

APÓLICE DE SEGURO DE SAÚDE – GRUPO

CONDIÇÕES GERAIS

ARTIGO PRELIMINAR

Entre a Companhia de Seguros Tranquilidade, S.A., adiante designada por Tranquilidade, e o Tomador de 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 constantes da Proposta que lhe serviu de base e da qual faz parte integrante.

CAPÍTULO I

Definições, Objecto, Garantias e Exclusões

ART. 1.º – Definições

Para efeitos do disposto no presente contrato, entende-se por:

- a) **SEGURADORA**: A Companhia de Seguros Tranquilidade, S.A., adiante designada por Tranquilidade;
- b) **ADVANCECARE**: Entidade adiante designada por **Administrador** que, por conta da Tranquilidade, organiza a rede de prestadores, procede à gestão das prestações devidas pelo contrato e articula o pagamento directo das despesas médicas, quer aos prestadores convencionados, nomeadamente médicos, hospitais, centros de diagnósticos, quer à Pessoa Segura;
- c) **TOMADOR DE SEGURO**: Entidade que subscreve o presente contrato e é responsável pelo pagamento do prémio;
- d) **PESSOA SEGURA**: Pessoa singular identificada nas Condições Particulares cuja saúde ou integridade física se segura através do presente contrato;
- e) **AGREGADO FAMILIAR**: Conjunto de pessoas constituído pela Pessoa Segura, o seu cônjuge ou pessoa que com ela viva em união de facto, e os descendentes menores e solteiros (ou, não sendo menores, até ao limite de idade de 24 anos, desde que sejam estudantes, incluindo adoptados, tutelados e curatelados), que coabitem com a Pessoa Segura;
- f) **PARTICIPANTE**: A Pessoa Segura ou qualquer membro do Agregado Familiar depois de incluído no contrato de seguro;
- g) **ACIDENTE**: O acontecimento fortuito, súbito e anormal, devido a causa exterior e estranha à vontade da Pessoa Segura e que nesta origem lesões corporais que possam ser clínica e objectivamente constatadas;
- h) **DOENÇA**: Toda a alteração involuntária do estado de saúde, não causada por acidente e susceptível de constatação médica objectiva;
- i) **ACIDENTE/DOENÇA PRÉ-EXISTENTE**: Efeitos de acidentes ocorridos ou quaisquer doenças manifestadas antes da data de celebração do contrato e dos quais a Pessoa Segura ainda é portadora à data de início do mesmo;
- j) **GRAVIDEZ PRÉ-EXISTENTE**: Gravidez manifestada ou que tenha dado origem a qualquer tratamento médico antes da data de celebração do contrato;
- k) **DOENÇA MANIFESTADA**: Doença que se haja revelado, tenha sido objecto de um diagnóstico inequívoco e/ou dado lugar ao respectivo tratamento;
- l) **DOENÇA SÚBITA**: Toda e qualquer doença que requeira tratamento de urgência em hospital, quer em regime de internamento, quer em regime ambulatorio;
- m) **PRESTAÇÕES CONVENCIONADAS**: Despesas médicas efectuadas pela Pessoa Segura na rede de prestadores previamente indicada, sendo a comparticipação a cargo da Tranquilidade paga directamente aos prestadores;
- n) **PRESTAÇÕES INDEMNIZATÓRIAS**: Despesas médicas efectuadas pela Pessoa Segura fora da rede de prestadores, e que dão origem a um reembolso directo da Tranquilidade à Pessoa Segura de acordo com a percentagem estipulada nas Condições Particulares;
- o) **DESPESA MÉDICA**: Despesa realizada pela Pessoa Segura para aquisição de Serviços Clinicamente Necessários, desde que prescritos ou realizados por médico;
- p) **SERVIÇOS CLINICAMENTE NECESSÁRIOS**: Bens, serviços ou cuidados de saúde aprovados directamente pela Tranquilidade ou por intermédio do Administrador, desde que sejam:
 - i) Necessários para tratamento de doença ou de lesão resultante de acidente das Pessoas Seguras;
 - ii) Adequados à situação diagnosticada;
 - iii) Prestados da forma mais eficiente em termos de custo e mais adequada ao tipo de serviço a prestar;
 - iv) De reconhecida validade clínica.
- q) **PRÉ-AUTORIZAÇÃO**: Aprovação dada pelos serviços clínicos do Administrador ou da Tranquilidade, quando exigível nos termos da Apólice, que permite o acesso à Pessoa Segura aos cuidados de saúde garantidos pelo presente contrato;
- r) **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 Tranquilidade e/ou o Administrador tenha celebrado um acordo de prestação de serviços e que asseguram à Pessoa Segura a execução dos serviços garantidos pelo contrato no âmbito das Prestações Convencionadas;

- s) **MÉDICO**: O licenciado por Faculdade de Medicina, 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;
- t) **HOSPITAL OU CLÍNICA**: Estabelecimento legalmente reconhecido onde são prestados serviços permanentes de saúde à Pessoa Segura, por médicos e enfermeiros diplomados, não sendo, para efeitos deste contrato, considerados como tal termas, sanatórios, casas de repouso, centros de toxicodependência e alcoólicos e outros estabelecimentos similares;
- u) **CARTÃO DE SAÚDE**: Cartão pessoal e intransmissível que identifica a Pessoa Segura e permite o seu acesso aos cuidados de saúde no âmbito da rede de prestadores;
- v) **SEGURO DE GRUPO**: Seguro de um conjunto de pessoas ligadas entre si e ao Tomador de Seguro por um vínculo ou interesse comum;
- w) **SEGURO DE GRUPO CONTRIBUTIVO**: Seguro de Grupo em que a Pessoa Segura contribue no todo ou em parte para o pagamento do prémio;
- x) **SEGURO DE GRUPO NÃO CONTRIBUTIVO**: Seguro de Grupo em que o Tomador de Seguro contribui na totalidade para o pagamento do prémio;
- y) **APÓLICE**: Conjunto de documentos que constituem a expressão escrita do contrato de seguro, e que compreende as Condições Gerais, Especiais, se as houver, e Particulares;
- z) **CONDIÇÕES GERAIS**: Conjunto de cláusulas que definem e regulamentam obrigações genéricas e comuns inerentes a um ramo ou modalidade de seguro;
- aa) **CONDIÇÕES ESPECIAIS**: Cláusulas que visam esclarecer, completar ou especificar disposições das Condições Gerais;
- ab) **CONDIÇÕES PARTICULARES**: Documento onde se encontram os elementos específicos e individuais de cada contrato, que o distinguem de todos os outros;
- ac) **ACTA ADICIONAL**: Documento que titula uma alteração da Apólice;
- ad) **SINISTRO**: Evento ou série de eventos susceptível de fazer funcionar as garantias da Apólice;
- ae) **PERÍODO DE CARÊNCIA**: Espaço de tempo que difere a eficácia das garantias da Apólice para uma data posterior à do início do contrato;
- af) **COMPARTICIPAÇÃO**: Percentagem ou valor máximo de despesas médicas garantidas por este contrato que fica a cargo da Tranquilidade;
- ag) **FRANQUIA**: Importância que, em caso de sinistro, fica a cargo da Pessoa Segura, e cujo montante está estipulado nas Condições Particulares.

ART. 2.º – Objecto do Contrato e Âmbito das Garantias

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 à Pessoa Segura de prestações convencionadas, prestações indemnizatórias e/ou subsídio diário por internamento em consequência de doença ou acidente ocorrido durante a vigência do contrato.
2. Quando expressamente prevista nas Condições Particulares, poderá igualmente ficar garantida, a prestação de assistência médica ao domicílio, conforme definido na respectiva Condição Especial.

3. O presente contrato não garantirá o pagamento de quaisquer despesas médicas ou medicamentosas reclamadas pela 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.

