

**Seguro
Saúde**

Condições Gerais
da Apólice



**Simples.
Rápido.
Feito.**

Cláusula preliminar

1. Entre a Generali Seguros, S.A., adiante designada por Segurador, e o Tomador do Seguro mencionado nas Condições Particulares, estabelece-se um contrato de seguro que se regula pelas presentes Condições Gerais e pelas Condições Particulares, e ainda, se contratadas, pelas Condições Especiais.
2. A individualização do presente contrato é efetuada nas Condições Particulares, com, entre outros, a identificação das partes e do respetivo domicílio, os dados do segurado e a determinação do prémio ou a fórmula do respetivo cálculo.
3. As Condições Especiais prevêem a cobertura de outros riscos e ou garantias além dos previstos nas presentes Condições Gerais e carecem de ser especificamente identificadas nas Condições Particulares.

Capítulo I

Definições, objeto, garantias e exclusões

Cláusula 1.ª - Definições

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

- a. **Segurador:** a Generali Seguros, S.A., adiante designada por Segurador;
- b. **Administrador/ AdvanceCare:** A entidade (e empresas por ela detidas a 100%) adiante designada por Administrador que, por conta do Segurador, organiza a rede de prestadores, procede à gestão das prestações devidas pelo contrato e articula o pagamento direto das despesas médicas aos prestadores convencionados, nomeadamente médicos, hospitais, centros de diagnósticos;
- c. **Europ Assistance:** A entidade que assegura a prestação das garantias previstas nas garantias "Médico em Casa" e "Complemento de Internamento" (as prestações pecuniárias ou de serviços) e que interage com o Segurador e/ou Administrador no sentido de agilizar a regularização eficaz e eficiente dos respetivos sinistros, podendo, no limite, assumir as funções atribuídas ao Administrador;
- d. **Tomador do seguro:** A entidade que subscreve o presente contrato e é responsável pelo pagamento do prémio;
- e. **Pessoa segura:** A(s) pessoa(s) singular(es) identificada(s) nas Condições Particulares cuja saúde ou integridade física se segura através do presente contrato;
- f. **Agregado familiar:** O conjunto de pessoas constituído pelo Tomador do Seguro, o seu cônjuge, ou pessoa que com ela viva em união de facto, e os seus descendentes menores e solteiros (ou, não sendo menores, até ao limite de idade de 34 anos, inclusive, incluindo adotados, tutelados e curatelados), que coabitem e se encontrem a cargo do Tomador do 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 objetivamente constatadas;
- h. **Doença:** Toda a alteração involuntária do estado de saúde, não causada por acidente e suscetível de constatação médica objetiva;
- i. **Acidente / Doença pré-existente:** Os 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:** A gravidez manifestada ou que tenha dado origem a qualquer tratamento médico antes da data de celebração do contrato;

- k. Doença manifestada:** A doença que se haja revelado, tenha sido objeto de um diagnóstico inequívoco e/ou dado lugar ao respetivo 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:** As despesas médicas efetuadas pelas Pessoas Seguras na Rede de Prestadores previamente indicada, sendo a comparticipação a cargo do Segurador paga diretamente aos prestadores;
- n. Despesa médica:** A despesa realizada pela Pessoa Segura para aquisição de Serviços Clinicamente necessários, desde que prescritos ou realizados por médico;
- o. Serviços clinicamente necessários:** Os bens, serviços ou cuidados de saúde que sejam cumulativamente:
 - 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 face ao quadro clínico do Segurado e de acordo com os protocolos e padrões reconhecidos pela comunidade médica.
- p. Pré-autorização:** A aprovação dada pelos serviços clínicos do Administrador ou do Segurador, quando exigível nos termos da Apólice, que permite às Pessoas Seguras o acesso aos cuidados de saúde garantidos pelo presente contrato;
- q. Rede de prestadores:** O conjunto de prestadores de cuidados de saúde, nomeadamente médicos, hospitais, clínicas, centros de diagnósticos e outras unidades de saúde com os quais o Segurador e/ou o Administrador tenha celebrado um acordo de prestação de serviços e que asseguram às Pessoas Seguras a execução dos serviços garantidos pelo contrato no âmbito das Prestações Convencionadas;
- r. Rede de prestadores de estomatologia:** O conjunto de prestadores de cuidados de estomatologia, nomeadamente médicos, hospitais, clínicas, centros de diagnósticos e outras unidades de saúde com os quais o Segurador e/ou o Administrador tenha celebrado um acordo de prestação de serviços e que asseguram às Pessoas Seguras a execução dos serviços garantidos pelo contrato no âmbito das Prestações Convencionadas;
- s. Rede de prestadores oftalmologia:** O conjunto de prestadores de cuidados de oftalmologia, nomeadamente médicos, hospitais, clínicas, centros de diagnósticos e outras unidades de saúde com os quais o Segurador e/ou o Administrador tenha celebrado um acordo de prestação de serviços e que asseguram às Pessoas Seguras a execução dos serviços garantidos pelo contrato no âmbito das Prestações Convencionadas;
- t. Rede de serviços de Bem estar:** O conjunto de prestadores ligados às áreas do bem estar, lazer e saúde, fora do âmbito da medicina convencional, com os quais o Segurador e/ou o Administrador tenha celebrado um acordo de prestação de serviços e que asseguram às Pessoas Seguras a execução dos serviços garantidos pelo contrato no âmbito das Prestações Convencionadas;
- u. Médico:** O licenciado por Faculdade de Medicina, legalmente autorizado a exercer a profissão no respetivo país, ficando excluídos todos os que exerçam especialidades não reconhecidas pela Ordem dos Médicos ou organismo equivalente do país em que o ato tem lugar;

