

DOENÇA GRUPO REEMBOLSO



ARTIGO PRELIMINAR

1. Entre a Companhia de Seguros AÇOREANA, SA adiante abreviadamente designada por SEGURADOR e o Tomador do Seguro, identificado nas Condições Particulares, celebra se o presente contrato de seguro que se rege pelas disposições constantes nas Condições Gerais, Especiais e Particulares desta Apólice, de harmonia com as declarações prestadas, designadamente na proposta, nos boletins individuais de adesão e respectivos questionários médicos que lhe serviram de base e da qual fazem parte integrante.

DEVER DE DECLARAÇÃO E DE INFORMAÇÃO

1. O presente contrato baseia-se nas declarações prestadas e constantes da proposta, nos boletins individuais de adesão e respectivos questionários médicos nos quais o Tomador do Seguro e/ou Segurado(s)/Pessoa(s) Segura(s) devem mencionar com inteira veracidade, todos os factos ou circunstâncias que permitam a exacta apreciação do risco ou que possam influir na aceitação do respectivo contrato ou na correcta determinação do prémio aplicável, quer resultem ou não do eventual questionário fornecido pelo SEGURADOR e de que tenha (m) conhecimento ou deva(m) ter.

2. Do dever de declaração referido no número anterior o Tomador do Seguro e/ou Segurado(s)/Pessoa(s) Segura(s) tomou(ram) conhecimento prévio à celebração do contrato tendo entendido o seu real alcance, importância e efeitos.

3. A violação do dever de declaração referido no número um pode dar lugar à anulação do contrato nos termos e com os efeitos previstos na lei e nos respectivos capítulos do presente clausulado dos quais quer o Tomador do Seguro quer o(s) Segurado(s)/Pessoa(s) Segura(s) também foi (ram) avisado(s), entendeu(ram) e ficou(ram) ciente(s).

Para além dos deveres gerais enunciados nos números anteriores, há ainda a cumprir os seguintes deveres especiais:

4. O Tomador do Seguro deve informar os Segurado(s)/Pessoa(s) Segura(s) sobre as coberturas contratadas e as suas exclusões, as obrigações e os direitos em caso de sinistro, bem como as alterações ao contrato.

5. Em caso de dúvida é ónus do Tomador do Seguro, ou seja, compete-lhe provar, que forneceu ao(s) Segurado(s)/Pessoa(s) Segura(s) todas as informações previstas nos números anteriores

CAPÍTULO I

DEFINIÇÕES, OBJECTO E ÂMBITO DO CONTRATO DE SEGURO

ARTIGO 1º - DEFINIÇÕES

Para os efeitos do presente contrato entende-se por:

1. **SEGURADOR** - A entidade legalmente autorizada a exercer a actividade seguradora e que subscreve com o Tomador do Seguro o presente contrato de seguro.

2. **TOMADOR DO SEGURO** - A pessoa ou a entidade que celebra o contrato de seguro com o SEGURADOR, sendo responsável pelo pagamento dos prémios.

3. **SEGURADO/Pessoa SEGURA** - A pessoa no interesse da qual o contrato de seguro é celebrado ou a pessoa (Pessoa Segura) cuja saúde ou integridade física se segura e que, como tal, for designada nas Condições Particulares. No caso de inclusão do Agregado Familiar, também, é considerada Pessoa Segura cada um dos seus membros.

4. **AGREGADO FAMILIAR** - O Segurado/Pessoa Segura, o seu cônjuge ou a pessoa que com ele viva em união de facto, descendentes ou adoptados, enquanto abrangidos pelo esquema oficial que regula a concessão de abono de família, desde que coabitem com o Segurado/Pessoa Segura sob a sua dependência económica.

5. **SEGURO DE GRUPO** - Seguro de um conjunto de pessoas ligadas entre si e ao Tomador do Seguro por um vínculo ou interesse comum.

5.1. **SEGURO DE GRUPO CONTRIBUTIVO** - Seguro de grupo em que os Segurados/Pessoas Seguras contribuem no todo ou em parte para o pagamento do prémio.

5.2. **SEGURO DE GRUPO NÃO CONTRIBUTIVO** - Seguro de grupo em que o Tomador do Seguro contribui na totalidade para o pagamento do prémio.

6. **APÓLICE** - Documento que titula o contrato celebrado entre o Tomador do Seguro e o SEGURADOR, de onde constam as respectivas Condições Gerais, Especiais, e Particulares acordadas ou qualquer outro documento de informação geral ou pré-contratual.

7. **CONDIÇÕES GERAIS** - Conjunto de cláusulas que definem e regulamentam obrigações genéricas e comuns, inerentes a um ramo ou modalidade de seguro.

8. **CONDIÇÕES ESPECIAIS** - Cláusulas que visam esclarecer, completar, especificar e delimitar o âmbito de aplicação previsto nas Condições Gerais.

9. **CONDIÇÕES PARTICULARES** - Documento onde se encontram os elementos específicos e individuais de cada contrato, que o distinguem de todos os outros.

10. **CERTIFICADO DE SEGURO** - Documento comprovativo da inclusão da Pessoa Segura no Grupo, de que constam, entre outros, os dados identificativos da mesma, o plano de coberturas contratado e os respectivos capitais seguros, a data de início das garantias e as limitações/exclusões individualmente aplicáveis.

11. **ACTA ADICIONAL** - Documento que titula a alteração da apólice.

12. **PRÉMIO TOTAL** - Preço pago pelo Tomador do Seguro ao SEGURADOR pela

contratação do seguro.

13. **ESTORNO** - Devolução ao Tomador do Seguro de uma parte do prémio de seguro já pago.

14. **ACIDENTE** - O acontecimento fortuito, súbito e anormal, devido a acção de causa exterior e estranha à vontade do Segurado/Pessoa Segura e que neste origine lesões corporais que possam ser clínica e objectivamente constatadas.

15. **DOENÇA** - Toda a alteração involuntária do estado de saúde, estranha à vontade do Segurado/Pessoa Segura e não causada por acidente, que se revele por sinais manifestos e seja reconhecida e atestada como tal por médico autorizado.

15.1. **DOENÇA MANIFESTADA** - Toda a doença que, durante o período de vigência da Apólice, tenha sido objecto de um diagnóstico inequívoco ou que, com suficiente grau de evidência, se haja revelado e tenha dado lugar ao respectivo tratamento.

15.2. **DOENÇA PREEXISTENTE** - Considera-se preexistente ao contrato de seguro toda e qualquer doença ou lesão de que a Pessoa Segura deveria ter conhecimento, cujos sintomas eram evidentes, ou pela qual haja recebido aviso médico ou tratamento antes da data da celebração do contrato de seguro.

15.3. **DOENÇA SÚBITA** - Toda a alteração involuntária do estado de saúde que requiera tratamento de urgência em hospital ou clínica, quer em regime de internamento, quer em regime ambulatório.

