despesas relacionadas com:
    - a) Intervenções cirúrgicas, com ou sem internamento, quando motivadas por doença;
    - b) Honorários auxiliares;
    - c) Tratamentos ambulatoriais e outros actos clínicos desde que prescritos por estomatologista;
    - d) Exames auxiliares de diagnóstico;
    - e) Limpezas dentárias;
    - f) Próteses dentárias;
    - g) Ortodontia;
    - h) Enfermagem (não privativa) quando haja lugar a internamento.
2. **PERÍODOS DE CARÊNCIA:** A cobertura das Despesas de Estomatologia encontra-se sujeita a período de carência de noventa (90) dias.



**3. EXCLUSÕES: Para além das Exclusões Gerais previstas no Artigo 17º, ficam ainda excluídas da presente cobertura:**

- a) Despesas relacionadas com o branqueamento dentário;
- b) Aparelhos de ortodontia e respectivos moldes e estudos (incluindo imagiologia específica) e consultas de controlo;
- c) Tratamentos efectuados com utilização de metais preciosos;
- d) Reabilitação de dentes em falta ou reabilitados com prótese à data da celebração do contrato;
- e) Implantes do foro estomatológico, incluindo todos os actos clínicos e laboratoriais necessários, nomeadamente, a fase de regeneração óssea pré-protética, a fase cirúrgica (colocação de implante dentário e implante dentário “*per si*”) e fase protética (coroa sobre implante) incluindo sistema de conexão (magnético, cimentado ou aparafusado).
- f) Despesas efectuadas com taxas moderadoras.

**ARTIGO 12º**

**DESPESAS COM PRÓTESES  
ORTÓTESES**

**1. COBERTURA:** Ao abrigo da presente cobertura, quando contratada e expressamente indicada nas **Condições Particulares**, fica garantido o pagamento das despesas efectuadas pela Pessoa Segura com próteses e ortóteses, desde que prescritas por médicos, ou ainda por optometristas nos casos previstos nas alíneas a) e b) do número seguinte, em regime de prestações convencionadas ou prestações indemnizatórias.

**1.1.** Fica nomeadamente garantido o pagamento das seguintes despesas:

- a) Aquisição de aros e respectivas lentes, desde que graduadas;
- b) Aquisição de próteses ou ortóteses auditivas, oftalmológicas e ortopédicas, excepto calçado ortopédico. Neste último caso, o reembolso pode incidir

exclusivamente sobre a correção feita no calçado;

- c) Testes optométricos;
  - d) Aluguer ou aquisição de cadeiras de rodas, camas articuladas e outros equipamentos auxiliares, desde que o valor do aluguer não exceda o valor da aquisição.
- 2. PERÍODOS DE CARÊNCIA:** A cobertura Despesas com Próteses e Ortóteses encontra-se sujeita a período de carência de noventa (90) dias.
- 3. EXCLUSÕES:** Para além das Exclusões Gerais previstas no Artigo 17º, ficam ainda excluídas da presente cobertura:
- a) Óculos de sol com graduação inferior a quatro (4) dioptrias;
  - b) Aquisição isolada de aros oculares;
  - c) Próteses estomatológicas;
  - d) Aquisição de *collants*, meias elásticas e cintas ortopédicas, e quaisquer outros produtos utilizados para o tratamento das varizes;
  - e) Colchões e almofadas ortopédicos;
  - f) Aquisição ou aluguer de equipamentos;
  - g) Calçado ortopédico;
  - h) Extravio, furto, roubo ou quebra de ortóteses oculares.

**ARTIGO 13º**

**MEDICINA PREVENTIVA (CHECK UP)**

**1. COBERTURA:** Ao abrigo da presente cobertura, quando contratada e expressamente indicada nas **Condições Particulares**, fica garantido o acesso a consultas de *check-up* em prestador de saúde convencionado, até ao limite de uma (1) consulta por ano, valor estipulado nas **Condições Particulares**.

**1.1.** Fica nomeadamente garantido o pagamento das seguintes despesas:

- a) Consulta de clínica geral;
- b) Urina tipo II;
- c) Colesterol Total;
- d) HDL;
- e) Triglicéridos;
- f) Glicémia em jejum;



- g) Hemograma;
  - h) Velocidade sedimentação;
  - i) Creatinina;
  - j) Transaminases;
  - k) Gamma T;
  - l) Ácido úrico;
  - m) Raio X Tórax e respectivo relatório;
  - n) ECG em repouso.
2. **PERÍODOS DE CARÊNCIA:** A cobertura das Despesas com Próteses e Ortóteses encontra-se sujeita a período de carência de noventa (90) dias.
3. **EXCLUSÕES:** Para além das Exclusões Gerais previstas no Artigo 17º, fica ainda excluída da presente cobertura, a realização de alguma cobertura prevista nesta cláusula, sem obtenção de Pré-Autorização da Seguradora pela Pessoa Segura. A Seguradora, através do Serviço de Assistência, informará a Pessoa Segura da data, hora e local da consulta e/ou exame.

#### ARTIGO 14º EMERGÊNCIA MÉDICA E EVACUAÇÃO

1. **COBERTURA:** Ao abrigo da presente cobertura, **quando contratada e expressamente indicada nas Condições Particulares**, sempre que o seu estado de saúde o justifique, o direito a:
- a) Transporte de urgência em ambulância até à unidade hospitalar mais próxima;
  - b) Vigilância por parte de rede de prestadores do Segurador, em colaboração com o Médico Assistente da Pessoa Segura, para determinação das medidas convenientes ao melhor tratamento a seguir e do meio mais adequado a utilizar, numa eventual transferência para outra unidade hospitalar mais apropriada ou até ao seu domicílio;
  - c) Transporte desde a unidade hospitalar em que se encontre internada para outra unidade hospitalar que lhe seja indicada, nos termos da alínea anterior;

- d) Transporte de regresso ao seu domicílio habitual, após alta médica.
2. **PERÍODOS DE CARÊNCIA:** A cobertura Despesas com Próteses e Ortóteses encontra-se sujeita a período de carência de 180 (cento e oitenta) dias.
3. **EXCLUSÕES:** Para além das Exclusões Gerais previstas no Artigo 17º, ficam excluídas desta cobertura, todos os acidentes que não constarem da enumeração das coberturas previstas no número 1 desta cláusula, ou que constando, não tenham sido previamente autorizados pela Seguradora.

#### ARTIGO 15º MEDICINA ONLINE

1. **COBERTURA:** Ao abrigo da presente cobertura, **quando contratada e expressamente indicada nas Condições Particulares**, fica garantida, à Pessoa Segura, mediante pedido *online* ou telefónico, a possibilidade de obter apoio e aconselhamento para adopção de medidas que visem a melhoria da sua saúde, visando a identificação dos sinais e sintomas que a Pessoa Segura comunique, cabendo ao Serviço de Apoio da Seguradora, sugerir a utilização dos meios mais adequados à situação, com indicação da eventualidade da mesma carecer de cuidados médicos presenciais ou outras acções.
- 1.1. A responsabilidade desta cobertura fica, pois, limitada à responsabilidade decorrente deste tipo de acto médico nas circunstâncias não presenciais em que é praticado.
- 1.2. Fica, nomeadamente, garantido o pagamento das seguintes despesas, se contratadas:
- a) **Consulta por telefone ou e-mail:** permitindo à Pessoa Segura consultar uma equipa médica especializada em medicina geral. 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 respectiva situação clínica.



- b) **Vídeo Consulta:** disponibilizado à Pessoa Segura, através de uma aplicação móvel (APP), com as seguintes possibilidades: agendar previamente, com escolha de dia e hora, um contacto com um médico, por meio remoto (vídeo);envio (upload) de imagens e de exames médicos para que os médicos possam analisar, antes da vídeo consulta, a sua situação clínica; ser contactada por um médico, por via remota (vídeo) na data/hora agendada e obter apoio e aconselhamento clínico para adopção de medidas que visem a melhoria da sua saúde.
- c) **Confirmação de Diagnóstico:** permitindo, em caso de doença diagnosticada, que a Pessoa Segura, tenha acesso à opinião de especialistas médicos, por meio de relatório escrito, efectuado com base na informação médica anteriormente facultada, **a qual será imprescindível para accionar esta cobertura.**
- d) **Orientação Nutricional:** permitindo a realização de consultas referente às questões de dieta alimentar, efectuadas por uma equipa de especialistas em nutrição e dietética, à qual poderá ser solicitada análise de exames auxiliares de diagnóstico, relatórios médicos, ementas, entre outros.
- e) **Diagnóstico de Bons Hábitos:** permitindo a pessoa segura, a obtenção de um relatório sobre o seu estado de saúde com recomendações personalizadas, avaliação do risco cardiovascular, recomendações dietéticas personalizadas sobre o estilo de vida.

## Subsecção II

### COBERTURAS COMPLEMENTARES

#### ARTIGO 16º

##### REMISSÃO

Mediante convenção expressa nas Condições Particulares e pagamento do respectivo sobre prémio, poderão ser objecto do presente contrato outros riscos e/ou garantias previstas nas Condições Especiais deste contrato.