- v. **Hospital ou clínica:** O estabelecimento legalmente reconhecido onde são prestados serviços permanentes de saúde às Pessoas Seguras, 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;
- w. **Número de saúde:** Número que permite o acesso pela Pessoa Segura aos cuidados de saúde da rede de prestadores e que consiste no número do Bilhete de Identidade ou do Cartão de Cidadão;
- x. **Apólice:** O conjunto de documentos identificado na cláusula preliminar e na qual é formalizado o contrato de seguro celebrado;
- y. **Condições gerais:** O conjunto de cláusulas que definem e regulamentam obrigações genéricas e comuns inerentes a um ramo ou modalidade de seguro;
- z. **Condições especiais:** As cláusulas que visam esclarecer, completar ou especificar disposições das Condições Gerais;
- aa. **Condições particulares:** O documento onde se encontram os elementos específicos e individuais de cada contrato, que o distinguem de todos os outros;
- ab. **Ata adicional:** O documento que titula uma alteração da Apólice;
- ac. **Sinistro:** O evento ou série de eventos suscetível de fazer funcionar as garantias da Apólice;
- ad. **Período de carência:** O espaço de tempo que difere a eficácia das garantias da Apólice para uma data posterior à do início do contrato;
- ae. **Comparticipação:** A percentagem ou valor máximo de despesas médicas garantidas por este contrato que fica a cargo do Segurador;
- af. **Franquia:** A importância que, em caso de sinistro, fica a cargo da Pessoa Segura, e cujo montante está estipulado nas Condições Particulares;
- ag. **Copagamento:** A percentagem ou valor mínimo/máximo de despesas médicas que fica a cargo da Pessoa Segura, cujo montante se encontra estipulado nas Condições Particulares;
- ah. **Prémio:** O valor pago pelo Tomador do Seguro ao Segurador como contrapartida pelas garantias contratadas no âmbito do contrato de seguro.

Cláusula 2.ª - Objeto 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 de prestações convencionadas em consequência de doença ou acidente ocorrido durante a vigência do contrato.**
2. **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.**
3. **As garantias deste contrato entram em vigor de acordo com o previsto na Cláusula 3.ª. e nos n.º 2 e 3 da Cláusula 5.ª.**

Cláusula 3.ª - Entrada em Vigor das Garantias

1. **Salvo disposição em contrário nas Condições Particulares, com exceção do disposto no n.º 2, a entrada em vigor das garantias é imediata, em relação a cada uma das Pessoas Seguras.**

2. Relativamente às garantias “Internamento”, “Consultas, opção Max”, e “Complemento de Internamento” o período de carência é de trinta (30) dias, sendo no entanto alargado para trezentos (300) dias quando as despesas sejam motivadas por:
 - 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;
 - Tireoidectomia por patologia benigna;
 - Colectistectomia;
 - Gravidez;
 - Interrupção involuntária da gravidez;
 - Parto;
 - Operações aos ouvidos, nariz e garganta;
 - Qualquer ato cirúrgico ao joelho;
 - Uvulopalatoplastia (patologia do sono);
 - Extração de nevos, sinais, quistos e verrugas dermatológicos;
 - 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 pertencente à Rede de Prestadores, quer em regime de internamento, quer em regime ambulatorio. Para efeito do acima disposto, considera-se tratamento de urgência aquele que deva ser efetuado no prazo máximo de 48 horas após o sinistro.