15.4. **DOENÇA CONGÉNITA** - Doença presente à nascença, em resultado de factores 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.

16. **MÉDICO** - Licenciado por uma Faculdade de Medicina, legalmente autorizado a exercer a profissão e cuja especialidade e inscrição sejam reconhecidas pela Ordem dos Médicos.

17. **UNIDADE HOSPITALAR** - Estabelecimento de saúde, público ou privado, oficialmente reconhecido como tal, qualquer que seja a sua designação (hospital ou clínica), destinado ao tratamento de doentes e acidentados, que disponha permanentemente de assistência médica, cirúrgica e de enfermagem.

18. **HOSPITALIZAÇÃO** - Todo o internamento do Segurado/Pessoa Segura numa Unidade Hospitalar por um período superior a 24 (vinte e quatro) horas, designado como diária de acordo com as condições verificadas durante a gestação até ao momento do nascimento. A classificação da intervenção cirúrgica fica subordinada, em qualquer circunstância, à etiologia da doença ou lesão corporal, ao tipo de cirurgia indicada e ao tempo de piso de sala de operações.

19. **SINISTRO** - corresponde à verificação, total ou parcial, do evento que desencadeia o accionamento da(s) cobertura(s) do risco prevista(s) no contrato, ou seja a doença ou acidente susceptível de fazer accionar as garantias do contrato.

20. **PERÍODO DE CARÊNCIA** - Espaço de tempo que medeia entre a data do início do contrato e a data de entrada em vigor das garantias cobertas pela apólice.

21. **FRANQUIA** - Importância que, em caso de sinistro, fica a cargo do Tomador do Seguro e/ou do Segurado/Pessoa Segura e/ou período de tempo a partir do qual se inicia o pagamento, pelo SEGURADOR, das prestações que se encontram fixadas nas Condições Particulares da apólice.

22. **LIMITE DE RESPONSABILIDADE** - Valor máximo da comparticipação a cargo do SEGURADOR nas despesas médicas garantidas pela apólice, por Pessoa Segura e por anualidade.

23. **DESPESA MÉDICA** - Despesa efectuada pelo Segurado/Pessoa Segura com a aquisição de bens ou de serviços, desde que prescritos por médico para o tratamento de doença ou lesão resultante de acidente.

24. **PRÓTESE** - Todo o instrumento clinicamente concebido e/ou recomendado que tem por finalidade a substituição total ou parcial de um membro ou órgão.

25. **ORTÓTESE** - Todo o instrumento concebido e/ou recomendado que tem por finalidade ajudar o membro ou órgão a cumprir no todo ou em parte a sua função.

ARTIGO 2º - OBJECTO DO CONTRATO

Pelo presente contrato, o SEGURADOR garante o pagamento das prestações devidas em consequência de doença ou acidente, manifestada ou ocorrido durante a vigência do contrato, de harmonia com o que ficar estipulado nas respectivas Condições Especiais e Particulares.

ARTIGO 3º - FRANQUIAS E PERÍODOS DE CARÊNCIA

As franquias e períodos de carência são aplicáveis às franquias e os períodos de carência que se estabeleçam nas Condições Especiais e Particulares.

ARTIGO 4º - EXCLUSÕES

Salvo convenção expressa em contrário, e sem prejuízo de outras exclusões constantes das Condições Especiais ou Particulares, ficam excluídas deste contrato as prestações devidas a:

1. "Check up" e exames gerais de saúde.

2. Doenças ou acidentes derivados de actos dolosos e/ou intencionais do Segurado/Pessoa Segura ou do Tomador do Seguro, bem como a tentativa de suicídio.
3. Doenças profissionais ou acidentes regulamentados pela Lei de Acidentes de Trabalho, como tal considerados pela respectiva legislação.
4. Doenças epidémicas (oficialmente declaradas) e medulares.
5. Acidentes ocorridos e doenças contraídas por força de calamidades naturais de tipo catastrófico ou durante um acto de guerra, declarada ou não e de revoluções.
6. Acidentes devidos à acção do Segurado/Pessoa Segura originados pela influência do álcool e uso de estupefacientes fora de prescrição médica.
7. Acidentes resultantes da utilização de veículos motorizados de duas rodas e moto quatro e de aeronaves ou barcos não pertencentes a carreiras comerciais autorizadas.
8. Acidentes derivados da prática profissional ou amadora de desportos, nas provas desportivas integradas em campeonatos, torneios, estágios e respectivos treinos.
9. Acidentes derivados da prática de desportos de Inverno, boxe, karaté e outras artes marciais, tauromaquia, pára-quedismo, parapente, asa delta, alpinismo, espeleologia, pesca submarina, motonáutica, motorismo e outros desportos e actividades análogas na sua perigosidade.
10. Consultas, tratamentos e cirurgia do foro estomatológico, excepto se consequência de acidente abrangido pelo contrato.
11. Lesões ou doenças provocadas por radiações e emanações nucleares ou ionizantes.
12. Perturbações psíquicas, consequentes ou não de doença ou acidente, que careçam de hospitalização. Consultas, tratamentos ou sessões de psicanálise, psicologia, psiquiatria e psicoterapia.
13. Perturbações resultantes do consumo excessivo de álcool, estupefacientes ou narcóticos.
14. Tratamentos e cirurgia plástica e/ou reconstrutiva, excepto quando consequência de acidente e/ou doença abrangidos pelo contrato e ocorridos ou manifestados na sua vigência.
15. Tratamentos e/ou cirurgia destinada à correcção de anomalias, malformações e/ou doenças congénitas, excepto quando relacionadas com crianças nascidas durante a vigência do contrato.
16. Transplante de órgãos.
17. Hérnias, qualquer que seja a sua natureza.
18. Curas ou tratamentos de obesidade ou qualquer outro tratamento de carácter estético.
19. SIDA - Síndrome de Imunodeficiência Adquirida e as suas implicações e disfunções sexuais qualquer que seja a sua causa.
20. Gravidez, parto e interrupção da gravidez e suas consequências.
21. Doença ou estado patológico preexistente, assim como lesões ou sequelas que sejam consequência de intervenções cirúrgicas ou tratamentos médicos não motivados por doença ou acidente garantido pelo contrato.
22. Curas realizadas em casas de repouso e de convalescença, lares de terceira idade, termas, clínicas neuro-psiquiátricas, centros de tóxico dependentes e alcoólicos e outras instituições similares.

ARTIGO 5º - ÂMBITO TERRITORIAL

O contrato é válido em Portugal e Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira, salvo disposição em contrário expressa nas Condições Particulares.

