

SEGURO DE SAÚDE
CONDIÇÕES GERAIS DA APÓLICE

ÍNDICE

ARTIGO 1º - DEFINIÇÕES	3
ARTIGO 2º - OBJECTO DO CONTRATO	5
ARTIGO 3º - DECLARAÇÃO INICIAL DO RISCO	5
ARTIGO 4º - GARANTIAS DO CONTRATO	5
ARTIGO 5º - REGIME DE PRESTAÇÕES	6
ARTIGO 6º - CARTÃO GROUPAMA SAÚDE	7
ARTIGO 7º - DETERMINAÇÃO DOS LIMITES DE CAPITAL SEGURO	7
ARTIGO 8º - ÂMBITO TERRITORIAL	7
ARTIGO 9º - EXCLUSÕES	7
ARTIGO 10º - INÍCIO DAS GARANTIAS	8
ARTIGO 11º - CESSAÇÃO DAS GARANTIAS	9
ARTIGO 12º - SUSPENSÃO DAS GARANTIAS	9
ARTIGO 13º - INÍCIO DO CONTRATO	9
ARTIGO 14º - CONDIÇÕES DE ELIGIBILIDADE	9
ARTIGO 15º - DURAÇÃO E CADUCIDADE DO CONTRATO	9
ARTIGO 16º - DENÚNCIA DO CONTRATO	10
ARTIGO 17º - RESPONSABILIDADE DO SEGURADOR EM CASO DE NÃO RENOVAÇÃO DO CONTRATO	10
ARTIGO 18º - ALTERAÇÃO AO CONTRATO	10
ARTIGO 19º - DIREITO DE LIVRE RESOLUÇÃO	11
ARTIGO 20º - RESOLUÇÃO DO CONTRATO	11
ARTIGO 21º - ANULABILIDADE DO CONTRATO	11
ARTIGO 22º - ACTUALIZAÇÃO DO CAPITAL E PRÉMIO	11
ARTIGO 23º - COEXISTÊNCIA DE CONTRATOS	12
ARTIGO 24º - PAGAMENTO DOS PRÉMIOS	12
ARTIGO 25º - FRACCIONAMENTO DO PRÉMIO	12
ARTIGO 26º - ALTERAÇÃO DO PRÉMIO	12
ARTIGO 27º - OBRIGAÇÕES DO TOMADOR DO SEGURO E DO SEGURADO	12
ARTIGO 28º - OBRIGAÇÕES DO SEGURADOR	13
ARTIGO 29º - DETERMINAÇÃO DO VALOR DA INDEMNIZAÇÃO	14
ARTIGO 30º - COMUNICAÇÕES E NOTIFICAÇÕES ENTRE AS PARTES	14
ARTIGO 31º - RESPONSABILIZAÇÃO POR PRÁTICAS MÉDICAS	14
ARTIGO 32º - SUB-ROGAÇÃO	14
ARTIGO 33º - LEGISLAÇÃO APLICÁVEL	14
ARTIGO 34º - RECLAMAÇÕES	15
ARTIGO 35º - ARBITRAGEM E FORO	15

CONDIÇÕES GERAIS DA APÓLICE DE SEGURO DE SAÚDE

ARTIGO PRELIMINAR

Entre a **GROUPAMA SEGUROS S.A.**, adiante designada por segurador, e o tomador do seguro mencionado nas condições particulares, estabelece-se um contrato de seguro que se regula pelas condições gerais, especiais e particulares desta apólice, de harmonia com as declarações prestadas pelo tomador do seguro e pelas pessoas seguras, designadamente na proposta, boletins de adesão e respectivos questionários individuais de saúde, que lhe servem de base e da qual ficam fazendo parte integrante.

CAPÍTULO I

DEFINIÇÕES, OBJECTO E GARANTIAS DO CONTRATO, COBERTURAS FACULTATIVAS, DETERMINAÇÃO DOS VALORES SEGUROS, ÂMBITO TERRITORIAL E EXCLUSÕES

ARTIGO 1º - DEFINIÇÕES

Para efeitos do presente contrato entende-se por:

ACIDENTE: Acontecimento fortuito, súbito e anormal, devido a causa exterior e estranha à vontade da pessoa segura, e que nela origine lesões corporais, clínica e objetivamente comprovadas.

DOENÇA PRÉ-EXISTENTE: Qualquer doença ou lesão que se tenha manifestado ou que tenha dado origem a qualquer tratamento médico, em data anterior à data da entrada em vigor das garantias da qual a pessoa segura deveria ter conhecimento ou não poderia ignorar.

ACTA ADICIONAL: Documento que formaliza uma alteração à apólice.

ACTO MÉDICO: Ato realizado por médico legalmente habilitado pela respetiva Ordem, que integra a promoção da saúde, a prevenção e o tratamento da doença.

ADERENTE: A pessoa segura que mantém com o tomador um vínculo que não seja o de segurar.

AGREGADO FAMILIAR: Conjunto de pessoas que vivem, com carácter de permanência, em comunhão com o aderente ou tomador e que seja seu cônjuge ou unido de facto, e respectivos filhos ou enteados solteiros até aos 25 anos que se encontrem na dependência económica do aderente ou tomador.

AMBIENTE HOSPITALAR: Conjunto de meios infraestruturais, recursos técnicos, tecnológicos e humanos diferenciados, que permitem executar cada ato com qualidade e segurança, incluindo a capacidade de resposta eficaz para eventos súbitos que ponham em risco a vida da *pessoa segura* e que caracterizam um *estabelecimento hospitalar*.