Cláusula 4.ª - Exclusões

1. Salvo convenção expressa em contrário nas respetivas Condições Especiais e Particulares, não ficam garantidas ao abrigo do presente contrato as prestações resultantes de:
 - a. Doenças ou Acidentes pré-existentes, conforme definido na alínea i. da Cláusula 1.ª;
 - b. Gravidez pré-existente, conforme definido na alínea j. da Cláusula 1.ª.
2. Não fica ainda garantido ao abrigo deste contrato, salvo convenção expressa em contrário nas respetivas Condições Especiais e/ou Particulares, o pagamento de prestações resultantes de:
 - a. Consultas e/ou tratamentos levados a cabo junto de prestadores que não pertençam à Rede de Prestadores convencionada;
 - b. Quais quer atos médicos que não tenham sido contratados pelo Administrador junto da Rede de Prestadores;
 - c. Situações resultantes de interrupção voluntária da gravidez;
 - d. Doenças ou mal formações congénitas, exceto 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 Cláusula 10a, desde que o referido contrato de seguro se encontre em vigor no Segurador há, pelo menos, um ano;
 - e. Consultas, tratamentos e/ou cirurgias de carácter estético ou plástico, exceto quando consequência de acidente ocorrido ou doença manifestada durante a vigência deste contrato;
 - f. Consultas, exames ou tratamentos de rejuvenescimento e emagrecimento, incluindo os relativos à obesidade mórbida, como a colocação de balões intra-gástricos por endoscopia, os tratamentos cirúrgicos de colocação de bandas, bypass gástrico e gastroplastias em banda;

- g. Consultas e exames do foro nutricionista;
- h. 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 respetiva cobertura;
- i. Alcoolismo e tratamentos relativos à toxicodependência, bem como todas as doenças ou lesões adquiridas pela Pessoa Segura por ter agido sob influência de álcool, estupefacientes, outras drogas ou produtos tóxicos, quando não prescritos por receita médica;
- j. Doenças resultantes dos efeitos de radioatividade;
- k. Hemodiálise;
- l. Transplante de órgãos e/ou tecidos e suas implicações;
- m. S.I.D.A. e suas implicações;
- n. Tratamento às varizes, nomeadamente injeções esclerosantes e laser;
- o. Intervenção cirúrgica às amígdalas e/ou aos adenóides em crianças de idade menor ou igual a quatro (4) anos;
- p. Internamento / tratamento refrativo à miopia, astigmatismo e hipermetropia (cirúrgico ou laser);
- q. Cirurgias para correção da roncopatia ou apneia do sono, exceto 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. Doenças epidémicas oficialmente declaradas;
- t. Acidentes de trabalho e doenças profissionais;
- u. Quaisquer lesões resultantes de:
 - Calamidades naturais;
 - Atos de terrorismo, incluindo aqueles que se consubstanciem na utilização de armas bacteriológicas ou agentes químicos ou ainda na contaminação do meio ambiente;
 - Atos de guerra, guerra civil e perturbações da ordem pública;
 - Intervenção em atos criminosos;
 - Intervenção em rixas, salvo em caso de legítima defesa, própria ou alheia de bens e pessoas;
- v. Os acidentes derivados de:

Prática de esqui e outros desportos na neve, mergulho, esqui aquático, motonáutica, canoagem, equitação, tauromaquia, pugilismo, artes marciais, espeleologia, escalada, rappel, alpinismo, bungee-jumping, parapente e paraquedismo; prática profissional de desportos; prática de desportos motorizados, a título profissional ou amador, pontualmente ou com carácter de regularidade.
- w. Os acidentes inerentes à utilização de veículos motorizados, incluindo os de duas rodas, quando as despesas deles resultantes devam ser indemnizadas no âmbito da responsabilidade civil automóvel;
- x. Atos médicos praticados em consequência de doença ou acidente que tenha sido intencionalmente provocado pela Pessoa Segura, incluindo a tentativa de suicídio ou o agravamento do seu estado de saúde;
- y. Medicação associada aos tratamentos de quimioterapia.

3. De igual modo, ao abrigo do presente contrato não fica garantido o pagamento de quaisquer despesas relacionadas com (exceto se expressamente convencionado nas respetivas Condições Especiais e Particulares):
- a. Curas de repouso, exames de rotina e check-up;
 - b. Métodos contraceptivos ou realizadas com essa finalidade, nomeadamente quaisquer métodos de controlo de natalidade e planeamento familiar, incluindo despesas com medicamentos, tratamentos ou intervenções cirúrgicas com finalidades contraceptivas;
 - c. Consultas e/ou tratamentos não reconhecidos oficialmente pela Ordem dos Médicos portuguesa;
 - d. Aquisição ou aluguer dos seguintes artigos medicinais:
 - 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;
 - Seringas e agulhas;
 - Imobilizadores articulares;
 - Suspensores braquiais;
 - Ligaduras, joelheiras, punhos e pés elásticos;
 - Soutiens e próteses mamárias externas;
 - Almofadas e colchões medicinais.
 - e. Atos realizados por médicos que sejam cônjuge, pais, filhos ou irmãos da Pessoa Segura;
 - f. Serviços que não sejam clinicamente necessários;
 - g. Deslocações e alojamento em Portugal e no estrangeiro, salvo quando as mesmas se encontrarem taxativamente garantidas ao abrigo das coberturas contratadas.