Fica no entanto garantido o pagamento das respectivas taxas moderadoras.

4. As garantias deste contrato entram em vigor de acordo com o previsto nos artigos 3.º, 6.º e 7.º.

ART. 3.º – Entrada em Vigor das Garantias

1. Salvo disposição em contrário nas Condições Particulares, a entrada em vigor das garantias, só se verificará para o presente contrato, em caso de doença, após o decurso de um período de carência de **90 dias**.
2. O período de carência é alargado para:
 - a) 1 ano (**365 dias**) nos casos de despesas motivadas por:
 - Gravidez;
 - Interrupção involuntária da gravidez;
 - Parto;
 - Intervenção cirúrgica às varizes dos membros inferiores;
 - Intervenção cirúrgica a úlcera gastroduodenal;
 - Intervenção cirúrgica do foro ginecológico por patologia benigna;
 - Litotricia renal e vesicular;
 - Hemorroidectomia;
 - Mastectomia por patologia benigna;
 - Tiroidectomia por patologia benigna;
 - Colectectomia.
 - b) 2 anos (**730 dias**) nos casos de despesas motivadas por:
 - Operações aos ouvidos, nariz e garganta;
 - Qualquer acto cirúrgico ao joelho (Artroscopia);
 - Uvulopalatoplastia (patologia do sonos);
 - Extracção de nevos, sinais, quistos e verrugas dermatológicas;
 - Tratamento refractivo à miopia, astigmatismo e hipermetropia (cirúrgica ou laser);
 - Intervenção cirúrgica a hérnias.
3. Não haverá lugar à aplicação de qualquer período de carência em caso de acidente que requeira tratamento de urgência em hospital, quer em regime de internamento, quer em regime ambulatório.

Para efeito do acima disposto, considera-se tratamento de urgência aquele que deva ser efectuado no prazo máximo de 48 horas após o sinistro.

ART. 4.º – Exclusões

1. Salvo expressa convenção em contrário nas Condições Particulares, fica sempre excluído deste contrato o pagamento de prestações resultantes de:
 - a) Situações de doença ou gravidez pré-existente ou acidente ocorrido antes da data de inclusão no seguro;



- b) Situações resultantes de interrupção voluntária da gravidez;
- c) Doenças ou malformações congénitas, excepto quando digam respeito a crianças nascidas durante a vigência do contrato e incluídas no contrato de seguro no prazo de trinta (30) dias a contar do nascimento, conforme previsto na alínea *d*) do n.º 2 do artigo 5.º, desde que o referido contrato de seguro se encontre em vigor na Tranquilidade há, pelo menos, um ano;
- d) Consultas, tratamentos e/ou cirurgias de carácter estético ou plástico, excepto quando consequência de acidente ocorrido ou doença manifestada durante a vigência deste contrato;
- e) Consultas, exames ou tratamentos de emagrecimento, incluindo os relativos à obesidade mórbida e rejuvenescimento;
- f) Consultas e exames do foro nutricionista;
- g) Consultas e/ou tratamentos de infertilidade ou qualquer método de fecundação artificial e suas consequências, nomeadamente as interrupções involuntárias da gravidez, ficando no entanto garantidas as despesas com o parto normal ou cesariana que venha a resultar dos tratamentos, quando tenha sido contratada a respectiva cobertura;
- h) Alcoolismo e tratamentos relativos à toxic dependência, bem como todas as doenças ou lesões adquiridas pela Pessoa Segura por ter agido sob influência de álcool, estupefacientes, outras drogas ou produtos tóxicos, quando não prescritos por receita médica;
- i) Doenças resultantes dos efeitos de radioactividade;
- j) Hemodiálise;
- k) Transplante de órgãos e suas implicações;
- l) S.I.D.A. e suas implicações;
- m) Tratamento às varizes, nomeadamente injeções esclerosantes e laser;
- n) Extracção de nevus, sinais, quistos e verrugas, excepto quando os mesmos forem comprovadamente malignos;
- o) 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);
- p) Internamentos/tratamentos refractivos à miopia, astigmatismo e hipermetropia (cirúrgica ou laser) para situações com menos de quatro (4) dioptrias;
- q) Cirurgias para correcção da roncopatia ou apneia do sono, excepto as necessárias ao tratamento da apneia do sono grave, devidamente comprovada;
- r) Cirurgias a hérnias de qualquer natureza, quando as mesmas não se encontrem devidamente comprovadas através de exame auxiliar de diagnóstico;
- s) Curas de repouso, exames de rotina e check-up;
- t) Actos médicos praticados em consequência de doença ou acidente que tenha sido intencionalmente provocado pela Pessoa Segura, incluindo a tentativa de suicídio, ou agravamento do seu estado de saúde;
- u) Doenças epidémicas oficialmente declaradas;
- v) Acidentes de trabalho e doenças profissionais;
- w) Quaisquer lesões resultantes de:
 - Calamidades naturais;
 - Actos de terrorismo, incluindo aqueles que se consubstanciem na utilização de armas bacterio-
lógicas ou agentes químicos ou ainda na contaminações do meio ambiente;
- Actos de guerra, guerra civil e perturbações da ordem pública;
 - Intervenção em actos criminosos;
 - Intervenção em rixas, salvo caso de legítima defesa, própria ou alheia de bens e pessoas.
- x) Os acidentes derivados de:
 - Prática de esqui, e outros desportos na neve, mergulho, esqui aquático, canoing, equitação, tauromaquia, pugilismo, artes marciais, espeleologia, escalada, rappel, alpinismo, bungee-jumping, parapente e paraquedismo;
 - Prática profissional de desportos;
 - Participação em competições desportivas, profissionais ou amadoras, com veículos a motor e respectivos treinos.
- y) Os acidentes inerentes à utilização de veículos motorizados, de duas ou quatro rodas, quando as despesas deles resultantes devam ser indemnizadas no âmbito da responsabilidade civil automóvel;
- z) Consultas e/ou tratamentos não reconhecidos oficialmente pela Ordem dos Médicos portuguesa;
- aa) Despesas com a aquisição dos seguintes artigos médicos:
 - Algálias e sacos de contenção de urina;
 - Sacos de colostomia e urostomia;
 - Seringas de insulina ou agulhas para canetas de insulina;
 - Tapetes anti-escara;
 - Fraldas de contenção;
 - Lombostatos;
 - Fundas;
 - Cintas de sustentação;
 - Colares cervicais;
 - Fitas teste para diabéticos;
 - Meias elásticas;
 - Aparelhos de aerossóis.
- ab) Despesas realizadas com médicos que sejam cônjuge, pais, filhos ou irmãos da Pessoa Segura;
- ac) Despesas com serviços que não sejam clinicamente necessários;
- ad) Despesas com deslocações e alojamento em Portugal e no estrangeiro.
2. Quando de acordo com o estipulado no n.º 3 do artigo 26.º, o presente contrato produzir efeitos no estrangeiro, nos termos e condições indicadas nas Condições Particulares, não ficarão igualmente garantidas ao abrigo do mesmo as despesas aí efectuadas relativas a quaisquer consultas ou tratamentos directamente relacionados com situações de gravidez.

CAPÍTULO II

Formação do Contrato e suas Alterações

ART. 5.º – Condições de Admissão

1. Participantes

Podem ser Participantes no presente contrato de seguro de grupo, tal como definido no artigo 1.º, todas as pessoas com idade até ao limite previsto nas Condições Particulares que



mantenham com o Tomador de Seguro um vínculo ou interesse comum.