CAPÍTULO II

DA DURAÇÃO E EFICÁCIA DO CONTRATO DE SEGURO E DAS GARANTIAS

ARTIGO 6º - INICIO DO CONTRATO E DAS GARANTIAS

1. Desde que o prémio ou fracção inicial seja pago, o presente contrato produz os seus efeitos a partir das zero horas do dia imediato ao da aceitação da proposta pelo SEGURADOR, salvo se, por acordo entre as partes, for aceite outra data para o início da cobertura, a qual não pode todavia, ser anterior à da recepção da proposta.
2. A proposta considera-se aprovada no décimo quarto dia a contar da data da sua recepção no SEGURADOR, salvo se, entretanto, o candidato a tomador de seguro for notificado da sua recusa ou da sua antecipada aprovação ou da necessidade de serem prestados esclarecimentos ou serem obtidos elementos ou documentos, caso em que o referido prazo só se contará a partir da data de entrega destes no SEGURADOR.
3. A cobertura só produz os seus efeitos, para cada Segurado/Pessoa Segura, após aceitação por parte do SEGURADOR, e emissão do respectivo certificado de seguro, sem prejuízo do início das garantias ficar sujeito aos limites de franquias e períodos de carência, conforme o que ficar estabelecido nas Condições Especiais e Particulares.

ARTIGO 7º - DURAÇÃO DO CONTRATO E DAS GARANTIAS

1. O contrato considera-se celebrado por período certo e determinado seguro temporário ou por um ano a continuar pelos seguintes.
2. Se o contrato for celebrado por um período certo e determinado, o mesmo não poderá, em caso algum, ser prorrogado, caducando às 24 (vinte e quatro) horas da data termo fixada, independentemente de qualquer aviso.
3. Se o contrato for celebrado por um ano e seguintes, considerar-se-á automaticamente renovado no termo de cada período de vigência do contrato (anuidade), salvo se qualquer das partes o denunciar, por correio registado, com a antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

ARTIGO 8º - SUSPENSÃO DAS GARANTIAS

1. Salvo se outra coisa vier a ser expressamente aceite pelo SEGURADOR, o Segurado/Pessoa Segura perderá temporariamente tal qualidade quando e enquanto se verificar uma das seguintes circunstâncias:

- a) Permanência no estrangeiro por um período com duração superior à estipulada nas Condições Particulares.
- b) Prestação de serviço militar.
- c) Suspensão do contrato de trabalho com o Tomador do Seguro por um período superior ao estipulado nas Condições Particulares, sendo extensiva esta perda temporária de qualidade ao seu Agregado Familiar.

2. No caso da alínea b) do n.º 1 deste artigo a suspensão das garantias terá início no dia da incorporação e prolongar-se-á até à sua passagem à disponibilidade.

ARTIGO 9º - CESSAÇÃO DAS GARANTIAS

1. As garantias concedidas pelo presente contrato cessam automaticamente, para o Segurado/Pessoa Segura, nos seguintes casos:

- a) Na data de perda de vínculo com o Tomador do Seguro.
- b) No fim da anuidade em que atinja a idade limite prevista nas Condições Particulares.
- c) Quando deixe de fazer parte do Agregado Familiar ou de estar abrangido pelo esquema oficial que regula a concessão do abono de família.

2. No caso previsto na alínea b) do n.º 1 deste artigo, as garantias cessam igualmente para o respectivo Agregado Familiar quando a pessoa que atinja a idade limite seja o Segurado/Pessoa Segura.

ARTIGO 10º - RESOLUÇÃO DO CONTRATO

1. Salvo disposição legal ou convenção expressa em contrário, o contrato de seguro pode ser resolvido por qualquer das partes a todo o tempo, havendo justa causa, mediante o envio de correio registado, com antecedência mínima de 30 dias em relação à data em que a resolução produzirá efeitos. Quando o tomador exerça esta faculdade apenas terá direito ao estorno do prémio pago correspondente ao período não decorrido.

2. Para além dos casos previstos na Lei, o SEGURADOR poderá, a todo o tempo, resolver o contrato, mediante aviso ao Tomador do Seguro, por correio registado, nos seguintes casos:

- a) Quando ocorra uma alteração do risco, conforme se dispõe no Artigo 12º.
- b) Quando o Tomador do Seguro, o Segurado/Pessoa Segura ou quem o(s) represente haja(m) proferido falsas declarações, omissões, dissimulações ou reticências relativas à ocorrência de um sinistro, suas circunstâncias, causas, natureza ou consequências.

3. No caso previsto na alínea b) a resolução tem efeito imediato desde a data em que seja comunicado ao Tomador do Seguro.

4. Sendo a resolução de iniciativa do SEGURADOR, esta reembolsará o Tomador do Seguro da totalidade do prémio correspondente ao tempo não decorrido.

ARTIGO 11º - DENÚNCIA

1. Quando o SEGURADOR proceder à resolução ou denúncia do contrato ficará, pelo período máximo de dois anos à data de cessação do contrato, obrigado 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.

2. A obrigação prevista no número anterior apenas se verifica em relação a doenças manifestadas ou a acidentes ou outros

factos geradores de indemnização ocorridos durante o período de vigência da apólice, cobertos pela mesma e participados ao SEGURADOR até 30 (trinta) dias após o termo da vigência do contrato, salvo justo impedimento, sem prejuízo do cumprimento das regras estabelecidas sobre participação de sinistros.

3. Em caso de dúvida caberá ao Tomador do Seguro e/ou ao Segurado/Pessoa Segura a prova dos factos previstos nos números 1. e 2. deste artigo.

ARTIGO 12º - ALTERAÇÃO E AGRAVAMENTO DO RISCO

1. O Tomador do Seguro e/ou o Segurado/Pessoa Segura têm o dever de, durante a execução do contrato, no prazo de 14 (catorze) dias, a contar do conhecimento do facto, comunicar por escrito e correio registado, ao SEGURADOR todas as circunstâncias que alterem e agravem o risco, desde que estas, caso fossem conhecidas do SEGURADOR aquando da celebração do contrato, tivessem podido influir na decisão de contratar ou nas condições do contrato.

2. No prazo de 30 (trinta) dias a contar do momento em que tenha conhecimento da alteração ou agravamento do risco, o SEGURADOR pode:

- Apresentar ao Tomador do Seguro e/ou ao Segurado/Pessoa Segura, proposta de modificação do contrato, que este(s) deve(m) aceitar ou recusar em igual prazo, ou seja de 30 (trinta) dias, findo o qual se entende aprovada a modificação proposta;
- Resolver o contrato, demonstrando que, em caso algum, celebra contratos que cubram riscos com as características resultantes desse agravamento do risco.