## Subsecção III EXCEPÇÕES

#### ARTIGO 17º

##### EXCLUSÕES GERAIS

1. Além das exclusões específicas de cada cobertura, esta apólice não garante, os acidentes e/ou doenças que derivem, directa ou indirectamente, próxima ou remotamente, das seguintes situações:
  - a) Procedimentos ou actos, realizados, prescritos ou administrados por médicos, sem prévia autorização da Seguradora, quando assim for exigido;
  - b) Consequências de atraso injustificado, negligência ou imprudência, imputáveis ao prestador de cuidados de saúde ou à Pessoa Segura no recurso a assistência médica, ou da recusa ou inobservância de tratamentos ou procedimentos que lhe tenham sido prescritos;
  - c) Quaisquer despesas médicas com honorários, medicamentos e/ou internamentos no estrangeiro, salvo quando as mesmas se encontrarem taxativamente cobertas ao abrigo das coberturas contratadas;
  - d) Procedimentos ou actos, realizados, prescritos ou administrados por médicos e outros profissionais de saúde que sejam cônjuge, pais, filhos ou irmãos da Pessoa Segura, bem como pela própria Pessoa Segura na qualidade de Médico ou profissional de saúde;
  - e) Consultas ou exames médicos que sejam necessários para a emissão de atestados, declarações, certificados ou informação de qualquer tipo de documento que não tenha a finalidade de obtenção de assistência ou procedimentos médicos;
  - f) Assistência hospitalar por razões de carácter meramente social;
  - g) Correção de doenças ou malformações congénitas, excepto para recém-nascidos cuja inclusão for efectuada nos termos do presente contrato;



- h) Doenças, lesões ou deformações preexistentes à data da celebração do presente contrato, incluindo os seus respectivos tratamentos já iniciados;
- i) Alcoolismo, toxicod dependência e doenças resultantes do consumo de bebidas alcoólicas e de estupefacientes e narcóticos;
- j) Utilização de estupefacientes e narcóticos quando não prescritos por Médico;
- k) Tratamentos relacionados com a toxicod dependência ou alcoolismo;
- l) Acções ou omissões da Pessoa Segura influenciada pelo uso de estupefacientes sem prescrição médica e respectivas sequelas;
- m) 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, ou que deles seja autor material, moral ou de que seja cúmplice;
- n) Utilização abusiva de medicamentos;
- o) Sessões de hipnose e terapia do sono;
- p) Disfunções sexuais, excepto em consequência de doença coberta pelo presente contrato;
- q) Tratamentos e/ou cirurgia para mudança de sexo;
- r) 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;
- s) Métodos anticoncepcionais e de planeamento familiar bem como despesas efectuadas para reverter os efeitos de uma cirurgia de esterilização voluntariamente realizada;
- t) Interrupção voluntária da gravidez, incluindo as situações clínicas dela decorrentes;
- u) Consultas, tratamentos e/ou cirurgia de redução de estômago, regularização do peso, assim como situações clínicas destes decorrentes, independentemente do diagnóstico que origine a indicação para estas intervenções terapêuticas, nomeada, mas não exclusivamente, a obesidade, qualquer que seja a sua classificação, síndrome metabólico ou patologias associadas a transtornos alimentares;
- v) Tratamentos, procedimentos ou cirurgias do foro estético, plástico ou reconstrutivo, bem assim as situações clínicas destes decorrentes, desde que não tenham origem em acidente coberto pelo presente contrato ou não decorram de doença manifestada durante a vigência do contrato que os justifiquem;
- w) Ginástica, natação, massagens e outros similares, ainda que prescritos pelo Médico, excepto os que resultem de doença ou acidente enquadráveis nas coberturas do contrato;
- x) Tratamentos realizados em estabelecimentos não autorizados a prestar cuidados de saúde;
- y) Tratamentos realizados em ginásios, centros de beleza e bem-estar e outros estabelecimentos semelhantes;
- z) Despesas de reabilitação e fisioterapia efectuadas sem o acordo da equipa médica do Serviço de Assistência;
- aa) Intervenções cirúrgicas para correção da roncopia, excepto em caso de apneia;
- bb) 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;
- cc) Transplantes e implantes incluindo todos os actos clínicos, laboratoriais e materiais necessários, excepto se coberto nas Condições Particulares da Apólice;



- dd) Tratamentos experimentais ou que necessitem de comprovação médica;
- ee) 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;
- ff) Tratamentos de hemodiálise para patologia crónica;
- gg) Tratamentos cirúrgicos ou *laser* para correção de erros de refração da visão, bem como as situações clínicas destes decorrentes, nomeada, mas não exclusivamente, em caso de miopia, astigmatismo e hipermetropia;
- hh) Acidentes resultantes da prática desportiva profissional ou amadora federada e respectivos treinos bem como da prática de terrestres motorizados, bicicleta todo o terreno, artes marciais, luta e boxe, paraquedismo, incluindo a prática de queda livre, parapente, asa delta, voo utilizando fatos planadores, com ou sem paraquedas (*wingsuit*), saltos ou saltos invertidos com mecanismo de suspensão corporal (*bungeejumping*), salto de penhascos, rochedos, montanhas, precipícios, prédios, torres, antenas, barragens, pontes ou outras plataformas físicas, com ou sem paraquedas (*base jumping*), tauromaquia e largadas de touros ou reses, caça de animais ferozes ou que reconhecidamente sejam considerados perigosos, hipismo, motonáutica, esqui aquático e quaisquer desportos aquáticos em que o praticante é impulsionado por meio motorizado, paraquedas ou papagaio (*kitesurf*), desportos náuticos praticados sobre prancha, descida de torrentes ou correntes originadas por desníveis nos cursos de água, prática desportiva de mergulho; caça submarina, desportos praticados sobre a neve e o gelo, alpinismo, alta montanha, escalada, corrida em penhascos, serra ou montanha (*skyrunning, coastrunning*), *slide* e *rappel*; espeleologia;
- ii) Acidentes resultantes da utilização pela Pessoa Segura de veículos motorizados de duas rodas ou moto quatro;
- jj) Acidentes resultantes de cataclismos da natureza, tais como ventos ciclónicos, terramotos, maremotos, outros fenómenos análogos nos seus efeitos e ainda acção de raio;
- kk) Assaltos, greves, distúrbios laborais, tumultos e quaisquer outras alterações da ordem pública, rebelião, actos de terrorismo e sabotagem ou insurreição;
- ll) Revolução, guerra civil, invasão e guerra declarada ou não contra país estrangeiro, hostilidades entre nações estrangeiras, quer haja ou não declaração de guerra e actos bélicos provenientes directa ou indirectamente dessas hostilidades;
- mm) Acidentes resultantes da utilização pela Pessoa Segura de aeronaves ou embarcações não pertencentes a linhas ou carreiras comerciais;
- nn) Acidentes e sequelas, resultantes de explosão ou quaisquer outros fenómenos directa ou indirectamente relacionados com a desintegração ou fusão de núcleos de átomos, bem como os efeitos da contaminação radioactiva;
- oo) Despesas de medicina preventiva, vacinas (excepto em menores de 2 anos) ou similares incluindo honorários médicos;
- pp) Consultas e tratamentos em áreas não reconhecidas pela Ordem dos Médicos, assim como em áreas não enquadradas na Regulamentação sobre Terapêuticas Não Convencionais;
- qq) Acidentes e doenças com cobertura em seguros obrigatórios;
- rr) Doenças infectocontagiosas, surtos, epidemias e pandemias;
- ss) Tratamentos de enfermagem privados e/ou prestados no domicílio, bem como a realização domiciliária de quaisquer



- exames ou tratamentos (incluindo a fisioterapia);
- tt) Estadia de acompanhantes da Pessoa Segura, excepto em casos e situações de internamento hospitalar de menores até aos (14) catorze anos de idade ou de cidadãos portadores de deficiência congénita ou adquirida;
- uu) Deslocações e/ou alojamento;
- vv) Urna e gastos com o enterro ou cerimónia fúnebre.
2. Sempre que alguma cobertura prevista no presente contrato por esta apólice implique a violação de quaisquer embargos ou sanções financeiras ou económicas impostas pelo Estado ou ao Estado por força de convenções internacionalmente ratificadas, a cobertura será considerada nula, não produzindo quaisquer efeitos.
3. De acordo com as normas nacionais e internacionais e com as boas práticas de negócio, a Seguradora reserva-se o direito de se abster de executar qualquer operação sobre a apólice, que esteja ou que se suspeite estar relacionada com a prática dos crimes de branqueamento de capitais e/ou financiamento ao terrorismo.

#### Subsecção IV

### PRINCÍPIOS DO CONTRATO

#### ARTIGO 18º

#### FORMAÇÃO DO CONTRATO

1. O presente contrato baseia-se na respectiva proposta, questionário clínico e declarações individuais, as quais presumidamente correspondem inteiramente à realidade e permitiram a exacta apreciação e aceitação do risco e correcta determinação do prémio aplicável.
2. Em caso de falsidade, omissão ou inexactidão das declarações prestadas nos termos do número anterior, o contrato de seguro poderá sofrer alguma

das consequências descritas nos artigos seguintes.