APÓLICE: Documento que titula o contrato seguro, constituído pelas respectivas condições gerais, especiais e particulares. A proposta de seguro e o questionário individual de saúde. Todas as alterações que ocorram durante a vigência da apólice constarão de ata adicional.

BOLETIM DE ADESÃO: Impresso preenchido pelo aderente, no seguro de grupo onde constam informações que e elementos relativos à sua identificação e agregado familiar e expressa a vontade de aderir ao contrato de seguro.

CARTÃO GROUPAMA SAÚDE: Cartão pessoal e intransmissível, que identifica o seu titular e permite o acesso aos cuidados de saúde prestados na Rede disponibilizada pelo *gestor de rede médica*, efetuando de imediato os seus registos na base de dados do segurador.

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

COEFICIENTE K: Coeficiente de ponderação para a valorização de atos médicos, utilizado no Código de Nomenclatura e Valor Relativo de *Atos Médicos* e publicado pela Ordem dos Médicos em 26 de Julho de 1997.

COPAGAMENTO/FRANQUIA: Importância ou número de dias que, em caso de sinistro, fica a cargo da *pessoa segura* e cujo montante se encontra estipulado nas condições particulares.

COMPARTICIPAÇÃO: Valor a cargo do *segurador*, em cada despesa de saúde garantida pela apólice, calculado após dedução do *copagamento/franquia*, nos termos definidos nas condições particulares.

CONDIÇÕES ESPECIAIS: Conjunto de cláusulas que visam esclarecer, completar ou especificar disposições das *condições gerais*, e definir o âmbito dos riscos cobertos em cada cobertura quando tenha sido contratada.

CONDIÇÕES GERAIS: Conjunto de cláusulas que definem e regulamentam o âmbito e consequentes obrigações genéricas e comuns inerentes a todos os contratos de seguro saúde.

CONDIÇÕES PARTICULARES: Conjunto de cláusulas onde se identificam os elementos específicos de cada contrato, nomeadamente a identificação das partes e do respetivo domicílio, os dados do segurado, coberturas contratadas, limites de capital, percentagens de participações, franquias, copagamentos e a determinação do prémio ou na fórmula do respetivo cálculo.

DESPESA MÉDICA: Despesa efetuada pela pessoa segura para aquisição de bens ou *serviços clinicamente necessários*, desde que prescritos por médico, para tratamento de doença ou lesão resultante de acidente.

DOENÇA: Alteração involuntária do estado de saúde, não causada por *acidente* e com comprovação clínica objetiva.

DOENÇA CONGÉNITA: Doença presente à nascença, em resultado de fatores hereditários ou de condições verificadas durante a gestação até ao momento do nascimento. A doença congénita pode ser evidente ou reconhecida imediatamente após o nascimento ou ser descoberta mais tarde em qualquer momento da vida da pessoa, sem prejuízo da sua natureza.

DOENÇA SÚBITA: Qualquer alteração involuntária e imprevisível do estado de saúde, que requeira tratamento de urgência em hospital por necessitar de assistência médica imediata, quer em regime de internamento, quer em regime ambulatório.

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

ESTABELECIMENTO HOSPITALAR: Estabelecimento público ou privado, oficialmente reconhecido como tal, qualquer que seja a sua designação, destinado ao tratamento de doentes e acidentados, que disponha, com carácter permanente, de assistência médica, cirúrgica e de enfermagem.

Não se enquadram neste conceito as casas de repouso, de saúde e/ou de convalescença, termas, lares de terceira idade, centros de tratamento de toxicodependentes de alcoólicos e outras instituições similares.

GESTOR DE REDE MÉDICA: Entidade que, por conta da **GROUPAMA**, organiza uma rede de prestadores - procede à gestão das prestações devidas pelo contrato e articula, se o contrato possibilitar prestações convencionadas, o pagamento direto das despesas médicas, quer aos prestadores convencionados da *rede de prestadores*, nomeadamente médicos, hospitais, centros de diagnóstico e outras unidades de saúde, quer às pessoas seguras, se efetuar a gestão das *prestações indemnizatórias*.

LIMITE DE CAPITAL SEGURO: Montante máximo de participação de *despesas médicas* por pessoa segura e por *sinistro*, definido para cada uma das coberturas contratadas nas condições particulares.

MÉDICO: Licenciado por Faculdade de Medicina, legalmente autorizado a exercer a sua profissão no país onde o ato médico tiver lugar e inscrito na Ordem dos Médicos ou organismo equivalente nesse país.

PEQUENA CIRURGIA: Considera-se pequena cirurgia toda aquela cuja valorização do ato médico a realizar seja inferior a 100 K, de acordo com as valorizações estabelecidas pelo Código de Nomenclatura e Valor Relativo de *Atos Médicos*, publicado pela Ordem dos Médicos em 26 de Julho de 1997.

PERÍODO DE CARÊNCIA: Período de tempo que medeia entre a data de adesão de cada pessoa segura e a data de entrada em vigor das garantias.

PESSOAS SEGURAS: O segurado e os elementos do respetivo agregado familiar, quando expressamente incluídos.

PRÉ-AUTORIZAÇÃO: Procedimento aplicável no regime de prestações convencionadas que se traduz num consentimento para prestação de cuidados de saúde, solicitado pela pessoa segura aos serviços clínicos do *gestor de rede médica* ou do *segurador*.

PRÉMIO: É a contrapartida das coberturas contratadas e inclui tudo o que seja devido pelo *tomador do seguro*:

PRESTAÇÕES CONVENCIONADAS: Despesas médicas efetuadas pelas pessoas seguras na *rede de prestadores* previamente indicada, sendo a *participação* a cargo do *segurador* paga diretamente aos prestadores;

PRESTAÇÕES INDEMNIZATÓRIAS: Despesas médicas efetuadas pelas pessoas seguras fora do âmbito do regime de prestações convencionadas que dão origem a um reembolso direto do segurador às pessoas seguras, de acordo com as condições contratuais da apólice.

