

CONTRACTO COLECTIVO DE SAÚDE CONDIÇÕES GERAIS E ESPECIAIS

CONDIÇÕES GERAIS: CG_AFC_13

ARTIGO PRELIMINAR

Entre a MGEN, Mutuelle Générale de l'Education Nationale, Mútua subordinada ao disposto no Livro II do Código da Mutualidade Francês, registada sob o nº 775 685 399, com sede no nº 3 da Square Max Himans, 75748 Paris 15, adiante designada somente por MGEN e o Tomador do Seguro, estabelece-se o presente Contrato de Seguro regulado pelas Condições Gerais, Especiais, e Particulares constantes da presente Apólice, e de acordo com as declarações constantes da Proposta e restante documentação que lhe serviu de base e da qual faz parte integrante.

Pertence à ACP-Autorité de Contrôle Prudentiel (França) sediada no nº 61 da Rue Talbot, 75436 Paris Cedex 09, o controle da actividade da MGEN.

CAPÍTULO I - DEFINIÇÕES, OBJECTO, GARANTIA E EXCLUSÕES

ARTIGO 1º - DEFINIÇÕES

Para efeitos do disposto no presente Contrato entende-se por:

- a) SEGURADORA: Mutuelle Générale de l'Education Nationale, adiante designada somente por MGEN;
- b) AVANCECARE: Empresa prestadora de serviços e gestora de sinistros que, por conta da MGEN, organiza a Rede de Prestadores, procede à gestão das prestações devidas pelo contrato e articula o pagamento directo das despesas médicas, quer aos prestadores convencionados, nomeadamente médicos, hospitais, centros de diagnósticos, quer às Pessoas Seguras;
- c) IMA IBÉRICA (PRESTIMA, SL - SUCURSAL EM PORTUGAL - Serviço de Assistência): Entidade que organiza e presta por conta da MGEN, em Regime de Prestação Directa e a favor das Pessoas Seguras, as prestações de serviços de assistência médica nacional previstos nas Condições Especiais.
- d) EUROPAMUT: Entidade que, por conta da MGEN, procede à gestão das Adesões e dos Prémios;
- e) TOMADOR DO SEGURO: Entidade, pessoa individual ou moral que subscreve o presente Contrato, por conta das pessoas físicas seus membros ou assalariados, e é responsável pelo pagamento do prémio;
- f) ADERENTE: Pessoa Singular, identificada nas condições Particulares, em cujo nome são processadas as indemnizações.
- g) PESSOA SEGURA / BENEFICIÁRIO: Pessoa singular, Aderente ou Membro do seu Agregado Familiar, identificada nas Condições Particulares cuja saúde ou integridade física se segura através do presente Contrato;
- h) AGREGADO FAMILIAR: Conjunto de pessoas constituído pela Pessoa Segura, o seu cônjuge ou pessoa que com ele viva em união de facto, seus ascendentes e descendentes solteiros (incluindo adoptados, tutelados e curatelados), desde que sejam estudantes ou que dependam economicamente do Aderente (coabitando ou não);
- i) ACIDENTE: O acontecimento fortuito, súbito e anormal, devido a causa exterior e estranha à vontade da Pessoa Segura e que nesta origine lesões corporais que possam ser clínica e objectivamente constatadas;
- j) SINISTRO: Evento ou série de eventos susceptível de fazer funcionar as garantias da apólice;
- k) DOENÇA: Toda e qualquer alteração involuntária do estado de saúde, não causada por acidente e susceptível de constatação médica objectiva;
- l) ACIDENTE / DOENÇA PRÉ-EXISTENTE: Efeitos de acidentes ocorridos ou quaisquer doenças manifestadas antes da data de celebração do contrato e dos quais a Pessoa Segura ainda é portadora à data de início do mesmo;
- m) GRAVIDEZ PRÉ-EXISTENTE: Gravidez manifestada ou que tenha dado origem a qualquer tratamento médico antes da data de celebração do contrato;
- n) DOENÇA MANIFESTADA: Doença que se haja revelado, tenha sido objecto de um diagnóstico inequívoco e/ou dado lugar ao respectivo tratamento;
- o) DOENÇA SÚBITA: Toda e qualquer doença que requeira tratamento de urgência em hospital, quer em regime de internamento, quer em regime ambulatorio;
- p) PRESTAÇÕES CONVENCIONADAS: Despesas médicas efectuadas pelas Pessoas Seguras na Rede de Prestadores previamente indicada, sendo a comparticipação a cargo da MGEN paga directamente aos prestadores;
- q) PRESTAÇÕES INDEMNIZATÓRIAS: Despesas médicas efectuadas pelas Pessoas Seguras fora da Rede de