2. Agregado Familiar

- a) Podem ser admitidos neste contrato de seguro todos os elementos do Agregado Familiar do Participante, nos termos estabelecidos nas Condições Particulares.
- b) O pedido de adesão do Agregado Familiar terá que abranger todas as pessoas que o constituem e que satisfaçam os requisitos referidos na alínea a).
- c) O pedido de adesão do Agregado Familiar deverá ser feito no máximo de trinta (30) dias decorridos sobre a data de início da Apólice ou da data de efectividade das coberturas para o Participante.
- d) A adesão de recém-nascidos, bem como de novos elementos do Agregado Familiar, deverá ser requerida pelo Participante no prazo máximo de trinta (30) dias contados a partir da data em que estes satisfaçam os requisitos de admissão definidos nas Condições Particulares.
- e) Se os pedidos de adesão referidos nas alíneas c) e d) não forem apresentados no decorrer do prazo aí previsto, aplicar-se-ão em relação às novas Pessoas Seguras, os prazos de carência previstos no artigo 3.º.
- f) A Pessoa Segura que tenha deixado, a pedido do Participante, de fazer parte do contrato de seguro, não poderão voltar a ser incluídas neste.

ART. 6.º – Condição de Funcionamento das Garantias

1. Participante

- a) As garantias previstas nesta Apólice produzem efeito a partir da data de estabelecimento do vínculo ou interesse comum que une o Participante ao Tomador de Seguro.
- b) Para os Participantes que se encontrem doentes, à data de início da Apólice, as coberturas garantidas terão somente início a partir da data da cura clínica desses Participantes.

2. Agregado Familiar

- a) **Seguro de grupo não contributivo :**
Nas Apólices em que o prémio do Agregado Familiar do Participante é totalmente suportado pelo Tomador de Seguro, as garantias previstas nesta Apólice têm início na data em que as mesmas se iniciam para o Participante.
- b) **Seguro de grupo contributivo:**
Nas Apólices em que o prémio do Agregado Familiar é suportado total ou parcialmente pelo Participante, as garantias previstas nesta Apólice têm início a partir da última das seguintes datas:
 - Aquela em que as garantias se iniciam para o Participante;
 - Aquela em que a inclusão do Agregado Familiar, de acordo com as condições estabelecidas no n.º 2 do artigo 5.º é aceite pela Tranquilidade.

ART. 7.º – Efectivação do Seguro

1. Para a realização deste contrato de seguro, o Tomador de Seguro deverá entregar uma Proposta em que figura como tal, bem como as declarações individuais dos Participantes a incluir no Seguro.

2. O Tomador de Seguro, em cada ano, deverá enviar dentro dos quinze (15) dias seguintes à data de vencimento do contrato uma lista dos Participantes que fazem parte do Seguro, bem como as declarações individuais dos novos Participantes.
3. Todos os Participantes a admitir no contrato de seguro deverão preencher e assinar conjuntamente com o Tomador de Seguro uma declaração individual da qual farão constar os elementos relativos à sua identificação.

ART. 8.º – Formação do Contrato

1. O presente contrato baseia-se nas declarações constantes da respectiva proposta, na qual devem mencionar-se, com inteira veracidade, todos os factos ou circunstâncias que permitam a exacta apreciação do risco ou possam influir na aceitação do referido contrato ou na correcta determinação do prémio aplicável.
2. O contrato produzirá os seus efeitos a partir do dia 1 do mês seguinte ao da aprovação da Proposta por parte da Tranquilidade, salvo se outra data aí estiver indicada.
3. O disposto no número anterior não prejudica o decurso dos períodos de carência aplicáveis ao contrato.

ART. 9.º – Efeitos do Contrato

Sem prejuízo do disposto nos artigos anteriores, 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 de Seguro.

ART. 10.º – Nulidade do Contrato

1. Este contrato considerar-se-á nulo e, conseqüentemente, não produzirá quaisquer efeitos em caso de sinistro quando, da parte do Tomador de Seguro e/ou da Pessoa Segura, tenha havido falsas declarações, omissões, dissimulações ou reticências que poderiam ter influído na existência e condições do contrato.
2. Quando as referidas declarações tenham sido feitas de má-fé, a Tranquilidade terá direito ao prémio por inteiro.

ART. 11.º – Agravamento do Risco

1. O Tomador de Seguro e/ou a Pessoa Segura devem participar à Tranquilidade quaisquer factos ou circunstâncias que alterem as condições do risco seguro, por correio registado e no prazo de oito (8) dias a contar da data em que deles tenham conhecimento.
2. Se os factos ou circunstâncias determinarem o agravamento do risco, a Tranquilidade poderá optar, nos quinze (15) dias subsequentes, entre a apresentação de novas condições ou a resolução do contrato nos termos previstos no artigo 15.º.
Não exercendo nenhuma dessas opções, considera-se que se mantêm as mesmas condições para o risco alterado.
3. Se o Tomador de Seguro não concordar com as novas condições que lhe forem apresentadas, poderá igualmente optar pela resolução do contrato nos termos previsto no artigo 15.º.
4. Se o Tomador de Seguro e/ou a Pessoa Segura não comunicar as referidas alterações de risco à Tranquilidade ou ainda, se entre a data da alteração e a data da apresentação de novas



condições ou da resolução do contrato ocorrer algum sinistro, a indemnização a pagar reduzir-se-á proporcionalmente à diferença entre o prémio cobrado pela Tranquilidade e aquele que cobraria para o risco agravado.

CAPÍTULO III

Duração do Contrato

ART. 12.º – Duração do Contrato

1. O contrato de seguro tem a duração prevista nas Condições Particulares.
2. Na ausência de tal indicação, entende-se que as partes o quiseram celebrar pelo período de um ano, não renovável.
3. Quando o contrato for celebrado por um ano a continuar pelos seguintes, considera-se, mediante o pagamento do prémio da anuidade subsequente ou da primeira fracção deste, se o pagamento for fraccionado, sucessivamente renovado por períodos de um ano, excepto se qualquer das partes o denunciar com uma antecedência de trinta (30) dias em relação ao termo da anuidade.

ART. 13.º – Denúncia do Contrato

1. A denúncia do contrato equivale à sua não renovação.
2. **A Tranquilidade poderá denunciar o contrato na data do vencimento ficando obrigada a efectuar as prestações contratualmente devidas em consequência de doenças manifestadas durante o período de vigência da Apólice ou de acidentes ou outros factos geradores de indemnização ocorridos no mesmo período, até que se mostre esgotado o capital seguro disponível na anuidade em que o contrato cessar a sua vigência.**
3. A obrigação prevista no número anterior, sem prejuízo das regras sobre participação de sinistros previstas na Apólice, apenas se verifica em relação a doenças manifestadas e acidentes ocorridos cobertos pela Apólice e participados à Tranquilidade até oito (8) dias após o termo de vigência do contrato, salvo motivo de força maior.
4. Em caso de dúvida caberá ao Tomador de Seguro e/ou à Pessoa Segura a prova dos factos previstos nos números anteriores.
5. **A obrigação da Tranquilidade a que se reporta o presente artigo cessa, em qualquer caso, decorrido que seja um (1) ano sobre a data do termo de vigência do contrato.**
6. É aplicável o disposto nos números anteriores à denúncia da adesão relativamente a uma Pessoa Segura.

ART. 14.º – Direito de Renúncia

1. Quando o contrato for celebrado a longo prazo, o Tomador de Seguro dispõe do prazo de trinta (30) dias a contar da recepção da Apólice para comunicar à Tranquilidade a renúncia aos efeitos do contrato.
2. Sob pena de ineficácia, a comunicação da renúncia referida no número anterior, deve ser notificada por carta registada, enviada para o endereço da Sede Social ou Delegação da Tranquilidade que celebrou o contrato.
3. O exercício deste direito determina a resolução do contrato,

extinguindo todas as obrigações dele decorrentes, com efeitos a partir da celebração do mesmo, havendo lugar à devolução de prémio que tenha sido já pago.