PRO RATA TEMPORIS: Expressão latina que significa “proporcionalmente ao tempo”.

REDE DE PRESTADORES: Conjunto de prestadores de cuidados de saúde, nomeadamente médicos, centros de diagnóstico, clínicas, hospitais e outras unidades de saúde com os quais o segurador ou o gestor de rede médica celebrou um acordo de prestação de serviços.

SINISTRO: O evento ou série de eventos resultantes de uma mesma causa suscetível de fazer funcionar as garantias do contrato.

SEGURADO: A pessoa cuja saúde ou integridade física se segura, e que se encontra identificada nas condições particulares.

SEGURADOR: Groupama Seguros S.A., entidade legalmente autorizada para a exploração do ramo doença, que subscreve o presente contrato.

SERVIÇOS CLINICAMENTE NECESSÁRIOS: Bens, serviços ou cuidados de saúde considerados necessários, face ao quadro clínico do segurado e de acordo com os protocolos e padrões reconhecidos pela comunidade médica.

TERMO DE RESPONSABILIDADE: Documento emitido pelo segurador, quando acordado esse procedimento, que exprime a assunção de responsabilidades pelos encargos inerentes à realização de determinado ato médico ou procedimento, nos termos e limites das coberturas do seguro aplicáveis, até ao máximo *do limite de capital seguro*.

TOMADOR DO SEGURO: A pessoa ou entidade que contrata com o segurador, sendo responsável pelo pagamento dos prémios.

ARTIGO 2º - OBJECTO DO CONTRATO

1. Pelo presente contrato o segurador garante, em caso de doença e/ou acidente ocorrido durante o ano de vigência e eficácia do contrato, nos termos destas condições gerais e das condições especiais aplicáveis e das particulares, as coberturas expressamente contratadas com os limites nestas fixados e os regimes de prestação que podem integrar: prestações convencionadas, prestações indemnizatórias ou o acesso aos serviços de saúde/assistência e desde que apresentados os documentos comprovativos das despesas realizadas até 120 dias após a data da emissão dos recibos relativos às mesmas despesas.
2. O presente contrato de seguro não garante quaisquer despesas médicas ou medicamentosas reclamadas pelo Serviço Nacional de Saúde ou por qualquer subsistema de saúde de que a *pessoa segura* seja beneficiária, podendo, no entanto assegurar o reembolso das respectivas taxas moderadoras no regime de prestações indemnizatórias.
3. A proposta de seguro, assinada pelo respetivo tomador do seguro, o questionário individual de saúde de cada pessoa segura, bem como toda a documentação de carácter clínico necessária à aceitação por parte do segurador, constituem a base deste contrato e dele fazem parte integrante, determinando, em particular, o risco coberto.

ARTIGO 3º - DECLARAÇÃO INICIAL DO RISCO

1. O tomador do seguro e a pessoa segura estão obrigados, antes da celebração do contrato, a declarar com exatidão todas as circunstâncias que conheçam e razoavelmente devam ter por significativas para a apreciação do risco pelo segurador.
2. O disposto no nº 1 é igualmente aplicável a circunstâncias cuja menção não seja solicitada em questionário fornecido pelo segurador.
3. Em caso de incumprimento doloso do disposto no nº 1, o contrato é anulável, nos termos e com as consequências previstas na Lei.
4. Em caso de incumprimento com negligência do disposto no nº 1, o segurador pode optar pela cessação ou alteração do contrato, nos termos e com as consequências previstas na lei.

ARTIGO 4º - GARANTIAS DO CONTRATO

As garantias são definidas nas respectivas condições especiais, integrando o contrato de seguro as que sejam referidas nas *condições particulares*, podendo por acordo entre as partes nas mesmas *condições particulares* o âmbito ser alargado ou restringido.

ARTIGO 5º - REGIME DE PRESTAÇÕES

Nos termos acordados nas condições particulares, e de acordo com as condições especiais contratadas, as garantias consignadas pelo presente contrato podem revestir, as seguintes modalidades:

- Prestações Convencionadas;
- Prestações Indemnizatórias;
- Acesso aos serviços de Saúde/Assistência.

5.1. Regime de Prestações Convencionadas

Nesta modalidade, o segurador garante à pessoa segura o acesso a um conjunto de serviços de cuidados de saúde integrados na rede de prestadores, cujas condições de utilização se encontram previstas nestas condições gerais e nas condições especiais contratadas, nos termos fixados nas condições particulares.

A rede de prestadores integra serviços de cuidados de saúde de especialidades médicas e cirúrgicas, meios auxiliares de diagnóstico, serviços, técnicas e terapêuticas complementares e internamento hospitalar.

O acesso a determinados serviços da rede de prestadores pode necessitar de *pré autorização*. Concedida a mesma, a pessoa segura escolhe livremente, na Rede, o especialista, laboratório, serviço ou unidade hospitalar para cada tipo de assistência prescrita. Quando a pessoa segura recorra aos serviços sem que tenha sido concedida a autorização necessária, ou quando recorra a qualquer outro serviço sem se identificar com o seu *cartão Groupama Saúde*, aplicar-se-á às despesas o regime de prestações indemnizatórias.

Neste regime de prestações, a pessoa segura suporta o pagamento da franquia indicada nas condições particulares. Quando por indisponibilidade do sistema informático ou outro motivo devidamente fundamentado e não imputável à pessoa segura, não for possível o processamento do valor da franquia, a pessoa segura suporta a despesa de saúde na totalidade e envia-a, posteriormente, ao segurador, por forma a ser efetuado o respetivo acerto de valor, nos termos deste regime.