3. Com excepção das situações em que a Seguradora manifeste a necessidade de recolher informação adicional, o contrato considera-se celebrado nos termos propostos a partir das zero horas do dia seguinte ao da recepção da Proposta pela Seguradora, salvo se outra data aí for indicada.

#### ARTIGO 19º

#### EFEITOS DO CONTRATO

1. Sem prejuízo do disposto no artigo anterior, o presente contrato e respectivas coberturas apenas produzirão efeitos a partir do momento em que o respectivo prémio ou fracção inicial sejam pagos pelo Tomador do Seguro.
2. O disposto no número anterior não prejudica o decurso dos períodos de carência aplicáveis ao contrato.

#### ARTIGO 20º

#### OMISSÕES OU INEXATIDÕES DOLOSAS DO TOMADOR DO SEGURO/PESSOA SEGURA NA DECLARAÇÃO INICIAL DO RISCO

1. Caso se verifiquem omissões ou inexactidões dolosas na de/clararação inicial do risco efectuada pelo Tomador do Seguro ou Pessoas Seguras, quer na proposta, bem assim nas declarações iniciais por estes prestadas, o contrato ou a adesão será anulado/a pela Seguradora mediante o envio de comunicação escrita nesse sentido ao Tomador do Seguro e/ou à Pessoa Segura, no prazo de noventa (90) dias, a contar do conhecimento deste facto.
2. Em caso de ocorrência de sinistros, antes da Seguradora tomar conhecimento do facto descrito no nº 1, da presente



cláusula, os mesmos não gozarão de cobertura.

3. Sem prejuízo do disposto nos números anteriores, a Seguradora tem direito ao prémio devido até ao final do prazo referido no n.º 1, ou, nos casos em que o dolo do Tomador do Seguro/Pessoa Segura tenha o propósito de obter uma vantagem, até ao termo do contrato.

#### ARTIGO 21º

### CONSEQUÊNCIAS DAS OMISSÕES OU INEXACTIDÕES DOLOSAS DO TOMADOR DO SEGURO/PESSOA SEGURA NA DECLARAÇÃO INICIAL DO RISCO

1. Caso se verifiquem omissões ou inexactidões negligentes na declaração inicial do risco efectuada pelo Tomador do Seguro ou nas declarações individuais realizadas pelas Pessoas Seguras, a Seguradora poderá:
  - a) Propor uma alteração ao contrato/adesão, fixando um prazo, não inferior a trinta (30) dias para o Tomador do Seguro/Pessoa Segura se pronunciar;
  - b) Anular o contrato/adesão, caso se comprove que a Seguradora em caso algum teria celebrado o contrato ou aceite a adesão se tivesse conhecido o facto omitido ou declarado inexactamente.
2. De acordo com o definido no número anterior, o contrato/adesão cessa os seus efeitos, vinte (20) dias após a recepção da proposta de alteração por parte da Seguradora, se o Tomador do Seguro/Pessoa Segura não concordarem com a mesma, ou quarenta e cinco (45) dias após o envio da declaração de cessação prevista na alínea b) do número 1 deste artigo.
3. Ocorrendo a cessação do contrato, o prémio é devolvido tendo em conta o período ainda não decorrido até à data de vencimento, salvo quando tenha

havido pagamento de prestações decorrente de sinistro pela Seguradora.

4. Em caso de sinistro ocorrido antes da cessação ou da alteração do contrato/adesão, cuja verificação ou consequências tenham sido influenciadas por facto relativamente ao qual tenha havido omissão ou inexactidão negligente, a Seguradora:
  - a) Garante o sinistro na proporção da diferença entre o prémio pago e o prémio que seria devido, caso, aquando da celebração do contrato ou da aceitação da adesão, tivesse conhecimento do facto omitido ou declarado inexactamente;
  - b) Não garante o sinistro, demonstrando que em caso algum teria celebrado o contrato ou aceite a adesão se tivesse conhecido o facto omitido ou declarado inexactamente.

#### ARTIGO 22º

### DURAÇÃO DO CONTRATO

1. O contrato de seguro terá a duração prevista nas Condições Particulares.
2. Na ausência de tal indicação, entende-se que as partes o quiseram celebrar pelo período de um (1) ano, não renovável.
3. As prestações cobertas 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, sem prejuízo do disposto relativamente à não renovação do contrato ou da adesão e cessação das coberturas.

#### Subsecção V

### PESSOA SEGURA

#### ARTIGO 23º

### REQUISITOS DE ELEGIBILIDADE

1. Beneficiam das garantias conferidas pelo presente contrato as Pessoas Seguras que



satisfaçam, cumulativamente, as seguintes condições à data da sua inclusão da Apólice:

- a) Preencham ou respondam através de entrevista telefónica ao questionário clínico com veracidade e exactidão;
  - b) Sejam aceites pela Seguradora em conformidade com os seus critérios de aceitação em função dos parâmetros da avaliação do risco vigentes;
  - c) Aceitem as regras de accionamento das garantias seguras e da utilização do Sistema de Cuidados de Saúde;
2. Se da análise ao questionário clínico resultarem exclusões específicas para alguma Pessoa Segura, o contrato somente produzirá efeito, em relação a essa pessoa, após esta aceitar as condições propostas pela Seguradora.
  3. A aceitação do seguro, relativamente a cada Pessoa Segura, é confirmada, pela Seguradora, através da emissão da Apólice ou de acta adicional.
  4. Na celebração, execução e cessação do contrato de seguro, são consideradas as práticas e técnicas de avaliação, selecção e aceitação de riscos, próprias da Seguradora, tendo por base dados estatísticos e actuariais rigorosos considerados relevantes.

#### ARTIGO 24º

##### AGREGADO FAMILIAR

1. Podem ser admitidos neste contrato de seguro todos os elementos do Agregado Familiar do Tomador do Seguro, nos termos estabelecidos nas presentes Condições Gerais, sendo estas indicadas nas Condições Particulares deste contrato, mediante apresentação do respectivo pedido de adesão.
  2. O pedido de adesão do Agregado Familiar terá que abranger todas as pessoas que o constituem e que satisfaçam os requisitos referidos neste artigo.
3. Para efeitos no nº 2 deste artigo, o pedido de adesão do Agregado Familiar deverá ser emitido e expedido à Seguradora, no máximo de trinta (30) dias decorridos sobre a data de início de vigência da Apólice, da data de efectividade das coberturas para o Participante, da data de casamento para cônjuges ou nascimento para Filhos;
  4. Quando a totalidade do agregado familiar já se encontre incluída no seguro há mais de um ano, a inclusão de recém-nascidos será automaticamente aceite, sem necessidade de preenchimento ou resposta através de entrevista telefónica do questionário clínico, nem aplicação de períodos de carência, desde que a respectiva adesão seja comunicada nos trinta (30) dias seguintes à data de nascimento.
  5. Se o pedido de inclusão for feito após os trinta (30) dias acima referidos, o Tomador do Seguro e/ou Participante deverá preencher ou responder através de entrevista telefónica ao questionário clínico relativo ao recém-nascido, ficando a respectiva adesão sujeita a períodos de carência;
  6. As Pessoas Seguras que, a pedido do Tomador do Seguro e/ou Participante, tenham deixado de fazer parte do contrato de seguro não poderão voltar a ser incluídas neste.
  7. Durante a vigência do contrato, o Tomador do Seguro poderá solicitar, por escrito, a exclusão de uma Pessoa Segura do agregado familiar.
  8. A exclusão referida no número anterior, apenas produzirá efeitos na data de renovação anual do contrato, excepto nos casos de morte da Pessoa Segura, situação em que a Seguradora devolverá o prémio relativo ao período já pago e ainda não decorrido.
  9. Durante a vigência do contrato, os descendentes da Pessoa Segura que deixem de se enquadrar na definição de Agregado Familiar podem, no prazo de



**trinta (30) dias após a cessação das garantias, subscrever um novo contrato de seguro de saúde, de acordo com a oferta em comercialização.**

#### **Subsecção VI**

### **OBRIGAÇÕES CONTRATUAIS**

#### **ARTIGO 25º**

#### **OBRIGAÇÕES DA SEGURADORA**

Pelo presente contrato a Seguradora obriga-se a:

- a) Agir e actuar com máxima boa-fé, tanto na formação do contrato, bem assim após a sua cessação;
  - b) Atender com diligência e prontidão a todas as averiguações indispensáveis para a correcta regularização dos sinistros;
  - c) Fornecer o cartão de beneficiário à Pessoa Segura, bem como disponibilizar informações sobre os serviços das Redes;
  - d) Comunicar ao Tomador do Seguro, de toda e qualquer situação que possa prejudicar a eficácia do presente contrato;
  - e) A Seguradora não assume a responsabilidade pelas consequências decorrentes de atraso ou negligência imputáveis à Pessoa Segura no recurso à assistência, o mesmo acontecendo, se ela se recusar a seguir os tratamentos e procedimentos médicos, nos termos prescritos.
- b) Prestar apenas informações verdadeiras à Seguradora;
  - c) Tomar as medidas ao seu alcance para evitar o agravamento do sinistro;
  - d) Participar o sinistro à Seguradora, por escrito, nos oito (8) dias imediatos à sua ocorrência;
  - e) Colaborar com a Seguradora, facultando toda a informação que lhe for solicitada;
  - f) 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 aos Serviços de Assistência da Seguradora, as informações por este solicitadas relativas ao seu estado de saúde e aos serviços clínicos prestados;
  - g) Nas prestações por reembolso, apresentar à Seguradora os recibos originais das despesas, no prazo máximo de noventa (90) dias a contar da data da sua realização;
  - h) Responder, 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 de seguro, para obtenção de benefícios ilegítimos;
  - i) Solicitar, nos casos previstos neste contrato, prévia autorização da Seguradora, para realização de procedimentos e/ou tratamentos médicos;
  - j) Provar a veracidade das declarações, podendo a Seguradora exigir-lhe os meios de prova adequados e que entender convenientes;
  - k) Portar consigo, sempre que possível, o cartão de beneficiário ou código de beneficiário, sempre que pretender accionar as coberturas garantidas pelo presente contrato, em Hospitais ou Clínicas;
  - l) Em caso de extravio do cartão, deve comunicar à Seguradora através dos meios de contacto que lhe forem indicados, no prazo máximo de quarenta e oito (48) horas;

#### **ARTIGO 26º**

#### **OBRIGAÇÕES DO TOMADOR DO SEGURO E PESSOAS SEGURAS**

Constituem obrigações do Tomador do Seguro ou Pessoa Segurada:

- a) Agir e actuar com máxima boa-fé, tanto na formação do contrato, bem assim após a sua cessação;



- m) Abster-se de práticas ilícitas, de qualquer ordem ou natureza, especialmente as que importem elementos de branqueamento de capitais, financiamento ao terrorismo ou actos conexos;
- n) Zelar pela sua saúde, evitando deliberadamente e de forma imprudente condutas e práticas que o coloquem em perigo.

## ARTIGO 27º

### PAGAMENTO DO PRÉMIO

1. A cobertura dos riscos garantidos através do presente contrato fica, nos termos definidos na legislação em vigor, dependente do pagamento do prémio ou fracção inicial, sendo o mesmo devido na data de celebração do contrato.
2. O prémio correspondente a cada período de duração do contrato é devido por inteiro, sem prejuízo de poder ser fraccionado para efeitos de pagamento, desde que acordado e expressamente previsto nas Condições Particulares.
3. Nos seguros de grupo, salvo convenção em contrário, a responsabilidade pelo pagamento do prémio junto da Seguradora, mesmo quando o contrato diga respeito a um seguro de grupo contributivo, será sempre do Tomador do Seguro.
4. Os prémios ou fracções subsequentes são devidos nas datas definidas na apólice, e, quando seja o caso, a parte do prémio de montante variável relativa a acerto de valor ou a parte do prémio correspondente a alterações ao contrato são devidas nas datas indicadas nos respectivos avisos, nos termos definidos nos números seguintes.
5. A Seguradora avisará, por escrito e com uma antecedência mínima de trinta (30) dias em relação à data em que o prémio ou fracção subsequente é devido, o Tomador do Seguro, indicando a data do pagamento, o valor a pagar, a forma de pagamento, bem como as consequências

da falta de pagamento do prémio ou fracção.

6. Quando por acordo, o pagamento do prémio for objecto de fraccionamento por prazo inferior ao trimestre, não haverá lugar ao envio de qualquer aviso de cobrança, ficando neste caso indicado nas Condições Particulares do contrato, as datas em que são devidas cada uma das fracções, os valores a pagar, bem como as consequências da falta de pagamento de qualquer fracção.
7. Quando se verifique acerto de vencimento de contratos de ano e seguintes, o prémio correspondente ao número de dias que excede um ano será calculado tendo em consideração a proporção deste período em relação ao prémio anual.

## ARTIGO 28º

### FALTA DE PAGAMENTO DE PRÉMIO

1. Quando o prémio ou fracção inicial não for pago pelo Tomador do Seguro, o contrato não produzirá quaisquer efeitos.
2. Quando o pagamento do prémio for fraccionado, a falta de pagamento de qualquer fracção subsequente no decurso de uma anuidade determina a resolução automática e imediata do contrato às vinte e quatro (24) horas da data em que o pagamento dessa fracção era devido.
3. Quando se verificar a falta de pagamento do prémio de anuidades subsequentes, ou da primeira fracção deste, na data em que esse pagamento era devido, considera-se que o contrato não se renova, deixando consequentemente de produzir efeitos a contar das vinte e quatro (24) horas dessa mesma data.
4. Quando se verificar falta de pagamento do prémio adicional correspondente a uma alteração do contrato, a alteração não produzirá efeitos, subsistindo o



**contrato com o âmbito e nas condições que vigoravam antes da pretendida alteração, a menos que a subsistência do contrato se revele impossível, caso em que o contrato se considera resolvido na data do vencimento do prémio não pago.**

- 5. Nos seguros de grupo, a cessação do contrato de seguro por efeito de não pagamento do prémio, ou de parte de fracção deste, não exonera o Tomador do Seguro da obrigação de pagamento do prémio correspondente ao período em que o contrato haja vigorado, acrescido dos juros de mora devidos.**

#### **ARTIGO 29º**

##### **ALTERAÇÃO DO PRÉMIO**

1. Não havendo alteração no risco, qualquer alteração do prémio aplicável ao contrato apenas poderá realizar-se no vencimento anual seguinte, mediante aviso da Seguradora ao Tomador do Seguro, com uma antecedência mínima de trinta (30) dias sobre a data da renovação do contrato.
2. No entanto, haverá lugar a alteração automática do prémio do contrato, sem necessidade de qualquer comunicação prévia, 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.

#### **Subsecção VII**

#### **PROCEDIMENTOS**

#### **ARTIGO 30º**

##### **SINISTROS**

1. Em caso de necessidade de cuidados de saúde garantidos por este contrato e consoante se trate de prestações convencionadas ou de prestações indemnizatórias, a Pessoa Segura pode aceder à Rede de Prestadores da

Seguradora ou recorrer, à sua escolha, a qualquer médico, hospital ou clínica em caso de necessidade de internamento, devendo observar, em qualquer dos casos, as prescrições do médico que a assista e os procedimentos previstos nos números seguintes:

##### **1.1. Nas Prestações Convencionadas:**

- a) Seleccionar um prestador da Rede de Prestadores indicado pela Seguradora;
- b) Apresentar o seu Cartão de Saúde perante o Prestador seleccionado;
- c) Pagar ao prestador a parte da despesa que fica a seu cargo, conforme definido nas Condições Particulares.

##### **1.2. Nas Prestações Indemnizatórias:**

- a) Apresentar o impresso de sinistros devidamente preenchido;
- b) Solicitar a pré-autorização junto da Seguradora conforme previsto na cláusula 6º deste contrato;
- c) Apresentar a prescrição médica para os exames complementares de diagnóstico e tratamentos realizados, bem como para os medicamentos, próteses e ortóteses adquiridos. No caso dos medicamentos é ainda aceite cópia da guia de tratamento em substituição da prescrição médica;
- d) Quando a despesa tiver sido realizada no estrangeiro e a mesma for coberta pelo Contrato, os originais dos documentos fiscais válidos terão obrigatoriamente de conter, os seguintes requisitos, cumulativamente:
  - i. Estar redigidos nas línguas portuguesa e/ou inglesa;
  - ii. Indicar o nome completo do doente a que respeitam e respectivo número de beneficiário;
  - iii. Identificar os serviços prestados, e a especialidade médica;
  - iv. Obedecer às normas legais, nomeadamente às de natureza fiscal.
- e) Apresentar, no prazo máximo de noventa (90) dias a contar da data de realização do acto médico em causa, os recibos/facturas originais das despesas efectuadas, os quais terão obrigatoriamente que indicar o nome