4. A Tranquilidade tem direito ao prémio relativo ao período de tempo já decorrido, ao custo da Apólice e às despesas razoáveis que comprovadamente tiver efectuado com exames médicos, salvo se o exercício do direito de renúncia tiver por base a violação pela Tranquilidade do dever de informação previsto na Lei.
5. O exercício do direito de renúncia não dá lugar a qualquer indemnização.

ART. 15.º – Resolução do Contrato

1. O Tomador de Seguro pode, a todo o tempo, resolver o presente contrato, desde que o notifique, por correio registado, à Tranquilidade, com a antecedência mínima de trinta (30) dias em relação à data a partir da qual pretende que a resolução produza os seus efeitos.
2. A Tranquilidade só poderá resolver o contrato, nos casos previstos na Lei.
3. Salvo convenção em contrário nas Condições Particulares, a resolução do contrato cujo fundamento resida em omissão ou declaração inexacta intencional do Tomador de Seguro ou da Pessoa Segura, produz efeitos retroactivos à data do início do contrato, importando para o Tomador de Seguro a perda dos prémios vencidos até à data da comunicação da resolução e o dever de reembolsar a Tranquilidade do montante das prestações entretanto efectuadas.
4. Fora dos casos previstos no número anterior e salvo convenção expressa em contrário prevista nas Condições Particulares, a resolução produz efeitos apenas para o futuro, havendo lugar à devolução, ao Tomador de Seguro, do prémio já pago tendo em conta o período de tempo não decorrido até à data de vencimento e o capital disponível para as respectivas garantias.
5. Exceptuando os casos de resolução por falta de pagamento de prémios ou fracções subsequentes, que se operarão automaticamente nos termos previstos no artigo 19.º, a resolução do contrato produz os seus efeitos às 24 horas do 30.º dia a contar da recepção da respectiva comunicação.

ART. 16.º – Cessação das Garantias

1. As garantias de um Participante cessam automaticamente na primeira das seguintes datas:
 - a) Data a partir da qual deixe de existir o vínculo ou interesse comum que une o Tomador de Seguro e o Participante;
 - b) No fim da anuidade em que o Participante complete a idade limite estabelecida nas Condições Particulares;
 - c) Data em que o presente contrato seja resolvido ou denunciado, sem prejuízo do disposto, para este último caso, no artigo 13.º.
2. 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.



4. Se qualquer pessoa do Agregado Familiar deixar, a pedido do Participante, de estar incluída no contrato de seguro, as restantes pessoas desse agregado deixarão também de fazer parte do mesmo.

CAPÍTULO IV

Valor Seguro e Pagamento dos Prémios

ART. 17.º – Valor Seguro

A responsabilidade da Tranquilidade é sempre limitada às importâncias máximas fixadas nas Condições Particulares da Apólice.

ART. 18.º – Pagamento dos Prémios

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.
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. Sem prejuízo do disposto no n.º 6, os prémios ou fracções subsequentes são devidos nas datas definidas na apólice, nos termos definidos nos n.ºs 4 e 5.
4. A Tranquilidade avisará, por escrito e com uma antecedência de sessenta (60) dias em relação à data em que o prémio ou fracção subsequente é devido, o Tomador de 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.
5. 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.
6. Quando o contrato for de prémio variável ou titulado por uma apólice aberta ou flutuante, os prémios ou fracções subsequentes são devidos nas datas de emissão do respectivo recibo, nos termos definidos no número seguinte.
7. Nas situações definidas no número anterior, o aviso para pagamento do prémio ou fracção subsequente será enviado, por escrito, com trinta (30) dias de antecedência em relação à data em que ele é devido, conjuntamente com a indicação da data de pagamento, do valor a pagar, da forma de pagamento, bem como as consequências da sua falta de pagamento.
8. 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.

ART. 19.º – Falta de Pagamento de Prémios

1. Quando o prémio ou fracção inicial não for pago pelo Tomador de Seguro, o contrato não produzirá quaisquer efeitos.
2. Sem prejuízo do disposto no n.º 5, o não pagamento de fracções ou prémios subsequentes rege-se pelo disposto nos n.ºs 3 e 4, respectivamente.

3. 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 24 horas da data em que o pagamento dessa fracção era devido, sem possibilidade de ser reposto em vigor.
4. 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 24 horas dessa mesma data.
5. Quando o contrato for de prémio variável ou titulado por uma apólice aberta ou flutuante, as consequências da falta de pagamento de qualquer fracção ou prémio subsequente nas datas indicadas nos respectivos recibos, são, nos termos da lei, as seguintes:
 - a) O não pagamento do prémio na data indicada implica a constituição em mora do Tomador de Seguro, e decorridos que sejam trinta (30) dias após aquela data, o contrato é automaticamente resolvido sem possibilidade de ser reposto em vigor;
 - b) Durante os trinta (30) dias seguintes à data em que o prémio é devido previstos na alínea anterior o contrato produz todos os seus efeitos, nomeadamente a cobertura dos riscos;
 - c) A resolução automática do contrato não exonera o Tomador de Seguro da obrigação de liquidar os prémios ou fracções em dívida correspondentes ao período em que este esteve em vigor, ficando ainda obrigado a indemnizar a Tranquilidade, a título de penalidade, no valor de 50% do prémio correspondente ao resto da anuidade, bem como ao pagamento dos juros de mora previstos na alínea a), sendo os mesmos calculados sobre o valor do prémio ou fracção em dívida a contar da data em que estes eram devidos.

ART. 20.º – Actualização do Prémio

De acordo com a evolução do custo e quantidade dos actos médicos indemnizados, o prémio poderá ser actualizado, anualmente, na data de vencimento do contrato mediante aviso prévio ao Tomador de Seguro com uma antecedência mínima de trinta (30) dias.

CAPÍTULO V

Direitos e Obrigações das Partes

ART. 21.º – Obrigações do Tomador de Seguro e/ou das Pessoas Seguras em caso de Sinistro

1. Em caso de acidente ou doença garantido ao abrigo do presente contrato, o Tomador de Seguro e/ou a Pessoa Segura obrigam-se a:
 - a) Nas Prestações Convencionadas:
 - Seleccionar um prestador da Rede de Prestadores indicado pela Tranquilidade;
 - Apresentar o seu cartão de saúde quando receberem serviços clínicos no prestador;
 - Pagar ao prestador a parte da despesa que fica a seu cargo, conforme definido nas Condições Particulares.



b) Nas Prestações Indemnizatórias:

- Apresentar o impresso de sinistros devidamente preenchido;
- Solicitar a pré-autorização junto do Administrador ou da Tranquilidade conforme requerido no número 3;
- Apresentar a prescrição médica para os exames complementares de diagnóstico e tratamentos realizados, bem como para os medicamentos e óculos adquiridos;
- Apresentar, no prazo máximo de 180 dias a contar da data de realização do acto médico em causa, os recibos 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.

Sem prejuízo do disposto no n.º 5 em relação às restantes obrigações, quando o pagamento da despesa for apresentada a pagamento fora do prazo e, desde que não tenham existido impedimentos objectivos em relação à Pessoa Segura/Tomador de Seguro de o fazer no prazo acordado, ao valor da indemnização a pagar deverão ser deduzidos as perdas e danos decorrentes de tal incumprimento que, para o efeito, poderão variar entre 5 e 10% do valor indemnizável, atendendo ao valor da despesa em causa e data de apresentação a pagamento.

- Quando o Tomador de Seguro/Pessoa Segura tenha previamente accionado outro sub-sistema de saúde ou contrato de seguro, deverá apresentar fotocópia da prescrição médica e do recibo das despesas efectuadas, bem como um documento original comprovativo da parte da despesa não reembolsada ao abrigo do sub-sistema ou contrato de seguro anteriormente accionado.