Ainda em relação às garantias de “Médico em Casa” e “Complemento de Internamento”, não ficam garantidos:

- Os sinistros que tenham ocorrido anteriormente à data de início do contrato, ainda que as suas consequências se tenham prolongado para além dessa data;
- Prestações que não tenham sido previamente solicitadas ao Segurador/Serviço de Assistência, ou tenham sido executadas sem o seu acordo prévio, salvo em casos de força maior ou impossibilidade material demonstrada;
- Os sinistros ocorridos fora da data de validade do contrato;
- Os sinistros ocorridos quando um veículo for conduzido por pessoa não legalmente habilitada;
- Os sinistros causados por engenhos explosivos ou incendiários;
- Os sinistros derivados, direta ou indiretamente, da desintegração ou fusão do núcleo de átomos, aceleração de partículas e radioatividade;
- Ações de salvamento, assistência médica primária e transporte de feridos ou doentes;
- Despesas relativas a tratamentos médicos ou de enfermagem continuados;

- Sinistros ocorridos durante ou em consequência da prática de desporto amador e da prática de competição em geral, quer na competição em si, quer em treinos, apostas e desafios;
- Sinistros ocorridos durante ou em consequência da prática de atividades de alto risco tais como ski de neve, motonáutica, pára-quedismo, alpinismo, montanhismo, artes marciais, espeleologia e mergulho;
- Recusa ou incumprimento dos tratamentos prescritos;
- Danos sofridos em consequência de demência;
- Próteses, bengalas, muletas (canadianas) e qualquer outro tipo de material ortopédico, óculos, lentes de contacto, implantes e similares.

Capítulo II

Formação do contrato e suas alterações

Cláusula 5.ª - Formação do Contrato

1. O Tomador do Seguro/Segurado está obrigado, antes da celebração do contrato, a declarar com exatidão todas as circunstâncias que conheça e deva ter por significativas para a apreciação do risco pelo Segurador sob pena de incorrer nas consequências previstas nas Cláusulas 8.ª e 9.ª.
2. Sem prejuízo do disposto no n.º seguinte, quando o Tomador do Seguro seja uma pessoa singular, o contrato tem-se por concluído nos termos propostos se, no prazo de catorze (14) dias a contar da data de preenchimento da proposta on-line ou via telefone, o Segurador não tiver comunicado a sua aceitação ou recusa ou não tiver solicitado informações clínicas, relatórios ou questionários médicos adicionais essenciais à avaliação do risco. Por proposta entenda-se os dados relativos à subscrição do risco e não apenas a simulação.
3. O disposto no anterior não é aplicável quando o Segurador demonstre que, em caso algum, celebra contratos com as características constantes da proposta.
4. Com exceção das situações em que o Segurador manifeste a necessidade de recolher informação adicional, ou que outra data seja expressamente identificada no contrato, o mesmo considera-se celebrado nos termos propostos a partir das zero horas do dia seguinte ao da receção da proposta pelo Segurador.

Cláusula 6.ª - Efeitos do Contrato

Sem prejuízo do disposto na Cláusula anterior, o presente contrato e respetivas garantias apenas produzirão efeitos a partir do momento em que o respetivo prémio ou fração inicial sejam pagos pelo Tomador do Seguro.

Cláusula 7.ª - Consolidação do contrato

Passados trinta (30) dias após o envio da apólice por parte do Segurador, consubstanciada nas Condições Particulares, ocorre a consolidação do contrato, não podendo o Tomador do Seguro, após essa data, invocar qualquer desconformidade entre o acordado e o conteúdo da apólice que não resulte de documento escrito ou de outro suporte duradouro prévio.