- do doente a que respeitam, discriminar os serviços prestados, a especialidade médica e obedecer às normas legais, nomeadamente às de natureza fiscal;
- f) Quando o Tomador do Seguro/Pessoa Segura tenha previamente accionado outro subsistema de saúde ou contrato de seguro, deverá apresentar fotocópia da prescrição médica e do documento fiscal válido das despesas efectuadas, bem como um documento original comprovativo da parte da despesa não reembolsada ao abrigo do subsistema ou contrato de seguro anteriormente accionado.
- g) Neste último caso, e para efeitos do ponto anterior, o prazo contar-se-á a partir da data da declaração de pagamento emitida pela entidade/Segurador responsável;
2. Para além das obrigações acima referidas, o Tomador do Seguro e/ou a Pessoa Segura deverão igualmente em caso de sinistro:
- a) Informar com verdade a Seguradora sobre as circunstâncias e consequências da doença ou acidente;
- b) Cumprir as prescrições do médico a que tenham recorrido;
- c) Sujeitar-se a exames por médicos designados pela Seguradora, caso esta o considere necessário;
- d) Autorizar os médicos ou hospitais a que tenham recorrido, a facultar aos serviços clínicos da Seguradora, os relatórios clínicos e quaisquer outros documentos que estes tenham por conveniente para documentar o processo.
3. As Pessoas Seguras deverão igualmente, solicitar a pré-autorização aos serviços clínicos da Seguradora, sempre que estiver em causa a realização de:
- a) Despesas garantidas da cobertura de “Hospitalização”, quando motivadas por acidente ou doença;
- b) Despesas garantidas ao abrigo da Condição Especial “Doenças Graves”, quando contratada;
- c) Qualquer acto médico indicado na Cláusula Particular “Extensão Territorial” quando, neste último caso, tiver sido alargado o âmbito territorial da apólice.
4. Se por uma situação de urgência não for possível solicitar a pré-autorização, devem ser contactados os serviços clínicos da Seguradora no prazo de quarenta e oito (48) horas ou no mais curto período possível. A Seguradora informará as Pessoas Seguras sempre que futuramente outros serviços clínicos ou despesas necessitem de pré-autorização.
5. Quando a Pessoa Segura solicitar um Termo de Responsabilidade e, atendendo ao tipo de actos médicos em causa, seja previsível que o valor da despesa exceda o capital seguro disponível para o efeito, a Seguradora poderá solicitar à Pessoa Segura a prestação de garantias que assegurem a restituição do valor adiantado pela Seguradora, mas não garantido ao abrigo da apólice.
6. O Tomador do Seguro e/ou a Pessoa Segura obrigam-se a tomar todas as providências para evitar ou, pelo menos, diminuir o agravamento das consequências do acidente ou da doença.
7. O Tomador do Seguro e/ou as Pessoas Seguras responderão por perdas e danos caso não sejam seguidos os procedimentos previstos nos números anteriores.

## ARTIGO 31º

### PAGAMENTO DA INDEMNIZAÇÃO

1. Resultante da obrigação que sobre si recai, em caso de aceitação, a Seguradora pagará nas prestações indemnizatórias, o montante devido no prazo de trinta (30) dias úteis após a receção do pedido de participação e dos documentos originais, referidos no artigo anterior, necessários para a regularização do sinistro.



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

### Subsecção VIII

## CESSAÇÃO DO CONTRATO

### ARTIGO 32º

#### FORMAS DE CESSAÇÃO

O presente contrato cessará por caducidade, resolução e denúncia.

### ARTIGO 33º

#### CADUCIDADE

1. Data a partir da qual deixe de existir o vínculo ou interesse comum que une o

CG.DP.32.R0

Tomador do Seguro e o Participante, no caso dos seguros de grupo;

- a) No fim da anuidade em que a Pessoa Segura complete a idade limite estabelecida nas Condições Particulares;
  - b) No caso de membros do Agregado Familiar, que percam a qualidade de dependentes, no final da anuidade em que tal se verifique;
  - c) Data em que o presente contrato seja resolvido ou denunciado.
2. Nos seguros de grupo as coberturas do Agregado Familiar terminam na mesma data de cessação das garantias do Participante.
  3. **A cobertura de um Participante e do seu Agregado Familiar não terá início, ou cessará igualmente quando se verificarem, da parte dessas pessoas, falsas declarações ou omissões que poderiam ter influído na existência ou condições do contrato ou fraude.**

### ARTIGO 34º

#### DENÚNCIA

1. Quando o Tomador do Seguro pretender fazer cessar o contrato de seguro, ser-lhe-ão aplicáveis as seguintes condições:
  - 1.1. Quando o contrato for celebrado por uma duração igual ou superior a um (1) ano, o Tomador do Seguro, sendo pessoa singular, poderá, no prazo de trinta (30) dias a contar da recepção da Apólice resolver o contrato sem invocar justa causa, sem prejuízo do disposto no número seguinte.
  - 1.2. O prazo previsto no número anterior será contado a partir da data da celebração do contrato, desde que o Tomador do Seguro, nessa data, disponha em formato físico ou noutra suporte duradouro, de todas as informações relevantes que tenham de constar da apólice.
  - 1.3. A denúncia do contrato, nos termos acima definidos, deve ser comunicada a Seguradora por escrito.



1.4. A denúncia do contrato, nos termos acima definidos, produz efeitos retroactivos, reservando, porém, a Seguradora, o direito ao:

- a) Valor do Prémio relativo ao período já decorrido, na medida em que tenha suportado o risco;
- b) Montante das despesas razoáveis que a Seguradora tenha efetuado com exames médicos sempre que esses valores sejam imputados contratualmente ao Tomador do Seguro.

1.5. O previsto nos números anteriores do presente artigo não é aplicável às Pessoas Seguras integradas num Seguro de Grupo.

2. Quando a Seguradora pretender fazer cessar o contrato de seguro, deste facto comunicará por escrito ao Tomador do Seguro, no prazo de trinta (30) dias anteriores à data visada para cessação efectiva, importando as consequências previstas no nº 1.4, desta cláusula.

2.1. Quando a este houver lugar, o prémio a devolver em caso de denúncia será sempre calculado tendo em consideração o período ainda não decorrido até à data de vencimento, salvo quando tenha havido pagamento de prestações decorrente de sinistro pela Seguradora.

#### ARTIGO 35º

##### RESOLUÇÃO

1. O presente contrato de seguro poderá ser resolvido por qualquer uma das partes, a todo o tempo, havendo justa causa para o efeito, nos termos gerais do Direito.
2. Constitui justa causa, nomeadamente:
  - 2.1. Relativamente ao Tomador do Seguro:
    - a) O incumprimento das obrigações contratuais a cargo da Seguradora, essenciais à manutenção do contrato.
  - 2.2. Relativamente à Seguradora:
    - a) A falta de pagamento do prémio;

- b) A fraude ou tentativa de fraude do Tomador do Seguro e/ou das Pessoas Seguras;
  - c) A omissão ou inexactidão dolosa ou negligente do Tomador do Seguro e/ou Pessoa Segura na declaração inicial do risco;
  - d) O incumprimento das obrigações contratuais a cargo do Tomador do Seguro e/ou da Pessoa Segura essenciais à manutenção do contrato nos termos em que ele foi aceite.
3. **Salvo nos casos previstos na Lei ou expressamente referidos no contrato, a resolução do contrato produz os seus efeitos às vinte e quatro (24) horas do trigésimo (30.º) dia, a contar da recepção da respectiva comunicação.**

#### ARTIGO 36º

##### EFEITOS DA CESSAÇÃO DO CONTRATO

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



## Subsecção IX

### DISPOSIÇÕES FINAIS

#### ARTIGO 37º

#### COMUNICAÇÕES E NOTIFICAÇÕES ENTRE AS PARTES

1. As comunicações ou notificações previstas no presente contrato devem revestir forma escrita ou ser prestadas por outro meio de que fique registo duradouro, para a última morada do Tomador do Seguro constante no contrato ou para a sede social da Seguradora.
2. Qualquer alteração à morada ou sede do Tomador do Seguro deverá ser comunicada a Seguradora, nos trinta (30) dias subsequentes à data em que se verifique, sob pena de as comunicações ou notificações que a Seguradora venha a efectuar para a morada desactualizada se terem por válidas e eficazes.
3. Para efeitos dos números anteriores, as partes convencionam que as comunicações efectuadas por email e/ou outros meios electrónicos legalmente validos e dirigidos especificamente para os endereços electrónicos ou contactos exclusivos das partes, são havidos como válidos e enviados ao domicilio das partes.

#### ARTIGO 38º

#### COEXISTÊNCIA DE CONTRATOS

Existindo à data do sinistro mais do que um contrato de seguro garantindo os mesmos riscos, assiste à Pessoa Segura, nos termos previstos na Lei, o direito de escolher o Segurador que pretenda que satisfaça a prestação devida, nos limites da respectiva autorização.

#### ARTIGO 39º

#### SUB-ROGAÇÃO

1. A Seguradora, uma vez paga a indemnização, fica sub-rogada nos direitos da Pessoa Segura contra terceiros responsáveis pelo sinistro, até à concorrência da quantia indemnizada, abstando-se a mesma de praticar quaisquer actos ou omissões que possam prejudicar a sub-rogação, sob pena de responder por perdas e danos.
2. A Pessoa Segura responderá por perdas e danos por qualquer acto ou omissão voluntário que possa impedir ou prejudicar o exercício desses direitos.
3. 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 40º

#### COMPENSAÇÃO DE CRÉDITOS

No acto de pagamento de qualquer importância ao abrigo deste contrato, o 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.

#### ARTIGO 41º

#### CONFIDENCIALIDADE

1. As partes comprometem-se a tratar com estrita confidencialidade todas e quaisquer informações ou documentos obtidos e concebidos no âmbito do presente contrato, obrigando-se a não revelar o seu conteúdo sem que, para o



efeito, obtenha o prévio consentimento escrito da parte visada.