A informação sobre os prestadores que integram a rede de prestadores está disponível e permanentemente atualizada em www.groupama.pt. na área de clientes.

5.2. Regime de Prestações Indemnizatórias

Nesta modalidade, o segurador garante o reembolso de despesas efetuadas pela pessoa segura com cuidados de saúde junto de prestadores de serviços não integrados na rede de prestadores, nos termos e limites fixados nestas condições gerais, nas especiais e nas particulares contratadas.

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

a) Honorários Médicos

O segurador reembolsará a pessoa segura do valor das despesas efetuadas com honorários médicos relativos a outros atos médicos, exceto consultas, os quais serão limitados ao valor máximo fixado nas condições particulares e aos montantes que resultem da aplicação do valor "K" indicado nas referidas condições particulares.

b) Outras Despesas

Relativamente a outras despesas não incluídas na alínea a) e garantidas pelo presente contrato o segurador reembolsará a pessoa segura do valor pago nos termos e limites fixados nas condições particulares.

Neste regime, o segurador pode garantir a atribuições de um valor de subsídio nos termos fixados nas respectivas condições especiais e particulares.

5.3. Regime de Prestações de Acesso aos Serviços de Saúde/Assistência

Este regime de prestações encontra-se descrito nas condições especiais e particulares.

ARTIGO 6º - CARTÃO GROUPAMA SAÚDE

Quando contratado o regime de prestações convencionadas, para requerer os serviços garantidos pela apólice na rede de prestadores, a pessoa segura deve exhibir o seu Cartão GROUPAMA Saúde e um documento de identificação com fotografia.

Em caso de extravio do Cartão GROUPAMA Saúde, a pessoa segura ou o tomador do seguro, obrigam-se sob pena de responder por perdas e danos a comunicar o facto ao segurador no prazo máximo de 48 Horas, a fim de o mesmo ser anulado e emitido um novo cartão.

ARTIGO 7º - DETERMINAÇÃO DOS LIMITES DE CAPITAL SEGURO

Os valores seguros, nomeadamente máximos anuais garantidos, percentagens de comparticipação e franquias, são estabelecidos mediante acordo prévio entre o segurador e o tomador do seguro.

ARTIGO 8º - ÂMBITO TERRITORIAL

Salvo convenção em contrário fixado em condições especiais ou em condições particulares, o seguro é válido em Portugal Continental e Regiões Autónomas dos Açores e Madeira.

ARTIGO 9º - EXCLUSÕES

1. Salvo convenção expressa nas condições particulares não serão comparticipadas as despesas resultantes de:

- a) Alcoolismo e tratamentos relativos à toxicodependência, bem como todas as doenças ou lesões adquiridas pela Pessoa Segura por ter agido sob influência de álcool, estupefacientes, outras drogas ou produtos tóxicos, quando não prescritos por receita médica;
- b) Atos médicos do foro psíquico nomeadamente internamento hospitalar, consultas de psicanálise, psicologia, psicoterapia e psiquiatria, bem como respetivo receituário.
- c) Acidentes e doenças pré-existentes bem como de correção de doenças e malformações congénitas, exceto quando digam respeito a filhos nascidos durante a vigência do contrato e incluídos no contrato de seguro no prazo de 30 dias a contar da data de nascimento, desde que o contrato esteja pelo menos há um ano em vigor na Groupama;
- d) Doenças ou lesões resultantes dos efeitos da radioatividade e doenças epidémicas oficialmente declaradas;
- e) Curas de repouso, convalescença, tratamentos termais e consultas, exames ou tratamentos de emagrecimento, incluindo os relativos à obesidade mórbida e rejuvenescimento;
- f) Correções estéticas ou plásticas, exceto se resultarem de doença manifestada ou acidente ocorrido na vigência do contrato do qual tenha originado um prévio acionamento das garantias da apólice;
- g) Testes de gravidez, Check-up e exames gerais de saúde;
- h) Sida e suas implicações;
- i) Enfermagem privativa;
- j) Tratamentos de infertilidade ou qualquer método de fecundação artificial;
- k) Quaisquer despesas associadas a métodos contraceptivos ou realizadas com essa finalidade, nomeadamente quaisquer métodos de controlo de natalidade e planeamento familiar (Despesas com medicamentos, tratamentos ou intervenções cirúrgicas com finalidades contraceptivas);
- l) Tratamentos refrativos à miopia, astigmatismo e hipermetropia (cirúrgica ou laser) para situações com menos de quatro dioptrias
- m) Acidentes resultantes de crimes ou atos dolosos da pessoa segura, intervenção voluntária em duelos ou rixas, bem como de tentativa de suicídio;

- n) Acidentes ocorridos na prática profissional de desportos, na prática de provas desportivas integradas em campeonatos e nas competições com veículos providos ou não de motor, assim como respectivos treinos;
- o) Acidentes ocorridos na prática de sky e outros desportos de neve, sky aquático, mergulho e caça submarina, artes marciais, desportos de combate, espeleologia, para-queda, parapente, tauromaquia, escalada, rappel, alpinismo e outros desportos analogamente perigosos;
- p) Acidentes ocorridos e doenças contraídas em consequência de calamidades naturais de tipo catastrófico, durante revoluções ou devido à existência de um estado de guerra, declarado ou não;
- q) Acidentes ocorridos e doenças contraídas devido a participação em greves, assaltos, tumultos, distúrbios laborais, alterações da ordem pública, atos de terrorismo, como tal considerados pela legislação penal portuguesa vigente e de sabotagem;
- r) Acidentes de trabalho e doenças profissionais, conforme legislação em vigor;
- s) Acidentes de viação abrangidos pelo regime obrigatório de seguro de responsabilidade civil;
- t) Despesas com deslocações e alojamento em Portugal e no estrangeiro;
- u) Tratamentos de hemodiálise e transplante de órgãos;
- v) Despesas de natureza particular (telefone, aluguer de T.V., despesas de bar e outras) e as efetuadas com acompanhantes não previstos no ponto 3 b) do na condição especial 00 (assistência hospitalar).