- Prestadores e que dão origem a um reembolso directo da MGEN às Pessoas Seguras de acordo com a percentagem estipulada nas Condições Particulares;
- r) **DESPEZA MÉDICA:** Despesa realizada pela Pessoa Segura para aquisição de Serviços Clinicamente necessários, desde que prescritos ou realizados por médico;
 - s) **SERVIÇOS CLINICAMENTE NECESSÁRIOS:** Bens, serviços ou cuidados de saúde aprovados directamente pela MGEN ou por intermédio da AdvanceCare, desde que sejam:
 - a. Necessários para tratamento de doença ou de lesão resultante de acidente das Pessoas Seguras;
 - b. Adequados à situação diagnosticada;
 - c. Prestados da forma mais eficiente em termos de custo e mais adequada ao tipo de serviço a prestar;
 - d. De reconhecida validade clínica;
 - t) **PRÉ-AUTORIZAÇÃO:** Aprovação dada pelos serviços clínicos da AdvanceCare ou da MGEN, quando exigível nos termos da apólice, que permite às Pessoas Seguras o acesso aos cuidados de saúde garantidos pelo presente Contrato;
 - u) **REDE DE PRESTADORES:** Conjunto de prestadores de cuidados de saúde, nomeadamente médicos, hospitais, clínicas, centros de diagnósticos e outras unidades de saúde com as quais a MGEN e/ ou a AdvanceCare 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;
 - v) **MÉDICO:** O licenciado por Faculdade de Medicina ou de Medicina Dentária, legalmente autorizado a exercer a profissão no respectivo país e cuja especialidade e inscrição sejam reconhecidas pela Ordem dos Médicos, pela Ordem dos Médicos Dentistas ou por entidades congêneres dos países onde exerçam a sua actividade.
 - w) **ACTO MÉDICO:** Acto realizado por médico legalmente habilitado pela respectiva Ordem, que integra a promoção da saúde, a prevenção e o tratamento da doença, a reabilitação das pessoas que se sujeitam à sua intervenção, podendo determinar procedimentos complementares realizados por outros profissionais de saúde.
 - x) **HOSPITAL OU CLÍNICA:** Estabelecimento legalmente reconhecido onde são prestados serviços permanentes de saúde às Pessoas Seguras, por médicos e enfermeiros diplomados, ou outros profissionais de saúde não sendo, para efeitos deste contrato, considerados como tal, sanatórios, casas de repouso, centros de toxicoddependência e alcoólicos, termas e outros estabelecimentos similares;
 - y) **INTERNAMENTO:** Período superior a 24 horas durante o qual a Pessoa Segura se encontra numa unidade hospitalar;
 - z) **CARTÃO DE SAÚDE:** Cartão pessoal e intransmissível que identifica a Pessoa Segura e permite o seu acesso aos cuidados de saúde no âmbito da Rede de Prestadores;
 - aa) **CONTRATO DE SEGURO:** Documento que regula o contrato celebrado entre o tomador do seguro e o segurador. Deste documento fazem parte integrante as Condições Gerais, Especiais e Particulares, bem como as Actas Adicionais, que durante a vigência do contrato venham a ser emitidas.
 - bb) **CONDIÇÕES GERAIS:** Conjunto de cláusulas que definem e regulamentam obrigações genéricas e comuns inerentes ao contrato de seguro;
 - cc) **CONDIÇÕES ESPECIAIS:** Cláusulas que completam e especificam as Condições Gerais, de aplicação generalizada a determinadas coberturas quando contratadas;
 - dd) **CONDIÇÕES PARTICULARES:** Documento onde se encontram os elementos específicos e individuais de cada contrato, que o distinguem de todos os outros;
 - ee) **ACTA ADICIONAL:** Documento que titula uma alteração da apólice;
 - ff) **PERÍODO DE CARÊNCIA:** Período durante o qual as coberturas do contrato de seguro não se aplicam;
 - gg) **COMPARTICIPAÇÃO:** Percentagem ou valor máximo de despesas médicas garantidas por este Contrato que fica a cargo da MGEN;
 - hh) **CO-PAGAMENTO:** Valor que fica a cargo da Pessoa Segura por cada acto ou conjunto de actos médicos;
 - ii) **FRANQUIA:** Importância que, em caso de sinistro, fica a cargo da Pessoa Segura, e cujo montante está estipulado nas Condições Particulares;
 - jj) **PRÉMIO:** Valor pago pelo Tomador do Seguro à MGEN como contra- partida pelas coberturas contratadas no âmbito do contrato de seguro.