2. Sempre que, a pedido de qualquer tribunal, órgão governamental ou regulamentar, as Partes sejam obrigadas a divulgar qualquer informação ou documentação de que tenha tomado conhecimento por inerência da celebração do presente contrato, as partes comprometem-se reciprocamente a posteriormente dar a conhecer a parte visada.
3. O regime de confidencialidade previsto na presente cláusula manter-se-á em vigor após o termo do presente contrato, sem qualquer limitação temporal.

#### ARTIGO 42º

#### PROTECÇÃO DE DADOS PESSOAIS

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

#### ARTIGO 43º

#### GESTÃO DE RECLAMAÇÕES

1. A Seguradora dispõe de uma unidade orgânica responsável pela gestão de

CG.DP.32.R0

reclamações à qual poderão ser dirigidas quaisquer reclamações relacionadas ao presente contrato, servindo-se dos seguintes endereços electrónicos:

- a) [reclamacoes@indicoseguros.co.mz](mailto:reclamacoes@indicoseguros.co.mz)
  - b) [qualidade@indicoseguros.co.mz](mailto:qualidade@indicoseguros.co.mz)
2. Para efeitos do disposto no número anterior, o Tomador do Seguro ou Pessoa Segura, poderá consultar os procedimentos de reclamação, disponíveis no *website* da Seguradora: [www.indicoseguros.co.mz](http://www.indicoseguros.co.mz).
  3. Em caso de divergência com a Seguradora, o Tomador do Seguro e/ou Pessoa Segura podem também apresentar reclamações ao Provedor do Cliente pelo email [provedor@indicoseguros.co.mz](mailto:provedor@indicoseguros.co.mz) bem como solicitar a intervenção do Instituto de Supervisão de Seguros de Moçambique (ISSM), sem prejuízo ainda da possibilidade do recurso à arbitragem ou aos tribunais, de acordo com as disposições legais em vigor.

#### ARTIGO 44º

#### ARBITRAGEM

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

#### ARTIGO 45º

#### LEGISLAÇÃO E FORO

1. O presente contrato rege-se pela Lei moçambicana.



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

## CONDIÇÕES ESPECIAIS

### COBERTURAS COMPLEMENTARES

#### ARTIGO 1º

#### GARANTIAS

Conjuntamente com as Coberturas Base e mediante convenção expressa nas Condições Particulares, com o pagamento do respectivo sobre prémio, as garantias desta Apólice poderão tornar-se extensivas às seguintes Coberturas:

#### 1. TERAPÊUTICAS NÃO CONVENCIONAIS

- 1.1. **COBERTURA:** Ao abrigo da presente cobertura complementar, **quando contratada e expressamente indicada nas Condições Particulares**, fica garantido, o pagamento de despesas efectuadas com honorários no âmbito das seguintes terapêuticas:
  - a) Acupuntura;
  - b) Homeopatia;
  - c) Osteopatia;
  - d) Naturopatia;
  - e) Fitoterapia;
  - f) Quiropraxia.
- 1.2. As coberturas desta Condição Especial são garantidas no regime de prestações na rede e no regime de prestações por reembolso.
- 1.3. **EXCLUSÕES: Para além das exclusões previstas nas Condições Gerais, a presente Condição Especial não garante:**
  - a) **Despesas abrangidas pela Condição Especial Oncologia, ainda que não cobertas pelo contrato;**
  - b) **Medicamentos ou quaisquer produtos com fins terapêuticos.**

#### 2. EXTENSÃO AO ESTRANGEIRO

- 2.1. **COBERTURA:** Ao abrigo da presente cobertura complementar, **quando contratada e expressamente indicada nas Condições Particulares**, fica garantido o pagamento ou reembolso de despesas com cuidados de saúde fora do território nacional.
- 2.2. Quando estipulado nas Condições Particulares, o presente Contrato poderá produzir efeitos em:
  - a) África-do-Sul, relativamente às seguintes coberturas: i) hospitalização; ii) ambulatório; iii) Medicamentos e iv) Maternidade;
  - b) Portugal, relativamente às seguintes coberturas: i) hospitalização; ii) ambulatório; iii) Medicamentos e iv) Maternidade;
  - c) Índia, relativamente às seguintes coberturas: i) hospitalização; ii) ambulatório; iii) Medicamentos e iv) Maternidade.
- 2.3. **A presente extensão territorial não produzirá efeitos em relação às despesas de saúde garantidas ao abrigo da cobertura de hospitalização, quando, de acordo com o estado de saúde da Pessoa Segura, os tratamentos a realizar no estrangeiro tenham uma finalidade meramente paliativa.**
- 2.4. **As despesas realizadas ao abrigo desta cobertura, apenas ficarão garantidas nos países indicados, desde que efectuadas em regime de prestação convencionada junto dos Prestadores indicados pela Seguradora.**
- 2.5. Quando expressamente previsto nas Condições Particulares da Apólice, ao abrigo do presente Contrato pode ainda ficar garantido o reembolso das despesas realizadas em qualquer parte do mundo em regime de prestações indemnizatórias.
- 2.6. O pagamento de despesas garantidas ao abrigo da presente Cobertura Complementar, ficará sempre sujeita à pré-autorização da Seguradora.



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

- a) Despesas abrangidas pela Condição Especial Oncologia, ainda que não garantidas pelo contrato;
- b) As despesas com deslocação e estadia.

### 3. DOENÇAS GRAVES

3.1. **DEFINIÇÕES:** Para efeitos do acima disposto, considera-se exclusivamente Doença Grave ou Situação Clínica Grave, garantida ao abrigo da presente Condição Especial, as a seguir identificadas:

3.1.1. **Tratamento de Cancro** - Tratamento de i) qualquer **tumor maligno**, inclusive leucemia, sarcoma e linfoma (excepto linfoma cutâneo), caracterizado pelo crescimento descontrolado e disseminação de células malignas e invasão de tecidos; ii) **cancro** que esteja circunscrito ao epitélio, sendo esta a respectiva origem e sem invasão do estroma nem dos tecidos adjacentes; iii) qualquer **alteração pré-cancerígena** em células que são citologicamente ou histologicamente classificadas como displasia de alto grau ou displasia grave.

- i. **EXCLUSÕES:** Não ficam garantidos os seguintes tratamentos:
  - a) Os tumores relacionados com o vírus de imunodeficiência humana (HIV);
  - b) Os cancros de pele com excepção do melanoma maligno e o cancro papilar da bexiga.

3.1.2. **Neurocirurgia:** Qualquer intervenção cirúrgica ao crânio ou a outra estrutura intracraniana.

- i. **EXCLUSÕES:** Fica, porém, excluída a craniotomia quando a

patologia for consequência de lesão traumática.

3.1.3. **Cirurgia “Bypass” das Artérias Coronárias (Revascularização Miocárdica):** Tratamento cirúrgico que implique cirurgia de coração aberto e utilização de enxertos “bypass” para corrigir a estenose de pelo menos duas artérias coronárias.

- i. O pagamento das despesas realizadas com este tipo de intervenções ficará sempre dependente da evidência angiográfica da doença subjacente.
- ii. **EXCLUSÕES:** Ficam excluídas as cirurgias motivadas por lesões traumáticas ou alterações congénitas das coronárias aórticas.

3.1.4. **Substituição de Válvulas:** Procedimentos cirúrgicos realizados com vista à efectiva substituição total de uma ou mais válvulas do coração.

- i. O pagamento das despesas realizadas com este tipo de intervenções ficará sempre dependente da evidência angiográfica da doença subjacente.
- ii. **EXCLUSÕES:** Ficam excluídos quaisquer procedimentos cirúrgicos correctivos de alterações congénitas das válvulas cardíacas.

3.1.5. **Transplante de Órgãos:** O transplante cirúrgico de coração, pulmão, fígado, rim, pâncreas ou medula óssea resultante da perda total e irreversível da respectiva função orgânica.

- i. O órgão ou medula óssea deverá ser substituído por outro do mesmo tipo e proveniente de outro ser humano identificado como dador.
- ii. Ficam, porém, excluídos quaisquer transplantes de órgãos ou tecidos nos seguintes casos:
  - a) A Pessoa Segura ser ele próprio o dador do órgão para um terceiro;
  - b) A necessidade de transplante resultar de patologia congénita;



c) A necessidade de transplante resultar de cirrose hepática de etiologia alcoólica;

d) O transplante configurar um acto cirúrgico de autotransplante, com excepção de transplante de medula óssea.

3.2. **COBERTURA:** Ao abrigo da presente cobertura complementar, **quando contratada e expressamente indicada nas Condições Particulares**, fica garantido até ao valor fixado e nos termos previstos nas Condições Particulares, o pagamento das despesas suportadas pela Pessoa Segura, em regime de prestações convencionadas, com diagnósticos, tratamentos, internamentos, serviços ou prescrições médicas consideradas clinicamente necessárias, quando as mesmas resultem ou sejam consequência de qualquer uma das doenças graves ou Situações Clínicas a seguir indicadas, desde que os primeiros sintomas e respectivo diagnóstico ocorram durante o período de vigência da apólice e após o decurso do respectivo período de carência.