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/seguradora responsável.

c) No Subsídio Diário por Internamento:

- Solicitar a pré-autorização para o internamento hospitalar;
- Enviar, no prazo máximo de quinze (15) dias, o documento do hospital comprovativo das datas de início e fim do internamento hospitalar.

2. Para além das obrigações acima referidas, o Tomador de Seguro e /ou a Pessoa Segura deverão igualmente em caso de sinistro:

a) Informar com verdade o Administrador ou a Tranquilidade sobre as circunstâncias e consequências da doença ou acidente.

Em caso de acidente, deverão fazer a sua descrição (data, local, hora, circunstâncias e consequências) e indicar as testemunhas presenciais, identificadas pelo nome completo e moradas, e, eventualmente, as autoridades que dele tomaram conhecimento;

b) Cumprir as prescrições do médico a que tenham recorrido;

c) Sujeitar-se a exames por médicos designados pelo Administrador ou pela Tranquilidade, caso estes o considerem necessário;

d) Autorizar os médicos ou hospitais a que tenham recorrido a facultar aos serviços clínicos do Administrador ou da Tranquilidade, os relatórios clínicos e quaisquer outros documentos que estes tenham por conveniente para documentar o processo.

3. A Pessoa Segura deverá igualmente, conforme previsto nas respectivas Condições Especiais, solicitar a pré-autorização aos serviços clínicos do Administrador ou da Tranquilidade, sempre que estiverem em causa despesas garantidas ao abrigo da Condição Especial de Despesas de Hospitalização, tratamento de fisioterapia e de terapia da fala, bem como os actos médicos indicados na Cláusula Particular “Extensão Territorial” quando, neste último caso, tiver sido alargado o âmbito territorial da apólice nos termos previstos no n.º 3 do artigo 26.º.

Se por uma situação de urgência não for possível solicitar a pré-autorização, devem ser contactados os serviços clínicos do Administrador no prazo de 48 horas ou no mais curto período de tempo possível.

A Tranquilidade ou o Administrador informará a Pessoa Segura sempre que futuramente outros serviços clínicos ou despesas necessitem de pré-autorização.

4. 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, o Administrador e/ou a Tranquilidade poderá solicitar à Pessoa Segura a prestação de garantias que assegurem a restituição do valor adiantado pela Tranquilidade mas não garantido ao abrigo da apólice.
5. O Tomador de Seguro e/ou a Pessoa Segura responderão por perdas e danos caso não sejam seguidos os procedimentos previstos nos números anteriores.
6. O Tomador de Seguro e/ou a Pessoa Segura autorizam a Tranquilidade a ceder ao Administrador toda a informação confidencial sobre este contrato.

ART. 22.º – Dever de Limitação do Dano

O Tomador de 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.

ART. 23.º – Pagamento da Indemnização

1. A Tranquilidade obriga-se a proceder com diligência e prontidão a todas as averiguações indispensáveis para a correcta regularização dos sinistros.
2. No caso de prestações indemnizatórias, a Tranquilidade pagará, o montante devido no prazo de quinze (15) dias úteis após a recepção do pedido de participação e dos documentos originais, referidos no artigo anterior, necessários para a regularização do sinistro.
3. Os pagamentos devidos pela Tranquilidade serão efectuados em Portugal e em moeda nacional.

Caso as despesas sejam efectuadas em moeda estrangeira, a conversão para Euros será efectuada à taxa de câmbio publicada pelo Banco de Portugal no dia de realização da despesa.



Disposições Finais

ART. 24.º – Coexistência de Contratos

1. O Tomador de Seguro e/ou a Pessoa Segura deverão participar à Tranquilidade, sob pena de responderem por perdas e danos, a existência de outros contratos de seguro, para qualquer das Pessoas seguras, garantindo o mesmo risco.
2. Existindo, à data do sinistro, mais do que um contrato de seguro garantindo o mesmo risco e relativamente às prestações indemnizatórias, a Tranquilidade reembolsará em primeiro lugar a(s) Pessoa(s) Segura(s) ao abrigo do presente contrato se este for o mais antigo.

Nos restantes casos, a indemnização a pagar por parte da Tranquilidade incidirá sobre o valor efectivamente suportado pela(s) Pessoa(s) Segura(s) e não reembolsados pelas seguradoras dos contratos mais antigos.

ART. 25.º – Complementaridade

No caso de haver complementaridade entre esta Apólice e outros esquemas de protecção, o total das comparticipações pagas por outras entidades/instituições e pela Tranquilidade não poderá em caso algum ser superior ao valor real das despesas efectuadas pelo Tomador de Seguro e/ou Pessoa Segura.

ART. 26.º – Âmbito Territorial

1. O contrato é válido em Portugal Continental e Regiões Autónomas dos Açores e Madeira.
2. O contrato é válido no estrangeiro 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 três (3) meses;
 - b) Em caso de qualquer tratamento no estrangeiro, desde que uma entidade médica nomeada pelo Administrador ou pela Tranquilidade, reconheça a impossibilidade de se efectuar o tratamento em causa, em território nacional.
3. Quando expressamente previsto nas Condições Particulares, e sem prejuízo do disposto no n.º 2 deste artigo, o contrato poderá igualmente produzir efeitos no estrangeiro, nas condições e

termos previstos na Cláusula Particular “Extensão Territorial” constante do presente clausulado.

ART. 27.º – Comunicações e Notificações entre as Partes

1. As comunicações ou notificações previstas nesta Apólice consideram-se válidas e plenamente eficazes caso sejam efectuadas por correio registado, ou por outro meio do qual fique registo escrito, para a última morada do Tomador de Seguro constante no contrato ou para a sede social da Tranquilidade.
2. Qualquer alteração à morada ou sede do Tomador de Seguro deverá ser comunicada à Tranquilidade, nos trinta (30) dias subsequentes à data em que se verifique, por carta registada com aviso de recepção, sob pena de as comunicações ou notificações que a Tranquilidade venha a efectuar para a morada desactualizada se terem por válidas e eficazes.
3. Em caso de dúvida, as comunicações ou notificações escritas consideram-se recebidas pelo destinatário no 3.º dia útil após a sua expedição, competindo a respectiva prova ao expedidor, apenas sob a forma documental.

ART. 28.º – Sub-rogação

A Tranquilidade, uma vez paga a indemnização, fica sub-rogada em todos os direitos da Pessoa Segura contra terceiros responsáveis pelo sinistro, até à concorrência da quantia indemnizada, abstendo-se a mesma de praticar quaisquer actos ou omissões que possam prejudicar a sub-rogação, sob pena de responder por perdas e danos.

ART. 29.º – Legislação e Arbitragem

1. Todo o litígio que respeite à interpretação do presente contrato será decidido em função da Lei portuguesa.
2. Nos casos omissos no presente contrato, recorrer-se-á à legislação aplicável.
3. Em caso de litígio entre o Tomador de Seguro e/ou a Pessoa Segura e a Tranquilidade, no que respeite à interpretação de quaisquer disposições do presente contrato, poderá recorrer-se a arbitragem, de acordo com as disposições legais em vigor.