Cláusula 8.ª – Omissões ou Inexatidões Dolosas do Tomador do Seguro / Pessoa Segura na Declaração Inicial do Risco

1. Caso se verifiquem omissões ou inexatidões dolosas na Declaração Inicial do Risco efectuada pelo Tomador do Seguro / Pessoa Segura nos termos previstos no n.º 1 da Cláusula 5.ª, o contrato é anulado pelo Segurador mediante o envio de declaração nesse sentido ao Tomador do Seguro, no prazo de três (3) meses a contar do conhecimento do incumprimento.
2. Caso ocorram sinistros, quer antes do Segurador ter tido conhecimento do incumprimento doloso, quer ainda no prazo referido no no anterior, os mesmos não ficam cobertos pelo contrato.
3. Sem prejuízo do disposto nos nos anteriores, o Segurador tem direito ao prémio devido até ao final do prazo referido no no 1, ou, nos casos em que o dolo do Tomador do Seguro / Pessoa Segura tenha o propósito de obter uma vantagem, até ao termo do contrato.

Cláusula 9.ª – Omissões ou Inexatidões Negligentes do Tomador do Seguro / Pessoa Segura na Declaração Inicial do Risco

1. Caso se verifiquem omissões ou inexatidões negligentes na Declaração Inicial do Risco efectuada pelo Tomador do Seguro / Pessoa Segura nos termos previstos no n.º 1 da Cláusula 5.ª, o Segurador pode:
 - a. Propor uma alteração ao contrato, fixando um prazo, não inferior a catorze (14) dias para o Tomador do Seguro / Pessoa Segura se pronunciar;
 - b. Anular o contrato, caso se comprove que o Segurador em caso algum teria celebrado o contrato se tivesse conhecido o facto omitido ou declarado inexatamente.
2. De acordo com o definido no no anterior, o contrato cessa os seus efeitos, vinte (20) dias após o envio da proposta de alteração por parte do Segurador, se o Tomador do Seguro / Pessoa Segura não concordarem com a mesma, ou trinta (30) dias após o envio da declaração de cessação prevista na alínea b).
3. Ocorrendo a cessação do contrato, o prémio é devolvido tendo em conta o período de tempo ainda não decorrido até à data de vencimento, salvo quando tenha havido pagamento de prestações decorrente de sinistro pelo Segurador.
4. Em caso de sinistro ocorrido antes da cessação ou da alteração do contrato, cuja verificação ou consequências tenham sido influenciadas por facto relativamente ao qual tenha havido omissão ou inexatidão negligente, o Segurador:
 - a. Garante o sinistro na proporção da diferença entre o prémio pago e o prémio que seria devido, caso, aquando da celebração do contrato, tivesse conhecimento do facto omitido ou declarado inexatamente;
 - b. Não garante o sinistro, demonstrando que em caso algum teria celebrado o contrato se tivesse conhecido o facto omitido ou declarado inexatamente.

Cláusula 10.ª - Inclusão / Exclusão ou Transferências de Pessoas Seguras

1. Sem prejuízo do disposto no n.º seguinte, o Tomador do Seguro pode, durante a vigência do contrato, pedir a **inclusão das pessoas que fazem parte do agregado familiar**, podendo ser necessário responder a um questionário clínico, que ficará anexo ao contrato caso a inclusão da Pessoa Segura seja aceite pelo Segurador. O início das garantias para as Pessoas Seguras que durante a vigência do contrato solicitem a sua inclusão no contrato fica, salvo na situação prevista no no seguinte, sujeito aos períodos de carências previstos na Cláusula 3ª.

2. Quando a totalidade do agregado familiar já se encontrar incluída no seguro e desde que o respetivo **contrato esteja em vigor no Segurador há mais de um ano, a inclusão de recém-nascidos será automaticamente aceite** sem preenchimento de questionário clínico, nem aplicação de períodos de carência, **desde que a respetiva inclusão seja comunicada até trinta (30) dias após a data de nascimento.**

Se o pedido de inclusão for feito para além dos trinta (30) dias acima referidos, o Tomador do Seguro deverá responder a um questionário clínico em relação ao recém-nascido, aplicando-se ainda em relação ao mesmo, os períodos de carência, conforme previsto no no anterior.

3. Durante a vigência do contrato, o Tomador do Seguro pode pedir, por escrito, **a exclusão de uma Pessoa Segura** do agregado familiar. A exclusão só produzirá efeito na data de renovação do contrato, exceto nos casos de morte da Pessoa Segura, situação em que o Segurador devolverá o prémio relativo ao período já pago e ainda não decorrido.
4. Os filhos do Tomador do Seguro, que deixem de se enquadrar na definição de Agregado Familiar conforme estabelecido na Cláusula 14.ª, podem, no prazo de trinta (30) dias após a cessação das garantias, subscrever um novo contrato de seguro de saúde sem necessidade de resposta a novo questionário clínico, não se aplicando os períodos de carência (caso já tenham respondido anteriormente).