ARTIGO 2º - OBJECTO DO CONTRATO E ÂMBITO DAS GARANTIAS

1. O presente Contrato garante, de acordo com o disposto nas presentes Condições Gerais, Condições Especiais contratadas e até aos limites estabelecidos nas Condições Particulares do Contrato de Seguro, o pagamento às Pessoas Seguras de prestações convencionadas ou indemnizatórias em consequência de doença, ou acidente (ocorrido na vigência do presente contrato).
2. Para o disposto no n.º 1 considera-se que o presente contrato funciona sempre e apenas como complemento a um

subsistema de saúde (ADSE ou outro subsistema equivalente), ou ao Serviço Nacional de Saúde no caso dos Medicamentos, salvo outra disposição expressamente incluída nas condições Particulares do contrato.

3. A Assistência Médica ao Domicílio pode igualmente ser garantida de acordo com as condições previstas na Condição especial respectiva, desde que a mesma esteja expressamente incluída nas condições Particulares do contrato.
4. 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.
5. Fica no entanto garantido o pagamento das respectivas taxas moderadoras.

ARTIGO 3º - CONDIÇÕES DE ADESÃO

1. Poderão aderir a este contrato unicamente as pessoas que sejam beneficiárias de um subsistema de saúde (ADSE ou qualquer outro subsistema de saúde que lhe seja equiparável).
2. Poderão também ser Beneficiários do Contrato todos os membros do agregado Familiar do Aderente, desde que sejam também Beneficiários do mesmo subsistema ou outro que lhe seja equiparável.
3. As Pessoas Seguras/Beneficiários considerar-se-ão aceites, depois de cumpridas as formalidades definidas pela MGEN, e conforme os critérios de subscrição a todo o momento em vigor. A formalização dessa aceitação será feita através do envio do Cartão de Saúde.
 - a) No caso de Contrato Colectivo (Grupo Fechado para Empresas e Entidades Associativas) poderão ser considerados Beneficiários/Pessoas Seguras: todos os Colaboradores, Associados e seus respectivos Agregados Familiares, desde que previamente incluídos no contrato de seguro.
 - b) No caso de Contrato de Grupo com adesão facultativa ou Grupo Aberto: poderão ser considerados Beneficiários/Pessoas Seguras, o Aderente e membros do seu Agregado Familiar, desde que previamente incluídos no contrato de seguro.
4. Quando, por qualquer motivo, o Beneficiário deixar de ter direito às prestações do subsistema em que tenha estado englobado, cessam automaticamente as coberturas do contrato.
5. No caso de Seguro incluindo o Agregado Familiar, todos os Beneficiários terão de ser admitidos na Apólice dentro do prazo de sessenta (60) dias a partir da adesão do Aderente/Tomador de Seguro. Findo esse prazo a sua admissão deverá ser expressamente autorizada pela MGEN.
6. Em Nota Informativa estabelecida pela MGEN serão definidas as garantias e modalidades de adesão, bem como as formalidades a cumprir em caso de sinistro. Esta Nota Informativa deve ser entregue ao Tomador do Seguro no acto da recepção do pedido de adesão. A prova da sua entrega é da responsabilidade da MGEN.