ART. 30.º – Foro

O foro competente para a resolução de qualquer litígio emergente deste contrato é o do local da emissão da Apólice.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

Quando expressamente previstas nas Condições Particulares e até aos limites nelas indicados, ficam garantidos os actos e despesas indicadas nas Condições Especiais a seguir identificadas:

DESPESAS DE HOSPITALIZAÇÃO

ART. 1.º – Âmbito da Garantia

1. Ao abrigo da presente Condição Especial fica garantido, até ao valor e nos termos estabelecidos nas Condições Particulares, o pagamento das despesas efectuadas pela Pessoa Segura em regime de prestações convencionadas ou prestações indemnizatórias em consequência de Hospitalização numa unidade hospitalar.
2. Fica nomeadamente garantido o pagamento das despesas relacionadas com:
 - a) Honorários médicos, nomeadamente os relativos ao médico cirurgião, anestesista, ajudantes e instrumentistas;
 - b) Internamento em unidades de cuidados intensivos;
 - c) Quimioterapia realizada no hospital em regime ambulatorio;
 - d) Cirurgia realizada no hospital em regime ambulatorio;
 - e) Cirurgia do foro estomatológico ou maxilo facial quando seja consequência de acidente que requeira tratamento de urgência em hospital, quer em regime de internamento, quer em regime ambulatorio;
 - f) Internamento resultante de tratamentos refractivos à miopia, astigmatismo e hipermetropia (cirúrgicos ou a laser) para situações com mais de quatro (4) dioptrias;
 - g) Internamento motivado por doenças do foro psíquico no máximo de quinze (15) dias por anuidade;
 - h) Diárias;
 - i) Enfermagem (não privativa);
 - j) Exames auxiliares de diagnóstico;
 - k) Medicamentos administrados durante o internamento;
 - l) Piso de sala de operação e material usado (gases de anestesia, oxigénio, material de osteosíntese, prótese intracirúrgicas, etc...);
 - m) Transporte terrestre de ambulância para ou do hospital em Portugal.

ART. 2.º – Definição

Para efeito da presente Condição Especial, considera-se internamento a estada num Hospital ou Clínica, sob prescrição médica, por um período superior a 24 horas que origine o pagamento de uma diária, e que não se prolongue por um espaço de tempo superior a 365 dias.

Internamentos sucessivos são considerados internamentos independentes.

ART. 3.º – Pré-autorização

O pagamento das despesas médicas garantidas ao abrigo da presente Condição Especial necessita de pré-autorização por parte dos serviços clínicos do Administrador e/ou da Tranquilidade.

ART. 4.º – Exclusões

1. 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 de internamento relacionadas com:
 - a) Cirurgias e tratamentos do foro estomatológico, excepto se resultante de acidente garantido por este contrato;
 - b) Gravidez, parto ou interrupção involuntária da gravidez, excepto neste último caso se resultante de doença ou acidente garantido por este contrato.
2. De igual modo também não ficarão garantidas ao abrigo desta Condição Especial:
 - a) Despesas de natureza particular, tais como: telefone, aluguer de T.V.,....;
 - b) Enfermagem privativa;
 - c) Despesas com acompanhantes, excepto nos casos de internamento de crianças de idade inferior a 12 anos.

ART. 5.º – 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 ao “K” médio e o número de “K” atribuído ao acto médico que originou a despesa, de acordo com o Código de Nomenclatura e Valores Relativos de Actos Médicos.

Por Código da Nomenclatura e Valores Relativos de Actos Médicos entende-se a tabela oficial publicada pela Ordem dos Médicos que inclui todas as intervenções cirúrgicas valorizadas em número de “K”, sendo atribuído tantos mais “K” quanto maior for a complexidade do acto médico efectuado.

O Administrador e/ou a Tranquilidade comprometem-se a informar previamente ao internamento, o número de “K” atribuídos ao acto médico, desde que solicitado pela Pessoa Segura.

DESPESAS DE ASSISTÊNCIA AMBULATORIA

ART. 1.º – Âmbito da Garantia

1. Ao abrigo da presente Condição Especial fica garantido, até ao valor e nos termos estabelecidos nas Condições Particulares, o pagamento das despesas efectuadas pela Pessoa Segura em regime de prestações convencionadas ou prestações indemnizatórias com cuidados médicos ambulatorios.
2. Fica nomeadamente garantido o pagamento das despesas relacionadas com:
 - a) Honorários médicos de consultas de clínica geral e especialidade;



b) Tratamentos ambulatoriais e outros actos clínicos conforme se discrimina, desde que prescritos por médico:

- Serviços clínicos prestados por médicos;
- Aplicação de injeções;
- Infusões endovenosas;
- Transfusões de sangue;
- Aplicação de oxigénio;
- Pensos cirúrgicos;
- Aplicações de aparelhos de gesso e talas;
- Tratamentos por raio X e raio laser.

c) Quimioterapia/radioterapia;

d) Exames auxiliares de diagnóstico, desde que prescritos por médico, tais como:

- Exames radiológicos;
- Electrocardiogramas;
- Electroencefalogramas;
- Electromiogramas;
- Análises clínicas e anatomopatológicas;
- Audiogramas.

e) Fisioterapia, até ao limite de quinze (15) sessões por sinistro, em caso de:

- Acidente que tenha implicado tratamento de urgência em hospital, conforme definido no n.º 3 do artigo 3.º;
- Situação pós-cirúrgica;
- Acidente Vascular Cerebral.

As sessões de fisioterapia só ficarão garantidas se as mesmas forem solicitadas aos serviços clínicos do Administrador/Tranquilidade no prazo máximo de seis (6) meses a contar da ocorrência que as motiva;

f) Cinesioterapia originada por doença respiratória, até ao limite de seis (6) sessões por anuidade;

g) Terapia da fala desde que motivada por situação pós-cirúrgica ou acidente vascular cerebral e situações traumáticas de origem maxilo-facial e cranio-encefálica, até ao limite de seis (6) sessões por sinistro;

h) Consultas com médicos do foro psíquico até ao máximo de três (3) por anuidade;

i) Enfermagem (não privativa);

j) Transporte terrestre de ambulância de e para unidades de saúde em Portugal, desde que o estado da Pessoa Segura o justifique.

3. O número de consultas de ginecologia e ecografias ginecológicas garantido ao abrigo da presente cobertura ficará limitado a três (3) por anuidade, a menos que a Pessoa Segura tenha contratado a Condição Especial de “Despesas de Parto” ou, se não for o caso, se comprove a existência de uma doença deste mesmo foro.

4. Desde que a Pessoa Segura tenha subscrito um contrato de seguro com a Condição Especial de “Despesas de Parto”, a presente cobertura garantirá igualmente:

- Despesas do foro da obstetrícia;
- Despesas com exames de amniocentese, quando os mesmos sejam medicamente necessários, entendendo-se

como tal os exames efectuados a pessoas seguras com idade superior ou igual a 35 anos ou se comprovadamente existirem antecedentes obstétricos de alterações morfológicas ou de cariotipo fetal.

ART. 2.º – Pré-autorizações

O pagamento das despesas com tratamento de fisioterapia e de terapia da fala necessitam de pré-autorização por parte dos serviços clínicos do Administrador e/ou da Tranquilidade.

ART. 3.º – 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 seguintes despesas com cuidados médicos:

- a) Consultas, tratamentos e cirurgias do foro estomatológico;
- b) Consultas e tratamentos relacionados com a gravidez, sem prejuízo do disposto nos números 3 e 4 do artigo 1.º;
- c) Rastreios bioquímicos pré-natais, se a Pessoa Segura não tiver subscrito um contrato de seguro com a Condição Especial de “Despesas de Parto”;
- d) Exercícios de ortóptica;
- e) Ginástica, natação e massagens;
- f) Consultas e tratamentos de apoio e orientação psicológica;
- g) Consultas de acupunctura, homeopatia, medicina natural ou qualquer outro tipo de medicinas paralelas;
- h) Enfermagem privativa.

DESPESAS DE PARTO

ART. 1.º – Âmbito da Garantia

1. Ao abrigo da presente Condição Especial fica garantido, até ao valor e nos termos estabelecidos nas Condições Particulares, 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) Cesariana;
- c) Interrupção involuntária da gravidez.

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

- a) Diárias, quer da parturiente, quer do recém-nascido;
- b) Honorários médicos, nomeadamente os relativos ao médico obstetra, pediatra, bem como do 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, etc...);
- d) Medicamentos administrados durante o internamento;
- e) Exames auxiliares de diagnóstico;
- f) Enfermagem (não privativa);
- g) Transporte terrestre de ambulância para ou do hospital.