Capítulo III

Duração do contrato

Cláusula 11.ª - 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 (1) ano, a continuar pelos seguintes.
3. Quando o contrato for celebrado por um (1) ano a continuar pelos seguintes, considera-se sucessivamente renovado por períodos anuais, salvo se previamente à data de vencimento, qualquer das partes manifeste a vontade de lhe por fim, conforme previsto na Cláusula 12.a.

Cláusula 12.ª - Denúncia do Contrato

1. Nos contratos celebrados por anos e seguintes, a denúncia equivale à sua não renovação.
2. O Segurador ou o Tomador do Seguro, mediante comunicação escrita à outra parte com trinta (30) dias de antecedência em relação à data de efeito, poderão denunciar o contrato na data do seu vencimento.

Cláusula 13.ª - Resolução do Contrato

1. O presente contrato de seguro pode ser resolvido por qualquer das partes a todo o tempo, havendo justa causa para o efeito, nos termos gerais.

2. Constitui justa causa, nomeadamente:

a. Em relação ao Tomador do Seguro:

- O incumprimento das obrigações contratuais a cargo do Segurador essenciais à manutenção do contrato nos termos em que ele foi aceite.

b. Em relação ao Segurador:

- A falta de pagamento do prémio, conforme previsto na Cláusula 19ª;
- A burla ou tentativa de burla do Tomador do Seguro e/ou da Pessoa Segura;
- A omissão ou inexactidão dolosa ou negligente do Tomador do Seguro e/ou Pessoa Segura na declaração inicial do risco;
- O incumprimento das obrigações contratuais a cargo do Tomador do Seguro e/ou da Pessoa Segura essenciais à manutenção do contrato nos termos em que ele foi aceite.

3. O prémio a devolver em caso de resolução será sempre calculado tendo em consideração o período de tempo ainda não decorrido até à data de vencimento, salvo quando tenha havido pagamento de prestação decorrente de sinistro pelo Segurador.

4. Salvo nos casos previstos na lei ou expressamente referidos no contrato, a resolução do contrato produz os seus efeitos às 24 horas do 30º dia a contar da receção da respetiva comunicação.

Cláusula 14.ª - Caducidade das Garantias

As garantias conferidas por este seguro caducam, para além dos casos previstos na Lei, no final da anuidade em que a Pessoa Segura complete a idade prevista nas Condições Particulares (no caso do Tomador do Seguro e seu cônjuge) e, para os seus descendentes, no final daquela em que percam a qualidade de membro do Agregado Familiar, conforme definido na alínea f) da Cláusula 1.ª.

Cláusula 15.ª - Efeitos da Cessação das Garantias

- 1. Em caso de não renovação do contrato ou da garantia e não estando o risco coberto por um contrato de seguro posterior, o Segurador garante, até que se esgote o capital seguro ainda disponível relativo ao último período de vigência do contrato, as prestações contratualmente devidas em consequência de Doenças Manifestadas durante o período de vigência da Apólice ou outros factos ocorridos na vigência da apólice, desde que cobertos pelo seguro.**
- 2. A obrigação prevista no no anterior, sem prejuízo das regras sobre participação de sinistros previstas na apólice, apenas se verifica em relação a doenças manifestadas e outros factos ocorridos cobertos pela apólice, desde que participados ao Segurador até trinta (30) dias após o termo de vigência do contrato, salvo justo impedimento.**
- 3. A obrigação do Segurador a que se reporta a presente Cláusula cessa, em qualquer caso, decorridos que sejam dois (2) anos sobre a data do termo de vigência do contrato.**

Cláusula 16.ª - Livre Resolução

- 1. O Tomador do Seguro que seja Pessoa Singular tem o direito de resolver livremente o contrato celebrado à distância, sem necessidade de indicação do motivo e sem que haja lugar a qualquer penalização ou pedido de indemnização por parte do Segurador.**

2. O prazo para o exercício do direito de livre resolução é de trinta (30) dias contados a partir da data da celebração do contrato ou da data da receção pelo Tomador do Seguro das Condições Particulares da Apólice, se esta for posterior.
3. O não exercício da livre resolução no prazo acima referido determina a caducidade do direito.
4. Querendo exercer o seu direito de livre resolução do contrato, o Tomador do Seguro deverá notificar o Segurador de tal facto, através de correio registado para a seguinte morada: Apartado 2310, EC T. Paço (Lisboa), 1108-001 Lisboa, ou por qualquer outro meio do qual fique registo escrito ou seja suscetível de prova, nomeadamente envio de fax para o n.º 213 584 214, ou de email para cliente@logo.pt, com a indicação dos seguintes dados: Número da Apólice, Nome do Tomador e cópia do respetivo Bilhete de Identidade / Cartão de Cidadão.
5. O exercício do direito de livre resolução extingue as obrigações e direitos decorrentes do contrato com efeitos:
 - a. a partir da data de celebração do contrato, nos casos em que se estipule que este só produzirá efeitos após o decurso do prazo de livre resolução;
 - b. a partir da data de receção da notificação da livre resolução caso o Tomador do Seguro tenha pedido o início da execução do contrato antes do termo do prazo de livre resolução.
6. Quando a livre resolução ocorrer previamente à data de produção de efeitos do contrato, o Segurador, na eventualidade de já ter recebido quaisquer quantias a título de prémio por parte do Tomador do Seguro, fica obrigada a restituí-las no prazo de trinta (30) dias contados a partir da receção da notificação da livre resolução.
7. Quando o direito à livre resolução for exercido por parte do Tomador do Seguro em data posterior à do início da produção de efeitos do contrato, ao Segurador assiste o direito de proceder à cobrança do prémio relativo ao período em que o contrato produziu efeitos.