CAPÍTULO II

INÍCIO, CESSAÇÃO E SUSPENSÃO DAS GARANTIAS

ARTIGO 10º - INÍCIO DAS GARANTIAS

1. Salvo convenção em contrário expressa nas condições particulares, em caso de doença, a entrada em vigor das garantias está sujeita a um período de carência de 60 dias;
2. **Salvo convenção em contrário, o período de carência é alargado para:**
 - a) **540 dias em caso de:**
 - ✓ Todas as despesas originadas por gravidez.
 - b) **365 dias em caso de:**
 - ✓ Intervenção cirúrgica e tratamento às varizes;
 - ✓ Amigdalectomia, adenoidectomia, intervenção cirúrgica aos ouvidos;
 - ✓ Rinoseptoplastia;
 - ✓ Litotricia renal e vesicular;
 - ✓ Hemorroidectomia;
 - ✓ Intervenção cirúrgica a úlcera gastroduodenal;
 - ✓ Histerectomia por patologia benigna;
 - ✓ Mastectomia total ou parcial por patologia benigna;
 - ✓ Tiroidectomia total ou parcial por patologia benigna;
 - ✓ Colecistectomia;
 - ✓ Cirurgia artroscópica;
 - ✓ Cirurgia relacionada com hipertrofia benigna da próstata;
 - ✓ Cataratas;
 - ✓ Tratamentos refrativos à miopia, astigmatismo e hipermetropia (cirúrgica ou laser) para situações com mais de quatro dioptrias;
 - ✓ Roncopatia/apneia do sono;

- ✓ Plastia mamária;
- ✓ Intervenções cirúrgicas a hérnias.

§ **Único** - Os prazos previstos nos pontos anteriores, contam-se a partir da data da adesão da pessoa segura.

ARTIGO 11º - CESSAÇÃO DAS GARANTIAS

Salvo convenção em contrário, as garantias concedidas pelo presente contrato cessam, automaticamente em relação a cada pessoa segura:

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

ARTIGO 12º - SUSPENSÃO DAS GARANTIAS

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

CAPÍTULO III

INÍCIO, CONDIÇÕES DE ELIGIBILIDADE, DURAÇÃO, RENÚNCIA, RESOLUÇÃO E NULIDADE DO CONTRATO

ARTIGO 13º - INÍCIO DO CONTRATO

1. O presente contrato considera-se celebrado pelo período de tempo estabelecido nas condições particulares da apólice e, desde que o prémio ou fração inicial seja pago, produz os seus efeitos a partir das zero horas do dia imediato ao da aceitação da proposta pelo segurador, salvo se, por acordo das partes, for aceite outra data para a produção de efeitos, a qual não pode, todavia, ser anterior à da receção daquela proposta pelo segurador. Tratando-se de seguro de grupo, as garantias do contrato entram em vigor, para cada pessoa segura, às zero horas do dia imediato ao da aceitação do boletim de adesão pelo segurador.
2. A proposta, no seguro individual considera-se aceite no décimo quarto dia a contar da data da sua receção no segurador, a menos que entretanto o candidato a tomador do seguro seja notificado da recusa ou da sua antecipada aprovação, ou da necessidade de recolher esclarecimentos essenciais à avaliação do risco.

ARTIGO 14º - CONDIÇÕES DE ELIGIBILIDADE

1. **No início do contrato e no ato de adesão de uma nova pessoa segura e salvo convenção em contrário, o tomador do seguro fica obrigado a enviar ao segurador o respetivo boletim de adesão, assim como a respetiva comunicação de exclusão de qualquer pessoa que deixe de pertencer ao agregado familiar.**
2. **Podem beneficiar das garantias conferidas pelo presente contrato as pessoas que satisfaçam cumulativamente as seguintes condições à data da sua inclusão no contrato:**
 - a) **Não tenham sido atingidas por doenças cerebrovasculares, doenças psiquiátricas ou outra enfermidade ou doença grave com carácter evolutivo e/ou permanente;**
 - b) **Preencham o questionário individual de saúde e sejam aceites pelo segurador.**
3. **Salvo convenção em contrário é obrigatória a inclusão de todos os elementos que façam parte do agregado familiar. A inclusão de novos elementos do agregado familiar verificar-se-á no dia um do mês seguinte à data de receção do respetivo boletim de adesão, sem prejuízo do disposto no Artº 10º - Início das Garantias - destas condições gerais.**

ARTIGO 15º - DURAÇÃO E CADUCIDADE DO CONTRATO

1. O contrato pode ser celebrado por um período certo e determinado (seguro temporário) ou por um ano a continuar pelos anos seguintes.