3.2.1. Ficam ainda garantidas ao abrigo da presente cobertura, o pagamento das seguintes despesas:

a) Despesas de internamento em hospital, designadamente: serviço geral de enfermaria durante o internamento da Pessoa Segura, incluindo as respectivas diárias e outros serviços hospitalares realizados durante o internamento, incluindo os serviços prestados no departamento de consulta externa do hospital; custo de uma cama adicional ou de acompanhante, se o hospital disponibilizar esse serviço e tal for solicitado pela pessoa segura; cirurgias e tratamentos realizados em Hospital em regime ambulatorio, desde que os mesmos, caso fossem efectuados em regime de internamento, estivessem garantidos ao abrigo desta cobertura; honorários médicos relativos a consultas, tratamentos, cuidados médicos ou cirurgias;

b) Despesas inerentes à realização dos seguintes serviços, tratamentos ou prescrições médicas e cirúrgicas:

i) Anestesia e respectiva aplicação, sempre que tenha sido proporcionada por um anestesista profissional;

ii) Exames de laboratório e patologia, radiografias com fins diagnósticos, radioterapia, isótopos radioactivos, quimioterapia, eletrocardiogramas, ecocardiografias, mielogramas, eletroencefalogramas, angiografias, tomografias computadorizadas e outros exames e tratamentos similares, requeridos para o diagnóstico e tratamento de uma Doença Grave, conforme a seguir definida, sempre que tenham sido prescritos por um médico, ou realizados sob supervisão médica;

iii) Transfusões de sangue, aplicação de plasma e soros;

iv) Consumo de oxigénio e aplicação de soluções intravenosas e injeções.

c) Despesas com produtos farmacêuticos ou medicamentos administrados durante o internamento da Pessoa Segura, ou após a alta, desde que os produtos ou medicamentos em causa sejam prescritos por médicos no âmbito de processos pós-operatórios;

d) Despesas com deslocações e transportes em ambulâncias terrestres e aéreas quando a sua utilização for indicada e quando prescrita por um médico;

e) Despesas com uma viagem de ida e volta em linha aérea regular para a Pessoa Segura e um acompanhante;

f) Despesas de alojamento da Pessoa Segura, se esta não se encontrar internada durante o tratamento, e de um acompanhante;

g) Em caso de falecimento da Pessoa Segura durante o tratamento autorizado pela Seguradora e motivado por uma doença grave ou situação clínica garantida, as despesas de repatriamento do corpo até ao



local da sua inumação em Moçambique, de aquisição da urna e das respectivas formalidades administrativas;

- h) Despesas com Medicação adquirida em Moçambique, subsequentemente ao tratamento de uma Doença ou Procedimento Médico aprovado pela Seguradora, ao abrigo desta Cobertura.

**§Único:** Este Benefício é disponibilizado desde que se verifiquem as seguintes condições:

- i. A Medicação tenha sido recomendada pelo (por) Médico(s) que assistem a Pessoa Segura, conforme necessário para a continuidade do tratamento;
- ii. A Medicação tenha sido licenciada e aprovada pelo Serviço Nacional de Saúde;
- iii. A Medicação requeira a prescrição por um Médico em Moçambique; A Medicação esteja disponível para ser adquirida em Moçambique;
- iv. Cada prescrição apenas pode indicar a dosagem necessária para um período máximo de dois meses.

**3.3. Relativamente ao benefício acima, a presente Condição Especial não garante:**

- a) Todos e quaisquer custos de Medicação que sejam suportados pelo Serviço Nacional de Saúde de Moçambique ou que seja abrangido por qualquer outra apólice de seguro detida pela Pessoa Segura;
- b) O custo de administração da Medicação;
- c) Qualquer aquisição de Medicação realizada fora de Moçambique;
- d) Facturas apresentadas a Seguradora noventa (90) dias após a data de aquisição da Medicação (data de ocorrência da despesa);
- e) A aquisição da Medicação tem de ser feita e paga directamente pela Pessoa Segura. A Seguradora reembolsará a Pessoa Segura quando receber a respectiva prescrição, a factura original e o comprovativo do pagamento. Quando o custo da Medicação tiver sido parcialmente coberto pelo Serviço Nacional de Saúde de Moçambique ou

por outra apólice de seguro, o reembolso solicitado deve diferenciar de forma clara os custos inteiramente financiados pela Pessoa Segura e os custos parcialmente financiados.

**3.4. PERÍODO DE CARÊNCIA:** A presente Cobertura Complementar de Doenças Graves encontra-se sujeita a um período de carência de 180 dias.

**3.5. EXCLUSÕES:** Sem prejuízo das exclusões previstas nas Condições Gerais aplicáveis a esta cobertura, não fica garantido, ao abrigo da presente Condição Especial, o pagamento das despesas incorridas ou motivadas por qualquer diagnóstico, tratamento, serviço ou prescrição médica, de qualquer forma relacionadas com, ou resultantes de:

- a) Qualquer doença grave ou situação clínica que já tenha sido objecto de diagnóstico ou em relação à qual a Pessoa Segura já tenha recebido tratamento anteriormente à subscrição da apólice;
- b) Qualquer doença grave ou situação clínica não prevista nesta cláusula;
- c) Qualquer doença grave ou situação clínica que seja objecto de diagnóstico previamente ao termo do período de carência previsto no nº 3.4;
- d) Qualquer doença grave ou situação clínica causada intencional ou dolosamente pela Pessoa Segura ou motivada em consequência de actos de imprudência ou negligência grave da Pessoa Segura;
- e) O Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA), qualquer doença que seja secundária ou provocada pela SIDA, bem como todas aquelas que sejam consequência do seu tratamento, incluindo a doença conhecida como “Sarcoma de Kaposi”;
- f) Despesas com serviços que não sejam clinicamente necessários para o tratamento de qualquer doença grave ou situação clínica garantida pelo contrato;



- g) Qualquer doença coronária tratada com técnicas que não requeiram cirurgia;
- h) Qualquer tipo de cirurgia angioplastia;
- i) Qualquer doença que tenha sido causada por um Transplante de Órgão, salvo se a referida doença for garantida for consequência necessária do transplante;
- j) Despesas incorridas por serviços de hospedagem, enfermagem privativa, cuidado de saúde em casa ou serviços proporcionados num centro ou instituição de convalescença, asilo ou lar de idosos, mesmo quando esses serviços sejam requeridos ou necessitados como consequência de uma doença coberta;
- k) Qualquer tipo de próteses, aparelhos ortopédicos, cintas, ligaduras, muletas, membros ou órgãos artificiais, perucas (mesmo quando o seu uso for considerado necessário durante o tratamento de quimioterapia), sapatos ortopédicos, fundas herniárias e outros equipamentos ou artigos similares, com a excepção da prótese do seio quando a mesma seja consequência de uma mastectomia;
- l) Todo o tipo de produtos farmacêuticos e medicamentos que não tenham sido fornecidos por um farmacêutico, ou para cuja obtenção não se requer receita ou prescrição de um médico;
- m) Síndrome cerebral ou despesas de assistência e vigilância médica derivadas de casos de senilidade ou deterioração cerebral;
- n) Tratamentos, serviços ou prescrição de cuidados médicos proporcionados à Pessoa Segura quando tratamentos alternativos ou procedimentos igualmente eficazes sejam possíveis para tratar o seu estado clínico ou a doença que justifique a realização de um transplante de órgão;
- o) Despesas incorridas pela utilização de medicina alternativa, mesmo quando tenham sido prescritas de forma específica por um médico;
- p) Despesas em compra ou aluguer de cadeiras de rodas, camas especiais, aparelhos de ar condicionado, purificadores de ar, e quaisquer outros artigos ou equipamentos similares;
- q) Despesas que não sejam de índole médica, tais como custos de traduções, contactos telefónicos, realizadas pela Pessoa Segura ou pelos seus acompanhantes, com a excepção das expressamente garantidas ao abrigo da presente Condição Especial;
- r) Qualquer despesa realizada fora da Rede de Prestadores internacional recomendada pela Seguradora, ou que não tenha sido objecto de pré-autorização nos termos previstos nos artigos seguintes.

#### 4. ASSISTÊNCIA CLÍNICA EM VIAGEM

4.1. **COBERTURA:** A presente Condição Especial garante à Pessoa Segura, quando em viagem em Moçambique ou deslocação no estrangeiro não superior a sessenta (60) dias, o direito a um Serviço de Assistência, **nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares**, com acesso aos seguintes serviços: a)

- a) **Admissão:** Em caso de doença ou acidente que implique internamento ou tratamento da Pessoa Segura, devidamente justificado, em hospital ou clínica, a Seguradora tratará dos procedimentos necessários à admissão da Pessoa Segura na unidade hospitalar escolhida pela Pessoa Segura.
- b) **Transporte:** No caso de a Pessoa Segura necessitar de transporte para a unidade onde será internada ou tratada e esteja fisicamente impossibilitada de utilizar um meio de transporte normal, a Seguradora garantirá o seu transporte em ambulância, veículo sanitário ligeiro ou outro meio de transporte que a gravidade da situação justifique, até à unidade de internamento ou tratamento indicada pela Pessoa Segura.