Capítulo IV

Valor seguro, pagamento dos prémios e falta de pagamento de prémios

Cláusula 17.ª - Valor Seguro

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

Cláusula 18.ª - 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 fração inicial, sendo o mesmo devido na data de celebração do contrato.
2. O prémio correspondente a cada período de duração do contrato é devido por inteiro, sem prejuízo de poder ser fracionado para efeitos de pagamento, desde que acordado e expressamente previsto nas Condições Particulares.

3. Os prêmios ou frações subsequentes são devidos nas datas definidas na apólice, e, quando seja o caso, a parte do prêmio de montante variável relativa a acerto de valor ou a parte do prêmio correspondente a alterações ao contrato são devidas nas datas indicadas nos respectivos avisos, nos termos definidos nos seguintes.
4. O Segurador avisará, por escrito e com uma antecedência mínima de trinta (30) dias em relação à data em que o prêmio ou fração subsequente é devido, o Tomador do Seguro, indicando a data do pagamento, o valor a pagar, a forma de pagamento, bem como as consequências da falta de pagamento do prêmio ou fração.
5. Quando, por acordo, o pagamento do prêmio for objeto de fracionamento por prazo inferior ao trimestre, não haverá lugar ao envio de qualquer aviso de cobrança, ficando neste caso indicado, nas Condições Particulares do contrato, quais as datas em que são devidas cada uma das frações, os valores a pagar, bem como as consequências da falta de pagamento de qualquer fração.
6. Quando se verifique acerto de vencimento de contratos de ano e seguintes, o prêmio correspondente ao no de dias que excede um (1) ano será calculado tendo em consideração a proporção deste período em relação ao prêmio anual.

Cláusula 19.ª - Falta de Pagamento de Prêmios

1. Quando o prêmio ou fração inicial não for pago pelo Tomador do Seguro, o contrato não produzirá quaisquer efeitos.
2. Quando o pagamento do prêmio for fracionado, a falta de pagamento de qualquer fração subsequente no decurso de uma anuidade determina a resolução automática e imediata do contrato às 24 horas da data em que o pagamento dessa fração era devido.
3. Quando se verificar a falta de pagamento do prêmio de anuidades subsequentes, ou da primeira fração 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.
4. Quando se verificar falta de pagamento do prêmio adicional correspondente a uma alteração do contrato, a alteração não produzirá efeitos, subsistindo o contrato com âmbito e nas condições que vigoravam antes da pretendida alteração, a menos que a subsistência do contrato se revele impossível, caso em que o contrato se considera resolvido na data do vencimento do prêmio não pago.

Cláusula 20.ª – Atualização do Prémio

1. De acordo com a evolução dos custos e quantidade de atos médicos indemnizados ao abrigo dos seguros de saúde, o prêmio poderá ser atualizado, anualmente, na data de vencimento do contrato mediante aviso prévio ao Tomador do Seguro com uma antecedência mínima de trinta (30) dias.
2. Sem prejuízo do disposto no anterior, o prêmio será igualmente atualizado sempre que as Pessoas Seguras transitarem para o escalão etário imediatamente a seguir em relação aquele em que se encontravam.
3. A alteração do escalão etário pode também ter implicações nas garantias conforme previsto nas Condições Especiais e Particulares.

4. Os escalões etários a considerar, para efeitos dos nos anteriores, serão os previstos nas Condições Particulares da Apólice.