3. Se antes da alteração ou cessação do contrato nos termos previstos no número anterior ocorrer um sinistro cuja verificação ou consequência tenha sido influenciada pelo agravamento do risco, o SEGURADOR:

- Cobre o risco, efectuando a prestação convencionada, se o agravamento tiver sido correcta e tempestivamente comunicado antes do sinistro ou antes de decorrido o prazo dos 14 (catorze) dias previsto no número um.
- Cobre parcialmente o risco, reduzindo-se a sua prestação na proporção entre o prémio efectivamente cobrado e aquele que seria devido em função das reais circunstâncias do risco, se o agravamento não tiver sido correcta e tempestivamente comunicado antes do sinistro.
- Pode recusar a cobertura do sinistro em caso de comportamento intencional, ou seja doloso do Tomador do Seguro e/ou o Segurado/Pessoa Segura com o propósito de obter(em) uma vantagem, mantendo o SEGURADOR o direito aos prémios vencidos.

4. Nas situações previstas nas alíneas a) e b) do número anterior, sendo o agravamento do risco resultante de facto do Tomador do Seguro ou do Segurado/Pessoa Segura, o SEGURADOR não está obrigado ao pagamento da prestação, se demonstrar que, em caso algum, celebra contratos que cubram riscos com as características resultantes desse agravamento do risco.

5. Para efeitos deste contrato constitui, nomeadamente, alteração das condições do risco:

- Mudança de residência do Segurado/Pessoa Segura;
- Alteração da actividade profissional do Segurado/Pessoa Segura e/ou de qualquer das pessoas do seu Agregado Familiar quando abrangidas pelo contrato;
- Qualquer deslocação ao estrangeiro por um período com duração superior à estipulada nas Condições Particulares;
- Celebração ou alteração de outros seguros de doença sobre o Segurado/Pessoa Segura.
- Qualquer inclusão ou exclusão de Segurados/ Pessoas Seguras por esta Apólice.

6. As alterações considerar-se-ão tacitamente aceites no caso de alguma das partes não se pronunciar em contrário nos prazos previstos neste artigo.

ARTIGO 13º - ANULAÇÃO DO CONTRATO

1. O Tomador do Seguro ou o Segurado/Pessoa Segura, estão obrigado antes da celebração do contrato a declarar com exactidão todas as circunstâncias que conheçam e devam ter por significativas para a apreciação do risco por parte do SEGURADOR.

2. Nas declarações acima referidas incluem-se também todas aquelas circunstâncias ou factos, conhecidos ou que o deveriam ser, do Tomador do Seguro ou do Segurado/Pessoa Segura, mesmo que a sua declaração não seja solicitada em questionário eventualmente fornecido pelo SEGURADOR ou seu representante.

3. Em caso de incumprimento doloso dos deveres referidos nos números anteriores o contrato e/ou o Certificado de Seguro correspondente ao Segurado/Pessoa Segura e ao seu Agregado Familiar são anuláveis pelo SEGURADOR mediante o envio da respectiva declaração ao Tomador do Seguro no prazo de três meses a contar do conhecimento do incumprimento. O SEGURADOR não é obrigado a cobrir qualquer sinistro que ocorra antes de ter tido conhecimento do incumprimento em causa ou no decurso do referido prazo.

4. Em caso de anulação do contrato nos termos previstos no número anterior, o SEGURADOR tem direito ao prémio devido até ao termo do prazo referido no número anterior se não tiver concorrido dolo ou negligência grosseira do SEGURADOR ou do seu representante. Em caso de dolo do Tomador do Seguro ou do Segurado/Pessoa Segura com o propósito de obter uma vantagem o prémio é devido até ao termo do contrato.

5. Quando o incumprimento dos deveres indicados nos números 1 e 2 for negligente, o SEGURADOR pode, mediante declaração a enviar ao Tomador do Seguro, no prazo de três meses a contar do conhecimento:

- Propor uma alteração ao contrato fixando um prazo não inferior a 14 dias para o envio da aceitação ou, caso a admita, da contraproposta. O contrato cessa os seus efeitos 20 dias após a recepção pelo Tomador do Seguro da proposta de alteração caso este nada responda ou a rejeite.
- Fazer cessar o contrato e/ou o Certificado de Seguro correspondente ao

Segurado/Pessoa Segura e ao seu Agregado Familiar, demonstrando que, em caso algum, celebra contratos para a cobertura de riscos relacionados com o facto omitido ou declarado inexactamente. O contrato e/ou o Certificado de Seguro correspondente ao Segurado/Pessoa Segura e ao seu Agregado Familiar cessa os seus efeitos 30 dias após o envio da declaração de cessação.

6. Em caso de cessação nos termos no número anterior, o prémio é devolvido "pro rata temporis" (ou seja pelo tempo decorrido) atendendo à cobertura havida.

7. Se antes da cessação ou alteração do contrato e/ou do Certificado de Seguro correspondente ao Segurado/Pessoa Segura e ao seu Agregado Familiar ocorrer um sinistro cuja verificação ou consequências tenham sido influenciadas por facto relativamente ao qual tenham havido omissões ou inexactidões negligentes, o SEGURADOR:

- Cobre o sinistro na proporção da diferença entre o prémio pago e o prémio que seria devido, caso tivesse tido conhecimento do facto omitido ou declarado inexactamente à data da celebração do contrato.
- Não cobre o sinistro, se demonstrar que, em caso algum, teria celebrado o contrato se tivesse conhecimento do facto omitido ou declarado inexactamente, ficando apenas vinculado à devolução do prémio.

ARTIGO 14º - NULIDADE DO CONTRATO

1. Este contrato considera-se nulo e, conseqüentemente não produzirá quaisquer efeitos em caso de sinistro, quando por parte do Tomador do Seguro ou do Segurado/Pessoa Segura, quer no momento da celebração quer durante a vigência do contrato, não haja interesse digno de protecção legal relativo ao(s) risco(s) coberto(s).

2. No seguro de pessoas, o interesse referido no número anterior respeita à sua saúde ou integridade física.

3. Este contrato considera-se igualmente nulo e de nenhum efeito se aquando da celebração do contrato, o SEGURADOR, o Tomador do Seguro ou o Segurado/Pessoa Segura tiver(em) conhecimento que o risco cessou.

4. O SEGURADOR não cobre igualmente sinistros anteriores à data de celebração do contrato ou da adesão da Pessoa Segura ao seguro quando o Tomador do Seguro ou Segurado/Pessoa Segura dele tivesse conhecimento nessa data.

5. O contrato de seguro ou o Certificado de Seguro correspondente ao Segurado/Pessoa Segura e ao seu Agregado Familiar não produz igualmente efeitos relativamente a um risco futuro que não chegue a existir.

6. Nos casos previstos nos números anteriores, o Tomador do Seguro tem direito à devolução do prémio pago, deduzido das despesas necessárias à celebração do contrato e/ou à emissão do Certificado de Seguro correspondente ao Segurado/Pessoa Segura e ao seu Agregado Familiar suportadas pelo SEGURADOR de boa fé.

7. Em caso de má fé do Tomador do Seguro e/ou do Segurado/Pessoa Segura, o SEGURADOR de boa fé tem direito a reter o prémio pago.