ART. 2.º – Exclusões

Sem prejuízo das exclusões previstas nas Condições Gerais aplicáveis a esta cobertura, não fica garantido ao abrigo da presente Condição Especial o pagamento de:

- a) Despesas de natureza particular, tais como: telefone, aluguer de T.V.,...;
- b) Enfermagem privativa;
- c) Despesas com acompanhantes.

DESPESAS DE ESTOMATOLOGIA

ART. 1.º – Âmbito da Garantia

1. Ao abrigo da presente Condição Especial fica garantido, até ao valor e nos termos estabelecido nas Condições Particulares, o pagamento das despesas efectuadas em regime de prestações convencionadas pela Pessoa Segura com internamentos, consultas ou tratamentos do foro estomatológico.
2. Fica nomeadamente garantido o pagamento das despesas relacionadas com:
 - a) Intervenções cirúrgicas com ou sem internamento quando motivadas por doença;
 - b) Honorários médicos;
 - c) Tratamentos ambulatoriais e outros actos clínicos desde que prescritos por estomatologista;
 - d) Exames auxiliares de diagnóstico;
 - e) Limpezas dentárias;
 - f) Próteses dentárias;
 - g) Ortodôncia;
 - h) Enfermagem (não privativa) quando haja lugar a internamento.

ART. 2.º – Exclusões

Sem prejuízo das exclusões previstas nas Condições Gerais aplicáveis a esta cobertura, não fica garantido ao abrigo da presente Condição Especial o pagamento de:

- a) Despesas relacionadas com o branqueamento dentário;
- b) Despesas efectuadas com taxas moderadoras;
- c) Despesas de enfermagem privativa, bem como despesas particulares, tais como telefone, aluguer de T.V., acompanhante, etc, quando haja lugar a internamento.

DESPESAS COM PRÓTESES E ORTÓTESES

ART. 1.º – Âmbito da Garantia

1. Ao abrigo da presente Condição Especial fica garantido, até ao valor e nos termos estabelecidos nas Condições Particulares, o reembolso das despesas efectuadas pela Pessoa Segura em regime de prestações indemnizatórias, com próteses e ortóteses, desde que prescritas por médicos, ou ainda por optometristas nos casos previstos nas alíneas a) e b) do número seguinte.

2. Fica nomeadamente garantido o pagamento das seguintes despesas:

- a) Aquisição de aros e respectivas lentes;
- b) Aquisição de lentes de contacto;
- c) Aquisição de próteses ou ortóteses auditivas, oftalmológicas e ortopédicas, excepto calçado ortopédico.
Neste último caso o reembolso incide exclusivamente sobre a correcção feita no calçado;
- d) Aluguer ou aquisição de cadeiras de rodas, camas articuladas e outros equipamentos auxiliares.

ART. 2.º – Exclusões

Sem prejuízo das exclusões previstas nas Condições Gerais aplicáveis a esta cobertura, não fica garantido ao abrigo da presente Condição Especial o reembolso das despesas com:

- a) Óculos de sol com graduação inferior a quatro (4) dioptrias;
- b) Próteses estomatológicas;
- c) Aquisição de collants, meias elásticas e cintas ortopédicas, e quaisquer outros produtos utilizados para o tratamento das varizes;
- d) Colchões e almofadas ortopédicos.

DESPESAS COM MEDICAMENTOS

ART. 1.º – Âmbito da Garantia

Ao abrigo da presente Condição Especial fica garantido, até ao valor e nos termos estabelecido nas Condições Particulares, o reembolso das despesas efectuadas pela Pessoa Segura com a aquisição de medicamentos, desde que os mesmos se encontrem registados no INFARMED e tenham sido prescritos por médico.

ART. 2.º – Exclusões

Sem prejuízo das exclusões previstas nas Condições Gerais aplicáveis a esta cobertura, não fica garantido ao abrigo da presente Condição Especial o reembolso das despesas com:

- a) Medicamentos para tratamento da obesidade;
- b) Vacinas de qualquer tipo e respectiva aplicação, excepto em relação às previstas no Programa de Medicina Preventiva;
- c) Medicamentos de venda livre;
- d) Medicamentos manipulados;
- e) Vitaminas, sais minerais, estimulantes e inibidores do apetite;
- f) Produtos de higiene e produtos dermocosméticos;
- g) Anticonceptivos de qualquer natureza e respectiva manutenção.

SUBSÍDIO DIÁRIO POR INTERNAMENTO

ART. 1.º – Âmbito da Garantia

1. Ao abrigo da presente Condição Especial fica garantido, até ao valor e nos termos estabelecidos nas Condições Particulares, o



pagamento de um **subsídio diário em caso de internamento** da Pessoa Segura numa unidade hospitalar por um período superior a 24 horas.

O número de dias devido será igual ao número de diárias cobradas pelo hospital.

2. O subsídio diário de valor estabelecido nas Condições Particulares será pago desde o primeiro dia de internamento até ao limite de 120 dias por anuidade e Pessoa Segura.
3. A presente garantia funciona quer o internamento seja motivado por doença ou acidente garantido por este contrato, quer por parto, cesariana ou interrupção involuntária da gravidez, sendo o subsídio devido, nestes últimos casos, somente a partir do quinto dia de internamento.
4. Em caso de internamento simultâneo dos dois cônjuges motivado por acidente, o valor do subsídio devido a cada um deles será pago a dobrar.

ART. 2.º – Exclusões

Sem prejuízos das exclusões prevista nas Condições Gerais aplicáveis a esta cobertura, não fica garantido ao abrigo da presente Condição Especial o pagamento do subsídio diário quando:

- a) O internamento for motivado por cirurgias e tratamentos do foro estomatológico, excepto se resultante de doença ou acidente garantido por este contrato;
- b) O internamento ocorrer em Hospitais Militares, paramilitares e similares, excepto se a Pessoa Segura for sujeita a intervenção cirúrgica.

ART. 3.º – Âmbito Territorial

Sem prejuízo do disposto no artigo 25.º das Condições Gerais, o pagamento do subsídio diário por internamento é válido em todo o mundo.

ASSISTÊNCIA MÉDICA AO DOMICÍLIO

ART. 1.º – Definição

SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA: Entidade que organiza e presta por conta da Tranquilidade e a favor das Pessoas Seguras, as prestações pecuniárias ou serviços previstos nas garantias da presente Condição Especial.

ART. 2.º – Âmbito das Garantias

De acordo com a presente Condição Especial, a Tranquilidade garante, mediante solicitação da Pessoa Segura:

1. Envio de médico ao domicílio

Em caso de urgência, a Tranquilidade assegurará a deslocação de um médico ao domicílio da Pessoa Segura, para consulta e eventual aconselhamento quanto aos tratamentos a seguir.

O custo da deslocação será por conta da Tranquilidade.

O custo da consulta será por conta da Pessoa Segura, excepto quando no contrato de seguro também tiver sido contratada a Condição Especial de Assistência Ambulatória, caso em que a Pessoa Segura somente ficará sujeita ao co-pagamento definido nas Condições Particulares.

O custo dos eventuais tratamentos aconselhados ou prescritos serão por conta da Pessoa Segura.

2. Transporte em ambulância

Em alternativa e se esta solução for a mais adequada à situação apresentada, a Tranquilidade organiza e suporta o custo do transporte da Pessoa Segura em ambulância, do domicílio para o posto de primeiros socorros ou de urgência mais próximo.

3. Informações médicas

A Tranquilidade prestará as informações na área da saúde que lhe forem solicitadas.

Caso a Tranquilidade não possa fornecer uma resposta imediata, esforçar-se-á por efectuar a procura das informações solicitadas e voltará a contactar a Pessoa Segura para transmitir as respectivas informações.