Quando o contrato for celebrado por um período de tempo determinado, o mesmo cessa os seus efeitos às 24 horas do último dia;

2. Quando o contrato for celebrado por um ano a continuar pelos seguintes, considera-se sucessivamente renovado por períodos anuais, exceto se qualquer das partes o denunciar por escrito ou por outro meio do qual fique registo duradouro, com a antecedência mínima de 30 dias em relação ao termo da anuidade ou se o tomador não proceder ao pagamento do prémio nos termos do nº 1 do Artº 18º.
3. Sem prejuízo do disposto no Artº 18º, as prestações garantidas pelo segurador respeitam exclusivamente a cada período de vigência do contrato, não havendo lugar a qualquer prorrogação ou extensão das garantias para além da data do seu vencimento e encontrando-se apenas garantidas as prestações convencionadas ou as despesas efetuadas em cada ano de vigência do contrato.

ARTIGO 16º - DENÚNCIA DO CONTRATO

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

ARTIGO 17º - RESPONSABILIDADE DO SEGURADOR EM CASO DE NÃO RENOVAÇÃO DO CONTRATO

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

ARTIGO 18º - ALTERAÇÃO AO CONTRATO

1. Pelo Segurador

Qualquer alteração de coberturas, capitais, franquias e prémios, para vigorar na anuidade seguinte deverá ser comunicada ao tomador do seguro na anuidade com uma antecedência mínima de 30 dias em relação à data de renovação do contrato. Entende-se que se encontra aceite pelo tomador a alteração proposta, caso venha a ser pago o prémio correspondente à anuidade subsequente ou à primeira fração desta. Não sendo aceite a proposta pelo tomador do seguro, o contrato deverá ter-se por denunciado pelo segurador, para o fim da anuidade em curso.

2. Pelo Tomador do Seguro

- a) A inclusão de pessoas seguras que integrem o agregado familiar é solicitada mediante preenchimento de proposta e questionário individual de saúde;
- b) A transferência de titularidade, inclusão e exclusão de pessoas seguras deverá ser efetuada com 30 dias de antecedência à data de produção de efeitos;
- c) No caso de ocorrer uma exclusão o segurador procederá ao estorno do prémio pago relativo ao período não decorrido;
- d) A alteração de plano contratado no âmbito dos planos em comercialização deverá ser efetuado com uma antecedência mínima de 30 dias em relação à data de renovação do contrato, sendo que são considerados períodos de carência relativos às novas coberturas ou a aumentos de capital nas coberturas do plano anterior.

ARTIGO 19º - DIREITO DE LIVRE RESOLUÇÃO

O tomador do seguro que seja pessoa singular, dispõe de um prazo de 30 dias, a contar da data de receção da apólice para resolver o contrato, mediante comunicação por escrito, em suporte de papel ou outro meio duradouro, disponível e acessível ao segurador.

O exercício do direito de livre resolução determina:

- A cessação do contrato;
- A extinção reactiva de todas as obrigações decorrentes do contrato;
- O direito do segurador ao valor do prémio calculado *pro rata temporis*, na medida em que tenha suportado o risco até à resolução do contrato.

O direito de livre resolução não pode ser exercido:

- Se o tomador do seguro for uma pessoa coletiva;
- Se o contrato tiver uma duração igual ou inferior a seis meses.

ARTIGO 20º - RESOLUÇÃO DO CONTRATO

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

ARTIGO 21º - ANULABILIDADE DO CONTRATO

1. Este contrato é anulável e, conseqüentemente, não produzirá quaisquer efeitos em caso de sinistro, quando da parte do tomador do seguro ou da pessoa segura tenha havido, no momento de celebração do contrato, declarações inexatas assim como reticências de factos ou circunstâncias dele conhecidas, e que teriam podido influir sobre a existência ou condições do contrato.
 2. Se as referidas declarações ou reticências tiverem sido feitas de má-fé, o segurador terá direito ao prémio, sem prejuízo da anulabilidade do contrato nos termos do número anterior.
- § Único - Entende-se por má-fé o conhecimento por parte do tomador do seguro ou da pessoa segura, de que as declarações por este prestadas são inexatas ou incompletas.

CAPÍTULO IV

ACTUALIZAÇÃO DO CAPITAL E PRÉMIO E COEXISTÊNCIA DE CONTRATOS

ARTIGO 22º - ACTUALIZAÇÃO DO CAPITAL E PRÉMIO

Salvo convenção em contrário o segurador atualizará os capitais seguros, as franquias existentes bem como os respectivos prémios a cobrar ao tomador do seguro, em cada vencimento anual, nos termos contratados e devidamente expressos nas condições particulares.

ARTIGO 23º - COEXISTÊNCIA DE CONTRATOS

1. O tomador do seguro e a pessoa segura ficam obrigados a participar ao segurador, sob pena de responder por perdas e danos, a existência de outros seguros garantindo o mesmo risco.
2. Existindo, à data do sinistro, mais de um contrato de seguro garantindo o mesmo risco, a presente apólice apenas funcionará em caso de inexistência, nulidade, ineficácia ou insuficiência de seguros anteriores.