8. Presume-se a má fé do Tomador do Seguro se o Segurado/Pessoa Segura tiver conhecimento, aquando da celebração do contrato de seguro, de que ocorreu o sinistro.

CAPÍTULO III

DOS PRÉMIOS

ARTIGO 15º - PAGAMENTO DOS PRÉMIOS

1. O prémio ou fracção inicial é, salvo convenção em contrário nas condições particulares, devido na data de celebração do contrato, ficando a eficácia do contrato dependente do respectivo pagamento efectivo do prémio ou fracção inicial.

2. Os prémios ou fracções subsequentes, acertos, parte de um prémio de montante variável ou prémio adicional, são devidos nas datas estabelecidas na apólice ou nas datas indicadas nos respectivos avisos, nos termos previstos nos números seguintes.

3. O SEGURADOR encontra-se obrigado até 30 dias antes da data em que o prémio, fracção, acerto, parte de prémio de montante variável ou prémio adicional é devido, a avisar, por escrito, o Tomador do Seguro, indicando a data, o valor a pagar, a forma e o lugar de pagamento e as consequências da falta do respectivo pagamento.

4. Nos contratos de seguro cujo pagamento do prémio seja objecto de fraccionamento por prazo inferior ao trimestre, e estejam identificados em documento contratual as datas de vencimento e valor a pagar, bem como as consequências da falta de pagamento do prémio, fracção, acerto, ou adicional, o SEGURADOR pode optar por não proceder ao envio do aviso previsto no número anterior, cabendo-lhe, nesse caso, o ónus da prova da emissão, aceitação e envio ao tomador do seguro, daquele documento contratual.

5. Nos termos da lei, a falta de pagamento de prémio ou fracção, de acerto, de parte de prémio de montante variável ou de prémio adicional fundado num agravamento superveniente do risco, na data indicada no aviso ou no documento contratual referido no número anterior, determina a não renovação ou a resolução automática e imediata do contrato na data em que o pagamento seja devido.

6. O não pagamento, até a data de vencimento indicado no aviso, do prémio adicional resultante de uma modificação contratual determina a ineficácia da respectiva alteração, subsistindo o contrato com o âmbito e nas condições que vigoravam antes da pretendida modificação, a menos que a subsistência do contrato se revele impossível, caso em que se considera o contrato igualmente resolvido na data do vencimento do prémio adicional não pago.

7. O prémio pode ser pago, nos termos previstos na lei ou nas condições particulares da apólice, por terceiro, interessado ou não no cumprimento da obrigação.

8. Quando aplicável, a cessação do contrato de seguro por efeito do não pagamento do prémio, ou de parte ou fracção deste, de acerto ou adicional, não exonera o Tomador do Seguro da obrigação de pagamento do prémio correspondente ao período em que o contrato haja vigorado acrescido de juros de mora desde a data do vencimento.

9. Em caso de sinistro, o SEGURADOR reserva-se o direito, por via de compensação, de cobrar ou descontar na eventual indemnização o pagamento da totalidade do prémio ou das fracções ainda não pagas.

10. O disposto nos números anteriores é aplicável ao Segurado nos Seguros de Grupo Contributivos.

ARTIGO 16º - FRACCIONAMENTO DOS PRÉMIOS

1. Admite-se o fraccionamento do pagamento de prémios de apólices que vigorem por um ano e seguintes, desde que a pedido do Tomador do Seguro, com o acordo do SEGURADOR e nos termos das normas vigentes.

2. O não pagamento de qualquer prestação do prémio na data do seu vencimento confere ao SEGURADOR o direito de exigir imediatamente o pagamento dessa prestação e das prestações vincendas.

ARTIGO 17º - ALTERAÇÃO DOS PRÉMIOS

1. Se o SEGURADOR modificar a sua tarifa, terá o direito de fixar o novo prémio anual em conformidade, a partir do próximo vencimento anual, mediante pré-aviso registado de 30 (trinta) dias.
2. O Tomador do Seguro pode, no entanto, não aceitar a alteração do prémio e resolver o contrato, por correio registado, dentro do prazo de 14 (catorze) dias a partir da data em que tomou conhecimento da alteração.

CAPÍTULO IV

DOS SINISTROS

ARTIGO 18º - LIBERDADE DE ESCOLHER

1. O SEGURADOR obriga-se a respeitar a livre escolha por parte de cada Segurado/Pessoa Segura do seu Médico e do Hospital ou Clínica onde deseja ser hospitalizada.
2. O SEGURADOR não assume qualquer responsabilidade pelas consequências de atraso ou negligência imputáveis ao Segurado/Pessoa Segura no recurso à assistência médica ou recusa em seguir os tratamentos prescritos.

ARTIGO 19º - OBRIGAÇÕES DO TOMADOR DO SEGURO E/OU SEGURADO/PESSOA SEGURA

Verificando se, durante a vigência do contrato, qualquer doença ou acidente susceptível de fazer funcionar as garantias do contrato, o Tomador do Seguro e/ou Segurado/Pessoa Segura, sob pena de responderem por perdas e danos, obrigam-se a:

1. Comunicar ao SEGURADOR a ocorrência da hospitalização e/ou intervenção cirúrgica originada por doença ou acidente ao abrigo do contrato, por escrito, em impresso próprio fornecido pelo SEGURADOR, no prazo máximo de 8 (oito) dias a contar do seu conhecimento.
2. Cumprir as prescrições do médico a que tenha recorrido.
3. Em caso de acidente, participar ao SEGURADOR no mesmo prazo referido no número 1 deste artigo, efectuando a sua descrição tão pormenorizada quanto possível, indicando data, hora, local, causas e consequências, testemunhas presenciais, eventual responsável e autoridades que dele tomaram conhecimento. Indicar igualmente o médico que prestou os primeiros socorros e o médico assistente escolhido.
4. Remeter ao SEGURADOR, em conjunto com a participação, o relatório do médico assistente, relativo ao sinistro e ao tratamento.
5. Enviar, logo após a alta, o relatório respectivo, passado pelo médico assistente.

6. Autorizar os médicos e Unidades Hospitalares a que tenha recorrido, a prestarem todas as informações e elementos nosológicos que sejam solicitados pelo SEGURADOR, inclusive sobre o estado de saúde anterior ao sinistro, bem como a facultar os relatórios clínicos e quaisquer outros documentos, referentes ao sinistro participado, com a finalidade de documentar o processo.

7. Submeter-se a exames por médicos do SEGURADOR ou por este designados.

8. Receber a visita de médicos e funcionários do SEGURADOR, tantas vezes quanto necessárias, para verificarem o seu estado de saúde.