A Tranquilidade fornecerá respostas objectivas às perguntas colocadas, baseando-se em elementos oficiais.

A Tranquilidade não será responsável pelas interpretações da Pessoa Segura, nem das eventuais consequências das mesmas.

Os eventuais conselhos que poderão ser prestados, não deverão ser entendidos como uma consulta médica, mas tão somente como uma orientação geral prestada por um dos médicos da Tranquilidade.

ART. 3.º – Âmbito Territorial

As garantias da presente Condição Especial são válidas em Portugal Continental e nas Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira.

CONDIÇÕES PARTICULARES DA ASSISTÊNCIA MÉDICA AO DOMICÍLIO

Garantias de Assistência Médico-Sanitária no Lar	Limites
Envio de médico ao domicílio Deslocação	Ilimitado
Transporte em ambulância	Ilimitado
Informações médicas	Ilimitado

SEGUNDA OPINIÃO MÉDICA

ART. 1.º – Âmbito da Garantia

1. Ao abrigo da presente Condição Especial, quando prevista nas Condições Particulares, a Tranquilidade desenvolve, em caso de doença grave da pessoa segura, as acções necessárias à recolha de uma Segunda Opinião Médica por parte dos melhores especialistas a nível mundial, relativamente ao diagnóstico da patologia e respectivos tratamentos adequados.

Para o efeito, o Administrador/Tranquilidade coordena a recolha da informação, solicitando, se tal for necessário, a realização de novos exames médicos, análises clínicas e/ou radiografias, e procede ao envio da mesma para o médico especialista que considere mais apropriado tendo em conta a patologia da Pessoa Segura.

Logo que o médico especialista se pronuncie, o Administrador / Tranquilidade procede à interpretação do relatório e envia à Pessoa Segura as conclusões e recomendações finais.

2. Em complemento à obtenção da segunda opinião médica, a Tranquilidade, quando a Pessoa Segura tome a iniciativa de



realizar tratamentos médicos no estrangeiro, assegura a prestação dos seguintes serviços:

- a) Selecção e fornecimento de referências à Pessoa Segura sobre os médicos especialistas e hospitais estrangeiros seleccionados pelo Administrador / Tranquilidade a pedido da Pessoa Segura, ou directamente indicados por esta;
- b) Obtenção de orçamentos e custos estimados com honorários e hospitalização relativos ao serviço médico a realizar no estrangeiro;
- c) Marcação de consultas médicas com os especialistas seleccionados pelo Administrador/Tranquilidade ou com os indicados pela Pessoa Segura;
- d) Marcação de reservas de transportes e alojamentos no estrangeiro para a Pessoa Segura e seus familiares;
- e) Formalização dos trâmites prévios necessários à admissão da Pessoa Segura no hospital;
- f) Apresentação e orientação da Pessoa Segura no hospital onde será internada e coordenação do atendimento a prestar;
- g) Revisão, controlo e análise das facturas correspondentes aos tratamentos/consultas efectuados;
- h) Realização de auditorias completas a todas as facturas e despesas médicas suportadas pela Pessoa Segura;
- i) Negociação de descontos a favor da Pessoa Segura junto dos médicos especialistas e hospitais.

ART. 2.º – Definição

Para efeitos exclusivos da presente Condição Especial, entende-se por

Doença Grave, qualquer das seguintes doenças, quer se desenvolva ou não em paralelo com outro tipo de doença:

- Doenças cancerígenas;
- Doenças cardiovasculares;
- Transplantes de órgãos;
- Doenças neurológicas, incluindo acidentes cerebrais vasculares;
- Insuficiência renal crónica;
- Doença de Parkinson (paralís agitante);
- Doença de Alzheimer;
- Esclerose múltipla;
- SIDA e tratamentos derivados da SIDA;
- Qualquer outra doença, considerada como tal pelo Administrador / Tranquilidade, tendo em conta o caso concreto da Pessoa Segura que recorre aos serviços.

ART. 3.º – Exclusões

Sem prejuízo das exclusões previstas nas Condições Gerais aplicáveis a esta cobertura, não ficam garantidos ao abrigo da presente Condição Especial:

- a) Quaisquer serviços solicitados ao Administrador / Tranquilidade quando a Pessoa Segura não sofra de doença grave nos termos acima definidos;
- b) Serviços não solicitados ao Administrador / Tranquilidade;
- c) Quaisquer despesas médicas com honorários, medicamentos e/ou internamentos no estrangeiro;
- d) Despesas de transporte e alojamento em Portugal e no estrangeiro;
- e) Quaisquer perdas ou danos originados, directa ou indirectamente, pela opinião dos médicos e/ou profissionais consultados.

CLÁUSULA PARTICULAR

Quando expressamente indicada nas Condições Particulares da Apólice, ao presente contrato poder-se-á aplicar a seguinte Cláusula Particular:

“EXTENSÃO TERRITORIAL”

Conforme estabelecido no n.º 3 do artigo 25.º das Condições Gerais, e desde que a aplicação da presente Cláusula seja expressamente indicada nas Condições Particulares da Apólice, fica garantido, nos países a seguir indicados, o pagamento das despesas de saúde efectuadas exclusivamente em regime de prestações convencionadas, nos termos e condições a seguir indicados:

1. Âmbito da Extensão

De acordo com o estipulado nas Condições Particulares, o presente contrato poderá produzir efeitos em:

- a) Espanha, ou em,
- b) Espanha, Reino Unido e Estados Unidos da América,

ficando assim garantido, nos termos a seguir indicados, o pagamento das despesas indemnizáveis ao abrigo das Condições Especiais “**Despesas de Hospitalização**” e “**Despesas de Assistência Ambulatória**” efectuadas em regime de **prestação convencionada** junto dos Prestadores indicados pelo Administrador / Tranquilidade.

2. Condições de Funcionamento

Quando, atendendo à natureza da despesa e / ou do acto médico a realizar no estrangeiro, for necessária a pré-autorização do Administrador/Tranquilidade, as despesas de saúde referidas no ponto 1 só ficarão garantidas desde que a pré-autorização tenha sido solicitada pela Pessoa Segura e previamente aceite pelo Administrador/Tranquilidade.

A presente extensão territorial não produzirá efeitos em relação às despesas de saúde garantidas ao abrigo da Condição Especial “Despesas de Hospitalização”, quando, de acordo com o estado de saúde da Pessoa Segura, os tratamentos a realizar no estrangeiro tenham uma finalidade meramente paliativa.

3. Pré-Autorização

Para efeitos do disposto no ponto anterior, o pagamento de despesas garantidas ao abrigo da presente Cláusula Particular

ficará sempre sujeita à pré-autorização do Administrador/Tranquilidade nos seguintes casos:

- Quaisquer despesas de saúde garantidas ao abrigo da Condição Especial “Despesas de Hospitalização”;
- Cirurgias realizadas em regime ambulatorio;
- Tratamentos em hospital em regime ambulatorio;
- Endoscopias;
- Radiologia de intervenção;
- Radiologia vascular;
- Radiologia maxilofacial;
- Hemoterapia;
- Hemodinâmica;
- Fisioterapia;
- Terapia da fala;
- Radioterapia;
- Urodinâmica;
- Tratamento da dor crónica;
- Medicina nuclear;
- Estudos anatomopatológicos especiais;
- Diagnóstico cardiológico (ecocardiograma, holter, ergometria e doppler);
- Densitometria óssea;
- Análises clínicas para testes de genética e biologia molecular;
- Angioscopia fluorescência;
- Electroencefalograma;
- Electromiograma;
- Estudos com doppler;
- Extracção de sinais, quistos e nevos;
- Laser oftalmológicos;
- Logofoniartria;
- Ressonância magnética;
- TAC;
- Visitas de *follow up* realizadas no seguimento de actos médicos efectuados no estrangeiro.