Por solicitação da Pessoa Segura, a Seguradora organizará idêntico serviço para um acompanhante, seja médico, familiar ou outro. Após alta médica, a Seguradora garantirá o transporte de regresso, em meio de transporte adequado, para a Pessoa Segura, bem como para o acompanhante. **A Seguradora obriga-se somente a transportar a Pessoa Segura sujeita a internamento numa unidade hospitalar fora do território nacional, quando esta já se encontre no estrangeiro à data do evento ocorrido de modo súbito ou desde que não exista em Moçambique qualquer unidade onde o tratamento possa ser desenvolvido.** O serviço é ainda garantido, quando não haja possibilidade de internamento em tempo útil em unidade de saúde no território nacional, estando em risco de vida a Pessoa Segura. Se a Pessoa Segura for portadora de doença contagiosa, utilização do transporte de avião de linha fica condicionada à autorização da companhia aérea transportadora. No caso de não ser concedida autorização, a Pessoa Segura, se o desejar, poderá optar por qualquer meio de transporte, previamente acordado entre o seu Médico Assistente e os Serviços de Assistência da Seguradora.

- c) **Despesas de Funeral e Repatriamento:** Se a Pessoa Segura falecer no estrangeiro, durante o período de Internamento Hospitalar, o Segurador suportará eventuais despesas relacionadas com as formalidades legais a cumprir no local do falecimento, bem como com as decorrentes do transporte do corpo em urna desde o local do evento até ao do funeral em Moçambique, assim como as despesas de funeral, até ao valor máximo constante das Condições Particulares.
- d) **Alta sob Vigilância Clínica:** Se para efeitos de consulta ou após alta médica, em consequência de Internamento Hospitalar, a Pessoa Segura necessitar de ficar alojada fora da sua residência habitual para vigilância médica, a Seguradora garante o

alojamento por ela escolhido, suportando a respetiva despesa até ao limite constante das Condições Particulares.

- e) **Saída da Unidade de Saúde:** Após a alta médica em consequência de Internamento Hospitalar, a Seguradora encarregar-se-á de todos os procedimentos administrativos necessários à saída da Pessoa Segura, junto da unidade hospitalar, garantindo-se igual serviço em caso de morte da Pessoa Segura durante o Internamento.
- f) **Envio de Medicamentos:** No caso do Médico haver prescrito à Pessoa Segura medicamentos, a Seguradora garantirá a procura dos medicamentos e envio, se os mesmos não estiverem disponíveis no local onde a Pessoa Segura se encontra. O custo de aquisição desses medicamentos será suportado pela Pessoa Segura.

4.2. As coberturas desta Condição Especial são garantidas no regime de prestações na rede e carecem sempre de prévia autorização da Seguradora, que deverá ser solicitada através do Serviço de Apoio ao Cliente.

## 5. APOIO DOMICILIÁRIO

5.1. **COBERTURA:** A presente Condição Especial garante à Pessoa Segura, mediante pedido efetuado através do Serviço de Apoio ao Cliente, o direito a solicitar a organização de serviços de assistência ao domicílio, **nos termos fixados nas Condições Particulares.**

5.1.1. Ficam ainda abrangidas pela presente Condição Especial a organização dos seguintes serviços:

5.1.1.1. **Aconselhamento médico:** Através da linha telefónica de atendimento 24 horas por dia, a Pessoa Segura poderá solicitar, à Equipa Médica da Seguradora, através do Serviço de Assistência, informações médicas ou de simples aconselhamento.

5.1.1.2. **Envio de médico ao domicílio:** Se esta cobertura tiver sido contratada e especificada nas Condições Particulares, a Seguradora, através do seu Serviço de Assistência,



garante, **contra um co-pagamento, no valor estipulado nas Condições Particulares do contrato**, em caso de urgência, o envio ao domicílio, vinte e quatro (24) horas por dia, de um médico de clínica geral para consulta e eventual aconselhamento quanto à orientação a seguir, sendo o custo da deslocação suportado pela Seguradora através do Serviço de Assistência, devendo a Pessoa Segura suportar o co-pagamento previsto por consulta e a totalidade dos eventuais tratamentos prescritos.

Cada consulta a suportar pela Pessoa Segura implicará um co-pagamento no valor estipulado nas Condições Particulares do contrato

Se, por razões de oferta de mercado, a Seguradora, através do Serviço de Assistência, não conseguir localizar um médico disponível para efectuar a consulta domiciliária, será organizado e suportado, em alternativa, um transporte até à unidade hospitalar mais próxima da residência da Pessoa Segura.

**5.1.1.3. Envio de medicamentos ao domicílio: Se esta cobertura tiver sido contratada e especificada nas Condições Particulares, o Serviço de Assistência da Seguradora garante, contra um co-pagamento**, no valor estipulado nas Condições Particulares do contrato, a entrega de medicamentos ao domicílio sempre que o beneficiário seja possuidor de um receituário médico e esteja impossibilitado de o fazer pelos seus próprios meios. Os custos dos medicamentos serão suportados exclusivamente pela Pessoa Segura.

**5.1.1.4. Envio de um profissional de enfermagem ao domicílio: Se esta cobertura tiver sido contratada e especificada nas Condições Particulares, o Serviço de Assistência da Seguradora garante, contra um co-**

**pagamento, no valor estipulado nas Condições Particulares do contrato**, o envio de profissionais de enfermagem, em caso de acamamento da Pessoa Segura, por prescrição médica. A presente cobertura assegurará custos com desinfetantes líquidos, gazes gordas ou não, adesivos, drenos, seringas e agulhas, bem como a administração de injectáveis, colocação de soros, algalias e sondas nasais e outros passíveis de serem efetuados no domicílio, apenas se contratada com tais especificações e pago o respectivo sobre prémio.

A Pessoa Segura tomará a seu cargo o custo dos produtos específicos a ministrar e prescritos pelo seu médico assistente.

**5.1.1.5. Envio de ambulância: Se esta cobertura tiver sido contratada e especificada nas Condições Particulares, o Serviço de Assistência da Seguradora garante, contra um co-pagamento**, no valor estipulado nas Condições Particulares do contrato, garante o envio de uma ambulância para transporte da Pessoa Segura para a unidade hospitalar mais próxima, em caso de emergência.

O Serviço de Assistência informará previamente dos custos inerentes a este serviço, a ser suportado pela Pessoa Segura.

**5.1.1.6. Ajuda Domiciliária: Se esta cobertura tiver sido contratada e especificada nas Condições Particulares, o Serviço de Assistência da Seguradora promoverá, contra um co-pagamento**, no valor estipulado nas Condições Particulares do contrato, a procura de uma pessoa para acompanhar e prestar ajuda domiciliária durante o tempo necessário à sua recuperação, no pressuposto de que as pessoas com quem coabita, se encontrem



incapacitadas fisicamente para prestar o apoio necessário à Pessoa Segura, em caso de acamamento ou incapacidade da Pessoa Segura comprovado pelo médico assistente e da Seguradora, através dos seus Serviços de Assistência.

Caso a incapacidade da Pessoa Segura decorra de uma prévia hospitalização com procedimento cirúrgico, comprovado pelo Médico Assistente e pela Seguradora, esta, através dos Serviços de Assistência, promoverá a procura de um fisioterapeuta ou enfermeiro para reabilitação ou substituição de penso ou também de uma governanta para ajuda doméstica necessária até à sua recuperação.

**5.1.1.7. Procura e envio de um profissional de serviços doméstico ao domicílio:** Se esta cobertura tiver sido contratada e especificada nas Condições Particulares, o Serviço de Assistência da Seguradora promove, contra um co-pagamento, no valor estipulado nas Condições Particulares do contrato, o envio de um profissional de serviços domésticos, em caso de doença e/ou hospitalização da Pessoa Segura que a impossibilite da manutenção/limpeza diária da sua residência.

Os custos são de conta e ordem da Pessoa Segura, previamente informados pelo Serviço de Assistência.

**5.1.1.8. Marcação de consultas e meios complementares de diagnóstico:** Se esta cobertura tiver sido contratada e especificada nas Condições Particulares, o Serviço de Assistência da Seguradora promoverá, contra um co-pagamento, no valor estipulado nas Condições Particulares do contrato, a marcações de consultas médicas de clínica geral e/ou de especialidade e exames complementares de diagnóstico desde que solicitados pelo

médico, sempre que a Pessoa Segura manifestar esse interesse.

As consultas e os exames de diagnóstico são da responsabilidade da Pessoa Segura, cujo custo será informado previamente pelo Serviço de Assistência.

**5.2. As coberturas constantes da presente cláusula, estão sujeitas à solicitação pela Pessoa Segura e aos limites indicados nas Condições Particulares.**

Lido, compreendido e aceite.

\_\_\_\_\_  
O Tomador do Seguro