9. Apresentar todos os documentos justificativos das despesas realizadas, sem qualquer rasura ou omissão, sob pena de não serem aceites. Os documentos terão de observar os seguintes requisitos cumulativos:

- a) Ser passados em papel timbrado.
- b) Ser identificados com o nome do sinistrado a que dizem respeito.
- c) Obedecer às normas legais, nomeadamente, de natureza fiscal.
- d) Discriminar pormenorizadamente os serviços prestados, tais como o número de dias de hospitalização, descrição da intervenção cirúrgica efectuada, anestesia, exames auxiliares, etc., ou os bens consumidos acompanhados da respectiva prescrição.
- e) No caso de aquisição de medicamentos, possuir, ainda, as etiquetas destacáveis que usualmente se destinam aos Organismos Oficiais.

10. Apresentar os originais de todos os documentos justificativos das despesas, podendo, no entanto, o SEGURADOR aceitar fotocópias autenticadas se o Segurado/Pessoa Segura necessitar dos originais para feitos

de pedido de reembolso a outra Instituição. Neste caso, o SEGURADOR aceitará fotocópias, desde que acompanhadas de documento original que faça prova do montante despendido e do reembolso recebido ou a receber.

11. Apresentar os documentos referidos no n.º 9 deste artigo no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da data de realização da despesa. Caso o Segurado/Pessoa Segura pretenda proceder de acordo com o disposto no n.º 10 deste artigo, o prazo máximo será de 90 (noventa) dias.

ARTIGO 20º - PAGAMENTO DAS INDEMNIZAÇÕES

1. O SEGURADOR obriga-se a pagar as prestações devidas no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a recepção dos documentos justificativos referidos no Artigo 19º.
2. O SEGURADOR poderá descontar às prestações devidas os prémios que se encontrem vencidos e não liquidados, bem como quaisquer outras importâncias que legalmente lhe sejam devidas pelo Segurado/Pessoa Segura.
3. Os pagamentos a fazer pelo SEGURADOR são efectuados em Portugal e em moeda portuguesa. No caso de despesas efectuadas em moeda estrangeira, a conversão em Euros é feita à taxa média de câmbio de venda, para divisas, no dia da realização da despesa.

CAPÍTULO V

DISPOSIÇÕES FINAIS

ARTIGO 21º - SUBROGAÇÃO

O SEGURADOR fica subrogado, até à concorrência das indemnizações pagas por si, em todos os direitos, acções e recursos do Tomador do Seguro e/ou Segurado/Pessoa Segura, contra terceiros responsáveis por doenças ou acidentes cobertos por esta Apólice, obrigando-se o Tomador do Seguro e/ou Segurado/Pessoa Segura a fornecer e/ou facultar ao SEGURADOR todos os elementos, provas e/ou documentos que disponham, sob pena de responder(em) por perdas e danos ou omissões que prejudiquem a sub-rogação.

ARTIGO 22º - PLURALIDADE DE SEGUROS

1. Existindo à data do sinistro mais de um contrato de seguro garantindo o mesmo risco, o Tomador de Seguro e/ou o Segurado/Pessoa Segura fica(m) obrigado(s) a comunicar ao SEGURADOR, se recebeu por via de outro contrato de seguro qualquer montante(s) a título de despesas médicas ou outras garantias a fim de evitar repetição de pagamento.
2. Em caso algum a Pessoa Segura poderá receber um reembolso superior ao montante das despesas.
3. Os princípios acima descritos são também aplicáveis às participações de subsistemas de saúde, públicos ou privados.
4. Em caso de incumprimento do dever de comunicação previsto nos números anteriores o Tomador de Seguro e/ou o Segurado/Pessoa Segura fica(m) obrigado(s) a proceder à devolução do(s) valor(es) indevidamente recebido(s) e ao pagamento dos demais danos a que tenha(m) dado causa.

ARTIGO 23º - COMUNICAÇÕES E NOTIFICAÇÕES

1. As comunicações ou notificações do tomador do seguro ou do segurado previstas nesta apólice consideram-se válidas e plenamente eficazes caso sejam efectuadas por correio registado, ou por outro meio do qual fique registado escrito, para a sede social do SEGURADOR.
2. A alteração de morada ou de sede do tomador do seguro ou do segurado deve ser comunicada ao SEGURADOR nos 30 dias subsequentes à data em que se verificarem, por carta registada com aviso de recepção, sob pena de as comunicações ou notificações que o SEGURADOR venha a efectuar para a morada desactualizada se terem por validas e eficazes.
3. As comunicações ou notificações do SEGURADOR previstas nesta apólice consideram-se válidas e plenamente eficazes caso sejam efectuadas por correio registado, ou por outro meio do qual fique registado escrito, para a última morada do tomador do seguro ou do segurado constante do contrato, ou entretanto comunicada nos termos previstos no número anterior.

ARTIGO 24º - ARBITRAGEM

1. Sem prejuízo de posterior recurso aos tribunais, em caso de litígio emergente deste contrato que as partes acordem poder ser dirimido através de arbitragem particular, será constituída uma comissão formada por dois árbitros, um indicado pelo Tomador do Seguro e outro pelo SEGURADOR.
2. Se não houver acordo entre os árbitros, desempatará um terceiro por eles nomeado, caso não cheguem a acordo na escolha do terceiro árbitro, será a nomeação requerida nos termos da Lei.
3. Cada parte suportará as despesas e honorários do árbitro por si indicado, sendo as despesas e honorários do árbitro do desempate igualmente repartidas entre ambos.
4. Caso se tratem de divergências de natureza clínica, os árbitros terão de ser, obrigatoriamente, médicos.

ARTIGO 25º - LEI APLICÁVEL AO CONTRATO

1. A lei aplicável a este contrato é a lei portuguesa.
2. Podem ser apresentadas reclamações no âmbito do presente contrato aos serviços do SEGURADOR identificados no contrato e, bem assim, ao Instituto de Seguros de Portugal (www.isp.pt)

ARTIGO 26º - FORO

O foro competente para dirimir as questões emergentes do presente contrato é o fixado na lei civil

CONDIÇÕES ESPECIAIS

G.01 - SUBSÍDIO DIÁRIO DE HOSPITALIZAÇÃO

1. Garantias

Por esta cobertura, de acordo com os limites e franquias fixadas nas Condições Particulares, a AÇOREANA garante o pagamento de um subsídio diário em caso de **hospitalização** do Segurado/Pessoa Segura em consequência de **doença, gravidez ou parto ou acidente, manifestada ou ocorrido durante o período de vigência da apólice.**

2. Períodos de Carência

As garantias concedidas por esta cobertura, sob reserva de que a primeira constatação médica não seja anterior à data da aceitação pela AÇOREANA do Segurado/Pessoa Segura, entram em vigor:

- 2.1. Em caso de acidente, na data do início do contrato.
- 2.2. Em caso de doença, após ter decorrido o período de carência fixado nas Condições Particulares.
- 2.3. Em caso de gravidez ou parto, após terem decorrido 360 (trezentos e sessenta) dias a contar da data do início do contrato.