CAPÍTULO V

PAGAMENTO, CÁLCULO E ALTERAÇÃO DOS PRÉMIOS

ARTIGO 24º - PAGAMENTO DOS PRÉMIOS

1. O prémio ou fração inicial é devido na data da celebração do contrato, dependendo a eficácia deste do respetivo pagamento.
2. Sem prejuízo do disposto no nº 6, os prémios ou frações subsequentes são devidos nas datas estabelecidas na apólice, sendo aplicável, neste caso, o regime previsto nos nºs 3 a 5.
3. O segurador encontra-se obrigado, até 30 dias antes da data em que o prémio ou fração subsequente é devido, a avisar, por escrito, o tomador do seguro, indicando essa data, o valor a pagar, a forma e o lugar de pagamento e as consequências da falta de pagamento do prémio ou fração.
4. Nos contratos de seguro cujo pagamento do prémio seja objeto de fracionamento por prazo inferior ao trimestre, e estejam identificados em documento contratual as datas de vencimento e os valores a pagar, bem como as consequências da falta de pagamento do prémio ou fração, o segurador pode optar por não proceder ao envio do aviso previsto no número anterior, recaindo sobre ela o ónus da prova da emissão e aceitação, pelo tomador do seguro, daquele documento contratual.
5. Nos termos da lei, na falta de pagamento do prémio ou fração na data indicada no aviso previsto no nº 3 ou no documento contratual previsto no número anterior, o contrato é automaticamente resolvido.
6. A falta de pagamento, na data indicada no aviso, de um prémio adicional, desde que este decorra de um pedido do tomador do seguro para extensão da garantia, não implicando agravamento do risco inicial, determinará que se mantenham as condições contratuais em vigor anteriormente àquele pedido.
7. O seguro considera-se em vigor sempre que o recibo tenha sido entregue ao tomador do seguro por entidade expressamente designada pelo segurador para o recebimento do prémio respetivo.

ARTIGO 25º - FRACCIONAMENTO DO PRÉMIO

O pagamento do prémio anual de seguro por acordo entre o segurador e o tomador do seguro pode ser repartido em frações mensais, trimestrais ou semestrais.

ARTIGO 26º - ALTERAÇÃO DO PRÉMIO

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

CAPÍTULO VI DOS SINISTROS

ARTIGO 27º - OBRIGAÇÕES DO TOMADOR DO SEGURO E DO SEGURADO

1. Verificando-se qualquer doença ou acidente que faça funcionar as garantias deste contrato, o tomador do seguro ou o segurador, sob pena de responderem por perdas e danos, obrigam-se a:
 - a) Cumprir as prescrições médicas, sob pena de o segurador apenas responder pelas consequências do acidente que presumivelmente se teriam verificado se aquelas prescrições tivessem sido observadas;
 - b) Submeter-se a exame por médico designado pelo segurador, quando este, fundamentadamente, o requeira;

- c) Autorizar os médicos a prestar todas as informações solicitadas, sob pena de o segurador ficar impossibilitado de comprovar se as circunstâncias em que a doença ocorreu estão, ou não, abrangidas pelo seguro;
 - d) Tomar todas as providências para evitar o agravamento da afeção;
 - e) Em caso de acidente garantido pela apólice, participá-lo ao segurador, por escrito, nos oito dias imediatos à sua ocorrência, indicando dia, local, causas, consequências, testemunhas e quaisquer outros elementos considerados relevantes;
 - f) Existindo vários seguros cobrindo o mesmo risco, esta comunicação deverá ser efetuada a todos os seguradores, indicando o nome das restantes.
2. No regime de prestações por reembolso deverá ainda:
- a) Comunicar ao segurador, por escrito, a ocorrência de doença ou acidente que origine internamento hospitalar e/ou intervenção cirúrgica, até oito dias após a data da respetiva alta hospitalar:
 - Enviar até oito dias após a pessoa segura ter sido clinicamente assistida, uma declaração médica, onde conste a natureza e localização das lesões e o seu diagnóstico;
 - Enviar até oito dias após a alta, a declaração do médico assistente da pessoa segura relativa à afeção e ao tratamento verificado;
 - b) Apresentar, no prazo de 120 dias, todos os documentos comprovativos das despesas realizadas sem qualquer rasura ou omissão, sob pena de não serem aceites, ou, em caso de comparticipação de organismos oficiais, fotocópias desses documentos devidamente autenticadas, que deverão obedecer aos requisitos seguintes:
 - Ser passados em papel timbrado e devidamente legalizados;
 - Ser identificado o nome da pessoa segura;
 - Possuir a descrição e/ou indicação pormenorizada do serviço prestado, discriminação das despesas feitas, nomeadamente quando ao número de dias de hospitalização, descrição da intervenção cirúrgica e outras análogas;
 - c) Apresentar, no prazo de 120 dias, todos os documentos justificativos do montante dos reembolsos efetuados por qualquer organismo oficial. Nestes casos o segurador comparticipará sobre o excedente.
 - d) A pessoa segura responderá, ainda, por perdas e danos, se:
 - Usar de fraude, simulação, falsidade ou de quaisquer outros meios dolosos, bem como de documentos falsos para justificar a sua reclamação;
 - Tentar ou utilizar de forma abusiva o contrato, de modo a obter um benefício ilegítimo.

ARTIGO 28º - OBRIGAÇÕES DO SEGURADOR

Constitui obrigação do segurador o cumprimento pontual dos seus compromissos perante o tomador do seguro e as pessoas seguras, nomeadamente:

- a) Fornecer, quando contratado o regime de prestações convencionado o Cartão Groupama Saúde referido no Artº 6º bem como disponibilizar informações sobre os serviços da Rede Médica.
- b) Analisar com prontidão e diligência os pedidos de autorização, decidindo sobre os mesmos em prazo não superior a 5 dias úteis, contados desde a data em que forem recebidos todos os elementos necessários à sua apreciação;
- c) Proceder ao reembolso das prestações, no prazo máximo de 30 dias úteis a contar da data em que foi firmada a sua responsabilidade e efetuado o apuramento das comparticipações a pagar, de acordo com o estipulado nas condições particulares. Se decorrido este prazo, o segurador, na posse de todos os elementos indispensáveis ao reembolso das prestações, não tiver realizado essa obrigação, por causa não justificada ou que lhe seja imputável, incorrerá em mora, vencendo a indemnização juros à taxa legal em vigor.