ARTIGO 4º - PERÍODO DE CARÊNCIA E ENTRADA EM VIGOR DAS GARANTIAS

1. **Salvo disposição em contrário e expressamente referida nas Condições Particulares, a entrada em vigor das garantias deste contrato, em relação a cada uma das pessoas seguras, verificar-se-á, em caso de doença, depois de decorrido o período de carência estabelecido para cada uma das despesas ou actos médicos cobertos, a seguir referidos:**
 - a) **O período de carência para qualquer acto médico praticado em consequência de uma doença ou no âmbito da garantia de parto é de noventa (90) dias, com excepção das situações previstas a seguir.**
 - b) **O período de carência é alargado para trezentos (360) dias em caso de intervenção cirúrgica a úlcera gastroduodenal, litotricia renal e vesicular, intervenção cirúrgica do foro ginecológica por patologia benigna, hemorroidectomia, mastectomia por patologia benigna, tiroidectomia por patologia benigna e colecistectomia, operação aos ouvidos, nariz ou garganta, operação ao joelho, uvupalatoplastia (patologia do sono), extracção de nervos, sinais, quistos ou verrugas dermatológicas, cirurgias oftalmológicas, intervenção cirúrgica às hérnias, doença grave ou doença pré-existente.**
2. **Consideram-se como doenças graves as doenças que impliquem o Tratamento de Cancro, Neurocirurgia, Cirurgia By-Pass das Artérias Coronárias, Substituição de Válvulas e Transplante de Órgãos.**
3. **Não haverá lugar à aplicação de qualquer período de carência em caso de acidente que requeira tratamento de urgência em hospital, quer em regime de internamento, quer em regime ambulatorio.**
4. **Para efeito do acima disposto, considera-se tratamento de urgência aquele que deva ser efectuado no prazo máximo de 48 horas após o sinistro.**
5. **O período de carência começa a contar a partir da data de efeito da adesão de cada um dos Beneficiários, salvo acordo em contrário.**

6. Toda e qualquer interrupção de pagamento atempado de prémios obriga à interrupção do período de carência com a mesma duração.
7. Quando, a pedido do Tomador do Seguro, se verificar a ampliação de coberturas ou de capital seguro, respeitar-se-á o período de carência na quota-parte do capital e coberturas alteradas.

ARTIGO 5º EXCLUSÕES

Não serão reembolsadas as despesas que não tenham sido previamente comparticipadas, ou tenham sido recusadas, por um subsistema de saúde (ADSE ou outro subsistema equivalente), ou pelo Serviço Nacional de Saúde no caso dos medicamentos.

Ficam excluídos do presente Contrato de Seguro:

- a) Todos os actos médicos praticados em consequência de uma alteração, ou agravamento no estado de saúde do Beneficiário, que tenha sido dolosamente provocado por este;
- b) As perturbações provocadas pelo consumo excessivo de álcool, uso de estupefacientes e narcóticos quando não prescritos por receita médica;
- c) As perturbações psíquicas e doenças crónicas na medida em que estas impliquem uma hospitalização ou tratamento no domicílio com assistência de uma terceira pessoa em consequência de um estado de dependência.
- d) Despesas feitas durante curas de repouso, casas de repouso, lares de terceira idade e outros estabelecimentos similares, bem como os respectivos tratamentos. São também excluídas as despesas relativas a um estado de dependência;
- e) Os tratamentos não reconhecidos oficialmente pela Ordem dos Médicos;
- f) Consultas e/ou tratamentos de infertilidade ou qualquer método de fecundação artificial;
- g) As despesas, tratamentos e actos médicos que não se encontram ao abrigo da definição de serviços clinicamente necessários, nomeadamente tratamentos experimentais ou que necessitem de comprovação da validade clínica ou realizados no âmbito de projetos de investigação;
- h) As consultas, tratamentos ou cirurgia estética ou plástica excepto se, em consequência doença maligna, ou acidente ocorrido na vigência do presente contrato, forem considerados clinicamente necessários pelo médico para a sobrevivência e garantia da saúde da pessoa segura;
- i) Tratamentos, ou cirurgia estética/reconstrutiva, decorrentes ou subsequentes das cirurgias de obesidade mórbida;
- j) Tratamentos de rejuvenescimento e/ou emagrecimento;
- k) Transplante de órgãos e tecidos e suas implicações;
- l) Doenças profissionais e Acidentes de Trabalho, bem como os acidentes e doenças cobertas por seguros obrigatórios;
- m) Prática profissional de desporto;
- n) Prática de desportos e actividades perigosas tais como: Pára-queda, Tauromaquia, Boxe, Luta livre, karaté e outras artes marciais, Alpinismo e montanhismo, Espeleologia, Caça, Desportos de inverno, Competições desportivas com veículos com ou sem motor;
- o) Actos de guerra, declarada ou não, intervenção em actos criminosos, intervenção em rixas, salvo em caso de legítima defesa própria ou alheia, de bens e pessoas;
- p) Todas as despesas apresentadas quando o valor máximo da garantia for atingido ou ultrapassado;
- q) Todas as despesas não devidamente documentadas pelos recibos originais ou cópias certificadas;
- r) As prestações de dependência e de acção social cobertas pelo subsistema;
- s) Todas as consultas e exames médicos que sejam considerados benefício social ao abrigo do contrato laboral de cada trabalhador;
- t) Todas as despesas em caso de falsas declarações ou omissões do Tomador do Seguro, na declaração inicial do risco, conforme o artigo 9º das presentes Condições Gerais.