3. Duplo Efeito

A AÇOREANA garante o pagamento do dobro do subsídio diário em caso de:

- 3.1. Hospitalização do Segurado/Pessoa Segura numa U.C.I. Unidade de Cuidados Intensivos.
- 3.2. Hospitalização simultânea do Segurado/Pessoa Segura e do seu cônjuge ou equiparado, em consequência de acidente.
- 3.3. Nascimento de gémeos.

4. Franquias

As franquias a aplicar serão as estipuladas nas Condições Particulares.

G.02 – ASSISTÊNCIA MÉDICA HOSPITALAR

1. Garantias

Por esta cobertura a AÇOREANA comparticipará, sob a forma de reembolso e de acordo com os limites e franquias fixadas nas Condições Particulares, em caso de **hospitalização** do Segurado/Pessoa Segura em consequência de doença ou acidente, manifestada ou ocorrido durante o período de vigência da apólice, nas seguintes despesas médicas:

1.1. Internamento

- Diária hospitalar.
- Honorários médicos.
- Transportes de ambulância para e da Unidade Hospitalar, desde que o estado de saúde do Segurado/Pessoa Segura o justifique.

1.2. Elementos Auxiliares de Diagnóstico

- Radiodiagnóstico, incluindo radiografias simples, angiografias, arteriografias e flebografias.
- Electrocardiogramas, electromiogramas, electroencefalogramas, termografias, ecotomografias, audiogramas, tomografias axiais computadorizadas, exames "efeito doppler" e ressonâncias magnéticas. As novas tecnologias no âmbito destes exames auxiliares só com parecer prévio favorável da AÇOREANA.
- Análises clínicas e exames anátomo patológicos e citológicos.
- Testes alergológicos.

1.3. Intervenção Cirúrgica - Honorários Médicos

- Honorários do cirurgião, anestesista e ajudantes.
- Piso de sala de operações e reanimação.

1.4. Tratamentos

- Enfermagem geral (não privativa nem domiciliária).
- Infusões endovenosas e transfusões de sangue, incluindo o sangue e o plasma.
- Aplicação de injeções.
- Aplicação de anestesia incluindo o anestésico.
- Aplicação de oxigénio, incluindo o oxigénio.
- Aplicação de pensos cirúrgicos, gesso e talas.
- Radioterapia e quimioterapia.
- Fisioterapia, só em caso de acidente traumatológico, sequelas de acidente vascular cerebral ou cinesioterapia originada por doença respiratória.

1.5. Medicamentos

Consideram-se os medicamentos prescritos durante a hospitalização.

§ **único:** As despesas médicas enumeradas em 1.2., 1.3., 1.4. e 1.5. só serão comparticipadas ao abrigo desta apólice quando decorram de **hospitalização** do Segurado/Pessoa Segura.

2. Extensão das Garantias

A AÇOREANA comparticipará as despesas médicas com consultas e exames auxiliares de diagnóstico desde que tenham relação directa com a Assistência Médica Hospitalar e realizadas pelo Segurado/Pessoa Segura nos 30 (trinta) dias anteriores à sua **hospitalização**.

3. Limite de Honorários Médicos

Salvo convenção expressa em contrário, os honorários do cirurgião, do anestesista, dos ajudantes e instrumentista, inscritos na respectiva "Nota de Honorários" com a identificação do código da intervenção cirúrgica, ficam limitados aos montantes que resultem da aplicação do valor "K" médio (semi soma dos valores mínimo e máximo do factor "K") actualizado, anualmente, à tabela do Código de Nomenclatura de Valores Relativos de Actos Médicos elaborada pela Ordem dos Médicos.

4. Períodos de Carência

As garantias concedidas por esta cobertura, sob reserva de que a primeira constatação médica não seja anterior à data da aceitação pela AÇOREANA do Segurado/Pessoa Segura, entram em vigor:

- 4.1. Em caso de acidente, na data do início do contrato.
- 4.2. Em caso de doença, após ter decorrido o período de carência fixado nas Condições Particulares.

5. Exclusões

Ficam excluídas desta cobertura, para além das exclusões referidas no Art.º 4º das Condições Gerais:

- 5.1. Despesas com acompanhantes (excepto em caso de hospitalização de crianças de idade não superior a 12 anos), ou quaisquer outras despesas de natureza particular.
- 5.2. Litotricia, tratamentos de hemodiálise e queratotomia.
- 5.3. Próteses e ortóteses.

6. Franquias

As franquias a aplicar serão as estipuladas nas Condições Particulares.

G.03 - ASSISTÊNCIA MÉDICA AMBULATORIA

1. Garantias

Por esta cobertura a AÇOREANA comparticipará, sob a forma de reembolso e de acordo com os limites e franquias fixadas nas Condições Particulares, nas despesas médicas efectuadas pelo Segurado/Pessoa Segura em regime ambulatorio em consequência de doença ou acidente, manifestada ou ocorrido durante o período de vigência da apólice. As despesas médicas incluídas nesta cobertura são exclusivamente:

1.1. Honorários Médicos

- Consultas de clínica geral.
- Consultas de especialidade, sejam externas ou domiciliárias.
- Outros actos médicos.

1.2. Elementos Auxiliares de Diagnóstico

- Radiodiagnóstico, incluindo radiografias simples, angiografias, arteriografias e flebografias.
- Electrocardiogramas, electromiogramas, electroencefalogramas, termografias, ecotomografias, audiogramas, tomografias axiais computadorizadas, exames "efeito doppler" e ressonâncias magnéticas. As novas tecnologias no âmbito destes exames auxiliares só com parecer prévio favorável da AÇOREANA.
- Análises clínicas e exames anátomo patológicos e citológicos.
- Testes alergológicos.

1.3. Assistência Hospitalar em Regime Ambulatorio

- Pequena cirurgia e urgências médicas.
- Piso da sala de operações e reanimação.
- Aplicação de anestesia, incluindo o anestésico.
- Transportes de ambulância para e da Unidade Hospitalar, desde que o estado de saúde do Segurado/Pessoa Segura o justifique.

1.4. Tratamentos

- Enfermagem geral (não privativa nem domiciliária).
- Infusões endovenosas e transfusões de sangue, incluindo o sangue e o plasma.
- Aplicação de injeções.
- Aplicação de oxigénio, incluindo o oxigénio.
- Aplicação de pensos cirúrgicos, gesso e talas.
- Radioterapia e quimioterapia.
- Fisioterapia, só em caso de acidente traumatológico, sequelas de acidente vascular cerebral e cinesioterapia originada por doença respiratória.

2. Períodos de Carência

As garantias concedidas por esta cobertura, sob reserva de que a primeira constatação médica não seja anterior à data da aceitação pela AÇOREANA do Segurado/Pessoa Segura, entram em vigor:

- 2.1. Em caso de acidente, na data do início do contrato.
- 2.2. Em caso de doença, após ter decorrido o período de carência fixado nas Condições Particulares.
- 2.3. Em caso de gravidez ou sequelas de parto, após terem decorrido 360 (trezentos e sessenta) dias a contar da data do início do contrato.