CAPITULO VII DAS INDEMNIZAÇÕES

ARTIGO 29º - DETERMINAÇÃO DO VALOR DA INDEMNIZAÇÃO

1. Os valores seguros máximos garantidos por esta apólice constam das condições particulares e vigoram em cada período de vigência do contrato.
2. O segurador garante à pessoa segura apenas o pagamento das prestações convencionadas ou despesas efetuadas, até ao limite contratado, em cada período de vigência do contrato, liquidadas em moeda Euro. No caso de despesas efetuadas em moeda estrangeira, a sua conversão para € (euro) será feita à taxa de câmbio indicativa (“fixing” do Banco de Portugal) do dia em que foi efetuada a despesa.

O segurador obriga-se a reembolsar o tomador do seguro, no prazo máximo de 30 dias, após a receção dos documentos comprovativos.

3. Se após cura aparente, com conseqüente retorno da pessoa segura à sua atividade normal, houver recaída dentro do prazo de um mês, tanto a hospitalização como a intervenção cirúrgica conseqüente, serão consideradas como se se tratasse de um único e mesmo sinistro.

CAPITULO VIII DISPOSIÇÕES DIVERSAS

ARTIGO 30º - COMUNICAÇÕES E NOTIFICAÇÕES ENTRE AS PARTES

1. As comunicações ou notificações do tomador do seguro ou do segurado previstas nesta apólice, consideram-se válidas e plenamente eficazes, caso sejam efetuadas por escrito ou por outro meio do qual fique registo duradouro para a sede social do segurador.
2. **Todavia, a alteração de morada ou de sede do tomador do seguro ou do segurado deve ser comunicada ao segurador, nos 30 dias subseqüentes à data em que se verifiquem, por carta registada com aviso de receção, sob pena de as comunicações ou notificações que o segurador venha a efetuar para a morada desatualizada se terem por válidas e eficazes.**
3. As comunicações ou notificações do segurador previstas nesta apólice consideram-se válidas e plenamente eficazes caso sejam efetuadas por escrito ou por outro meio do qual fique registo duradouro para a última morada do tomador do seguro ou do segurado constante do contrato, ou entretanto comunicada nos termos previstos no número anterior.

ARTIGO 31º - RESPONSABILIZAÇÃO POR PRÁTICAS MÉDICAS

1. São da inteira responsabilidade da pessoa segura a escolha dos profissionais médicos, auxiliares, técnicos, estabelecimentos hospitalares e/ou outros prestadores de cuidados de saúde.
2. O *segurador* não se responsabiliza pelos atos médicos prestados ou pela qualidade dos tratamentos efetuados por qualquer instituição ou indivíduo nem pelas suas conseqüências.
3. De igual forma não será imputável ao *segurador* qualquer responsabilidade relativa a atos de eventual negligência médica.

ARTIGO 32º - SUB-ROGAÇÃO

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

ARTIGO 33º - LEGISLAÇÃO APLICÁVEL

A lei aplicável a este contrato é a lei portuguesa.

ARTIGO 34º - RECLAMAÇÕES

A apresentação de qualquer reclamação relacionada com o presente contrato ou com as obrigações e direitos dele decorrentes, pode ser efetuada diretamente ao segurador ou através do Instituto de Seguros de Portugal, autoridade de supervisão da atividade seguradora.

ARTIGO 35º - ARBITRAGEM E FORO

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

CONDIÇÃO ESPECIAL 00
ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

1. GARANTIA

Quando contratada esta cobertura, o segurador participará na percentagem e montante máximo anual fixados nas condições particulares, nas despesas efectuadas pela pessoa segura com ASSISTÊNCIA HOSPITALAR, com os actos médicos, de diagnóstico ou terapêuticos, desde que decorrentes de Internamento Hospitalar por período igual ou superior a 24 horas, ou por período inferior se tratar-se da realização de cirurgia de valor superior a 100ks.

Consideram-se abrangidas as despesas efectuadas com:

1. Diária hospitalar da pessoa segura.

2. Honorários médicos e cirúrgicos:

- a) Honorários de cirurgião, anestesista e ajudantes;
- b) Outros honorários médicos.

3. Outras despesas de internamento:

- a) Enfermagem geral (não privativa);
- b) Alojamento de acompanhante de pessoa segura até 12 anos de idade;
- c) Medicamentos;
- d) Elementos auxiliares de diagnóstico;
- e) Piso da sala de operações e material utilizado (nomeadamente gases de anestesia, oxigénio, material de osteossíntese, próteses intracirúrgicas);
- f) Transporte de ambulância para e do hospital desde que o estado de saúde da pessoa segura o justifique.
- g) Quimioterapia e/ou Radioterapia
- h) Internamento motivado por doenças do foro psíquico, no máximo de quinze dias por anuidade.

2. EXCLUSÕES

Para além das exclusões previstas no Artº 9º das condições gerais, ficam ainda excluídas as despesas efectuadas com:

- a) Pequena Cirurgia;
- b) Cirurgia do Foro Estomatológico, exceto se em consequência de acidente abrangido por este contrato e ocorrido durante a sua vigência;
- c) Próteses e Ortóteses de qualquer classe, bem como quaisquer outros artigos de tratamento ou correcção médica que não sejam cirurgicamente indispensáveis;
- d) Parto natural, cesariana ou interrupção de gravidez.

3. ÂMBITO TERRITORIAL

A garantia é válida em Portugal Continental e Regiões Autónomas dos Açores e Madeira. Fica, no entanto, abrangida a assistência médica realizada no estrangeiro, desde que:

- a) Resulte de acidente ou doença súbita verificados durante permanência não superior a 45 dias ou,
- b) Prescrita pelo médico assistente da pessoa segura e com o **acordo prévio** da seguradora.