CAPTITULO II - FORMAÇÃO DO CONTRATO E SUAS ALTERAÇÕES

ARTIGO 6º - FORMAÇÃO DO CONTRATO

1. O presente Contrato baseia-se nas declarações constantes da respectiva Proposta, bem como nos Boletins de Adesão, nas quais devem mencionar-se, com inteira veracidade, todos os factos ou circunstâncias que permitam a exacta apreciação do risco ou possam influir na aceitação do referido contrato ou na correcta determinação do

premio aplicável, mesmo as circunstâncias cuja declaração não seja expressamente solicitada em questionário eventualmente fornecido para o efeito pela MGEN, sob pena de incorrer nas consequências previstas nos artigos 9º e 10º.

2. Com excepção das situações em que a MGEN manifeste a necessidade de recolher informação adicional, o contrato considera-se celebrado nos termos propostos a partir das zero horas do dia 1 do mês seguinte ao da aceitação da Proposta pela MGEN.

ARTIGO 7º - EFEITOS DO CONTRATO

Sem prejuízo do disposto no artigo anterior, o presente Contrato e respectivas coberturas apenas produzirão efeitos a partir do momento em que o respectivo prémio ou fracção inicial sejam pagos pelo Tomador do Seguro.

ARTIGO 8.º - CONSOLIDAÇÃO DO CONTRATO

1. Passados trinta (30) dias após a entrega do contrato de seguro por parte da MGEN ocorre a consolidação do contrato, não podendo o Tomador do Seguro, após essa data, invocar qualquer desconformidade entre o acordado e o conteúdo do contrato de seguro que não resulte de documento escrito ou de outro suporte duradouro prévio.
2. Nos casos em que o Sindicato ou Associação signatária do Protocolo que regula este contrato, não confirme a qualidade de membro do Aderente ao contrato, este será anulado através do envio de comunicação da MGEN, para o efeito, ao Tomador do seguro, no prazo de três meses a contar da data em que tenha tido conhecimento desse facto.

ARTIGO 9º - OMISSÕES OU INEXACTIDÕES DOLOSAS DO TOMADOR DO SEGURO / PESSOA SEGURA NA DECLARAÇÃO INICIAL DO RISCO

1. Caso se verifiquem omissões ou inexactidões dolosas na Declaração Inicial do Risco nos termos previstos no número 1 do artigo 6º, o contrato é anulado pela MGEN mediante o envio de declaração nesse sentido ao Tomador do Seguro, no prazo de três meses a contar do conhecimento do incumprimento.
2. Caso ocorram sinistros, quer antes da MGEN ter tido conhecimento do incumprimento doloso, quer ainda no prazo referido no número anterior, os mesmos não ficam cobertos pelo contrato.
3. Sem prejuízo do disposto nos números anteriores, a MGEN tem direito ao prémio devido até ao final do prazo referido no n.º 1, ou, nos casos em que o dolo do Tomador do Seguro/Pessoa Segura tenha o propósito de obter uma vantagem, até ao termo do contrato.