3. Exclusões

Ficam excluídas desta cobertura, para além das exclusões no artigo 4º da Condições Gerais:

- 3.1. Ginástica, natação e massagem, excepto em caso de acidente ou tratamento de reabilitação física.
- 3.2. Consultas, tratamentos e testes de infertilidade.
- 3.3. Próteses e ortóteses.

4. Franquias

As franquias a aplicar serão as estipuladas nas Condições Particulares.

G.04 - MEDICAMENTOS

1. Garantias

Por esta cobertura a AÇOREANA comparticipará, sob a forma de reembolso e de

acordo com os limites e franquias fixadas nas Condições Particulares, nas despesas efectuadas pelo Segurado/Pessoa Segura com a aquisição de medicamentos, desde que prescritos por um médico em documento próprio, em consequência de doença ou acidente, manifestada ou ocorrido durante o período de vigência da apólice.

2. Períodos de Carência

As garantias concedidas por esta cobertura, sob reserva de que a primeira constatação médica não seja anterior à data da aceitação pel' AÇOREANA do Segurado/Pessoa Segura, entram em vigor:

- 2.1. Em caso de acidente, na data do início do contrato.
- 2.2. Em caso de doença, após ter decorrido o período de carência fixado nas Condições Particulares.
- 2.3. Em caso de gravidez ou sequelas de parto, após terem decorrido 360 (trezentos e sessenta) dias a contar da data do início do contrato.

3. Exclusões

Ficam excluídas desta cobertura, para além das exclusões referidas no artigo 4º das Condições Gerais:

- 3.1. Produtos que não constem da lista de medicamentos comparticipáveis ao abrigo do S.N.S. - Serviço Nacional de Saúde, mesmo que a sua produção e/ou venda seja exclusiva de Estabelecimentos Farmacêuticos.
- 3.2. Produtos dietéticos e produtos e suplementos alimentares.
- 3.3. Produtos homeopáticos e naturistas.
- 3.4. Produtos farmacêuticos manipulados.
- 3.5. Medicamentos e produtos para fins estéticos, regimes de obesidade, alopecia, cosmética e higiene.
- 3.6. Anticoncepcionais e dispositivos intra-uterinos.
- 3.7. Vacinas de prevenção: gripe, hepatite B e outras.

4. Franquias

As franquias a aplicar serão as estipuladas nas Condições Particulares.

G.05 – ESTOMATOLOGIA

1. Garantias

Por esta cobertura a AÇOREANA comparticipará, sob a forma de reembolso e de acordo com os limites e franquias fixadas nas Condições Particulares, nas despesas médicas efectuadas pelo Segurado/Pessoa Segura com estomatologia em consequência de doença ou acidente, manifestada ou ocorrido durante o período de vigência da apólice. As despesas médicas incluídas nesta cobertura são exclusivamente:

- Consultas.
- Tratamentos.
- Raio X.
- Cirurgia.
- Próteses.
- Ortodôncia.

2. Períodos de Carência

As garantias concedidas por esta cobertura, sob reserva de que a primeira constatação médica não seja anterior à data da aceitação pel' AÇOREANA do Segurado/Pessoa Segura, entram em vigor:

- 2.1. Em caso de acidente, na data do início do contrato.
- 2.2. Em caso de doença, após ter decorrido o período de carência fixado nas Condições Particulares.

3. Exclusões

Ficam excluídas desta cobertura, para além das exclusões referidas no Art.º 4º das Condições Gerais:

- 3.1. Próteses estomatológicas feitas com metais preciosos nomeadamente: ouro, prata e platina.
- 3.2. Impressões e modelos de estudo.

4. Franquias

As franquias a aplicar serão as estipuladas nas Condições Particulares.

G.06 - PRÓTESES E ORTÓTESES

1. Garantias

Por esta cobertura a AÇOREANA comparticipará, sob a forma de reembolso e de acordo com os limites e franquias fixadas nas Condições Particulares, nas despesas efectuadas pelo Segurado/Pessoa Segura com a aquisição de próteses e/ou ortóteses, desde que prescritas por um médico da especialidade, em consequência de doença ou acidente, manifestada ou ocorrido durante o período de vigência da apólice. As despesas médicas incluídas nesta cobertura são exclusivamente:

- Lentes e Aros.
- Lentes de contacto.
- Próteses auditivas, oftalmológicas e ortopédicas.
- Aluguer de cadeira de rodas, cama articulada e outros equipamentos.

§ Único: A comparticipação da AÇOREANA restringe-se à primeira prótese, só sendo comparticipada a sua adaptação ou substituição, quando fundamentada pela alteração da natureza ou grau de deficiência em causa.

2. Períodos de Carência

As garantias concedidas por esta cobertura, sob reserva de que a primeira constatação médica não seja anterior à data da aceitação pel' AÇOREANA do Segurado/Pessoa Segura, entram em vigor:

- 2.1. Em caso de acidente, na data do início do contrato.
- 2.2. Em caso de doença, após ter decorrido o período de carência fixado nas Condições Particulares.

3. Exclusões

Ficam excluídas desta cobertura, para além das exclusões referidas no artigo 4º das Condições Gerais, as despesas com calçado ortopédico e outros meios de correcção similares.

4. Franquias

As franquias a aplicar serão as estipuladas nas Condições Particulares.

G.07 - PARTO EM REGIME DE HOSPITALIZAÇÃO

1. Garantias

Por esta cobertura a AÇOREANA comparticipará, sob a forma de reembolso e de acordo com os limites e franquias fixadas nas Condições Particulares, nas despesas médicas decorrentes de hospitalização do Segurado/Pessoa Segura em consequência de cesariana, parto ou interrupção da gravidez. As despesas médicas incluídas nesta cobertura são exclusivamente:

- Diárias.
- Honorários médicos e cirúrgicos.
- Piso de sala de partos e/ou de operações e material utilizado como: gases de anestesia, oxigénio e transfusões de sangue.
- Utilização de incubadora.
- Medicamentos.
- Exames complementares de diagnóstico.
- Transporte de ambulância para e da Unidade Hospitalar.

2. Períodos de Carência

As garantias concedidas por esta cobertura entram em vigor após decorrerem 360 (trezentos e sessenta) dias sobre a data de início do contrato.

3. Exclusões

Ficam excluídas desta cobertura, para além das exclusões referidas no artigo 4º das Condições Gerais, as despesas com acompanhantes ou quaisquer outras de natureza particular.

4. Franquias

As franquias a aplicar serão as estipuladas nas Condições Particulares.

As Coberturas destas Condições Especiais, que complementam as Condições Gerais do contrato, só serão aplicáveis quando expressamente indicadas nas Condições Particulares da apólice.