Capítulo V

Direitos e obrigações das partes

Cláusula 21.ª - Obrigações do Tomador do 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 do Seguro e/ou a Pessoa Segura obrigam-se a:**
 - Selecionar um prestador da Rede de Prestadores indicada pelo Segurador;
 - Apresentar o seu número de saúde (a sua identificação) quando receberem serviços clínicos no prestador;
 - Pagar ao prestador a parte da despesa que fica a seu cargo, conforme definido nas Condições Particulares.
2. Para além das obrigações acima referidas, o Tomador do Seguro e/ou a Pessoa Segura deverão igualmente em caso de sinistro:
 - a. Informar com verdade o Administrador ou o Segurador 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 Segurador ou pelo Administrador caso estes o considerem necessário;
 - d. Autorizar os médicos ou hospitais a que tenham recorrido a facultar aos serviços clínicos do Segurador ou do Administrador, os relatórios clínicos e quaisquer outros documentos que estes tenham por conveniente para documentar o processo.
3. As Pessoas Seguras deverão igualmente, conforme previsto nas respetivas Condições Especiais, solicitar a pré-autorização aos serviços clínicos do Segurador ou do Administrador, sempre que estiver em causa a realização de:
 - Despesas garantidas ao abrigo da Condição Especial de "Internamento", quando contratada, se motivadas por acidente ou doença;
 - Despesas com tratamento de fisioterapia, cinesioterapia e de terapia da fala garantidas ao abrigo da Condição Especial "Consultas", quando contratada.

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.

O Segurador ou o Administrador informará as Pessoas Seguras 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 atos médicos em causa, seja previsível que o valor da despesa exceda o capital seguro disponível para o efeito, o Segurador e ou o Administrador poderá solicitar à Pessoa Segura a prestação de garantias que assegurem a restituição do valor adiantado pelo Segurador mas não garantido ao abrigo da apólice.
5. O Tomador do Seguro e/ou a Pessoa Segura obrigam-se a tomar todas as providências para evitar ou, pelo menos, diminuir o agravamento das consequências do acidente ou da doença.
6. O Tomador do Seguro e/ou as Pessoas Seguras responderão por perdas e danos caso não sejam seguidos os procedimentos previstos nos anteriores.
7. O Tomador do Seguro e /ou as Pessoas Seguras autorizam o Segurador a ceder ao Administrador e à Europ Assistance toda a informação confidencial sobre este contrato.

Cláusula 22.ª – Regularização de Sinistros

O Segurador obriga-se a proceder com diligência e prontidão a todas as averiguações indispensáveis para a correta regularização dos sinistros.

Capítulo VI

Disposições finais

Cláusula 23.ª - Complementaridade

No caso de haver complementaridade entre esta Apólice e outros esquemas de proteção, o total das participações pagas por outras entidades / instituições e pelo Segurador não poderá em caso algum ser superior ao valor real das despesas efetuadas pelo Tomador do Seguro e/ou Pessoa Segura, exceto no caso da Condição Especial “Internamento com opção Consultas”.

Cláusula 24.ª - Âmbito Territorial

1. O contrato é válido em Portugal.
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 noventa (90) dias;
 - b. Em caso de qualquer tratamento no estrangeiro, desde que uma entidade médica, nomeada pelo Administrador ou pelo Segurador, reconheça a impossibilidade de se efetuar o tratamento em causa, em território nacional.

Cláusula 25.ª - Comunicações e Notificações entre as Partes

1. As comunicações ou notificações previstas nesta Apólice devem revestir forma escrita ou ser prestadas por outro meio de que fique registo duradouro, para a última morada ou endereço de correio eletrónico do Tomador do Seguro constante no contrato ou para a sede social do Segurador.

2. Qualquer alteração à morada ou sede do Tomador do Seguro deverá ser comunicada ao Segurador, nos trinta (30) dias subsequentes à data em que se verifique, sob pena de as comunicações ou notificações que o Segurador venha a efetuar para a morada desatualizada se terem por válidas e eficazes, o mesmo acontecendo com o seu endereço de correio eletrónico.

Cláusula 26.ª - Subrogação

O Segurador, uma vez paga a indemnização, fica sub-rogado nos direitos da Pessoa Segura contra terceiros responsáveis pelo sinistro, até à concorrência da quantia indemnizada, abstendo-se a mesma de praticar quaisquer atos ou omissões que possam prejudicar a subrogação, sob pena de responder por perdas e danos.

Cláusula 27.ª - Lei aplicável, reclamações e arbitragem

1. A lei aplicável a este contrato é a lei portuguesa.
2. Podem ser apresentadas reclamações no âmbito do presente contrato na sede do Segurador ou através do sítio na internet logo.pt, bem como junto da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões (www.asf.com.pt/).
3. Nos litígios surgidos ao abrigo deste contrato pode haver recurso à arbitragem, a efetuar nos termos da lei.

Cláusula 28.ª - Foro

O foro competente para dirimir os litígios emergentes deste contrato é o fixado na lei civil.



**Simples.
Rápido.
Feito.**