ARTIGO 10º - OMISSÕES OU INEXACTIDÕES NEGLIGENTES DO TOMADOR DO SEGURO / PESSOA SEGURA NA DECLARAÇÃO INICIAL DO RISCO

1. Caso se verifiquem omissões ou inexactidões negligentes na Declaração Inicial do Risco nos termos previstos no nº 1 do artigo 6º, a MGEN pode, propor uma alteração ao contrato ao Tomador do Seguro, fixando um prazo, não inferior a catorze (14) dias para o Tomador do Seguro se pronunciar;
2. De acordo com o definido no número anterior, o contrato cessa os seus efeitos, vinte (20) dias após o envio da proposta de alteração por parte da MGEN, se o Tomador do Seguro não concordar com a mesma.
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, bem como o capital seguro ainda disponível salvo quando tenha havido pagamento de prestações decorrente de sinistro por parte da MGEN.
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 inexactidão negligente, a MGEN 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 inexactamente;

ARTIGO 11º - INCLUSÃO/EXCLUSÃO OU TRANSFERÊNCIAS DE BENEFICIÁRIOS/PESSOAS SEGURAS

1. Salvo convenção em contrário, qualquer inclusão de Pessoa Segura/Beneficiário verificar-se-á sempre no dia 1 do mês seguinte ao do da recepção do documento de adesão, por parte da MGEN. A excepção ao disposto no parágrafo anterior é a relativa aos recém-nascidos cuja integração no contrato de seguro seja comunicada

- dentro dos sete (7) dias seguintes ao do seu nascimento.
2. O início das garantias para as Pessoas Seguras que durante a vigência do contrato sejam incluídas no contrato fica sujeito aos períodos de carência previstos no artigo 4º, com exceção do caso previsto no ponto seguinte.
 3. Quando a totalidade do agregado familiar já se encontrar incluída no seguro, a inclusão de recém-nascidos é obrigatória e deverá ser comunicada até sessenta (60) dias após a data de nascimento.
Se qualquer pedido de inclusão for feito para além dos sessenta (60) dias acima referidos, a inclusão ficará condicionada à aceitação prévia por parte da MGEN.
 4. Durante a vigência do contrato, o Tomador do Seguro pode pedir, por escrito, a exclusão de uma Pessoa Segura do agregado familiar. A MGEN devolverá o prémio relativo ao período já pago e ainda não decorrido, salvo quando tenha havido pagamento de prestações decorrente de sinistro.
 5. Através da subscrição e adesão a um dos Contratos Colectivos, a todo o momento em vigor para este efeito e conforme as suas condições e tarifas específicas, podem continuar seguros pela MGEN os:
 - a) Antigos Beneficiários reformados, desde que apresentem o seu pedido de adesão no prazo de 60 dias seguintes ao fim do contrato de trabalho.
 - b) Antigos Beneficiários cuja ligação com o Tomador de Seguro seja quebrada, desde que apresentem o seu pedido de adesão dentro dos 60 dias seguintes à quebra do contrato de trabalho.
 - c) Viúvas e órfãos do aderente falecido, desde que apresentem o seu pedido de adesão dentro dos 60 dias seguintes à morte do Aderente.

CAPÍTULO III - DURAÇÃO DO CONTRATO

ARTIGO 12º - INICIO, DURAÇÃO E RENOVAÇÃO DO CONTRATO

1. O contrato de seguro é celebrado por um ano e tomará efeito na data prevista nas Condições Particulares.
2. O contrato será anualmente renovado por igual período, salvo comunicação prévia, por carta registada com aviso de recepção, enviada, com pelo menos, dois meses antes da data de renovação do contrato.
3. O contrato tem o seu início, salvo convenção em contrário, às zero (0) horas do dia 1 do mês seguinte ao da aceitação da Proposta pela MGEN.

ARTIGO 13º - DENÚNCIA DO CONTRATO

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

ARTIGO 14º - LIVRE RESOLUÇÃO

1. O Tomador do Seguro dispõe de um prazo de trinta (30) dias a contar da recepção da apólice para poder resolver o contrato sem invocar justa causa, sem prejuízo do disposto no número seguinte.
2. O prazo previsto no número anterior conta-se a partir da data de celebração do contrato, desde que o Tomador do Seguro, nessa data, disponha em papel ou noutro suporte duradouro, de todas as informações relevantes que tenham de constar da apólice.
3. A resolução do contrato nos termos acima definidos deve ser comunicada à MGEN por escrito, em suporte de papel ou outro meio duradouro disponível e acessível à MGEN.
4. A resolução do contrato nos termos acima definidos, tem efeito retroactivo, tendo porém a MGEN direito a:
 - a) Valor do Prémio relativo ao período de tempo já decorrido, na medida em que tenha suportado o risco;
 - b) Montante das despesas razoáveis que a MGEN tenha efectuado com exames médicos sempre que esses valores sejam imputados contratualmente ao Tomador do Seguro.

ARTIGO 15º - RESOLUÇÃO DO CONTRATO POR JUSTA CAUSA

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:
 - i. O incumprimento das obrigações contratuais a cargo da MGEN essenciais à manutenção do contrato

nos termos em que ele foi aceite;

- b) Em relação à MGEN:
- i. A falta de pagamento do prémio, conforme previsto no artigo 19º;
 - ii. A burla ou tentativa de burla do Tomador do Seguro e/ou da Pessoa Segura;
 - iii. A omissão ou inexactidão dolosa ou negligente do Tomador do Seguro/Pessoa Segura na proposta;
 - iv. 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.
 - v. A denúncia do Protocolo/Acordo estabelecido e regido pelas presentes Condições Gerais e Especiais sob cuja égide foi estabelecido este contrato implica a sua automática resolução.
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 prestações decorrente de sinistro pela MGEN.
 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 recepção da respectiva comunicação.

ARTIGO 16º - CESSAÇÃO DAS GARANTIAS EM RELAÇÃO ÀS PESSOAS SEGURAS

1. O direito às garantias termina:
 - a) Para cada Aderente, à data da verificação do primeiro de um dos acontecimentos seguintes:
 - i. Resolução do contrato colectivo entre o Tomador do seguro e a MGEN.
 - ii. Ruptura do elo entre o Aderente ou Beneficiário e o tomador do Seguro.
 - iii. Não pagamento dos prémios nas condições previstas no art.º 20º “não pagamento de prémios”.
 - iv. Por morte do Aderente
 - b) Para cada Beneficiário
 - i. Na data da cessação das garantias do Aderente
 - ii. No 1º mês do ano durante o qual, o Aderente não corresponda às condições que lhe conferem a qualidade de Beneficiário
2. No caso de quaisquer alterações contratuais aos direitos e obrigações, o Aderente, dispõe de um prazo de 30 dias, a contar da data da sua comunicação, para denunciar a admissão dos seus Beneficiários, em razão dessas alterações.
3. O Tomador do seguro pode igualmente pôr termo à sua adesão através do envio de carta registada enviada para a MGEN com, pelo menos, 60 dias antes do vencimento do contrato.

ARTIGO 17º - EFEITOS DA CESSAÇÃO DAS GARANTIAS

1. Em caso de não renovação do contrato ou da cobertura e não estando o risco coberto por um contrato de seguro posterior, a MGEN garante as prestações contratualmente devidas em consequência de Doenças Manifestadas ou de outros factos ocorridos durante a duração da adesão, desde que abrangidos pelas Garantias seguras.
2. A obrigação prevista no número anterior, sem prejuízo das regras sobre participação de sinistros previstas no contrato de seguro, apenas se verifica em relação a doenças manifestadas e outros factos ocorridos cobertos pelo contrato de seguro, desde que participados à MGEN até trinta (30) dias após o termo de vigência do contrato, salvo justo impedimento.
3. A obrigação da MGEN a que se reporta o presente artigo cessa, em qualquer caso, decorridos que sejam dois (2) anos sobre a data do termo de vigência do contrato.

CAPÍTULO IV - VALOR SEGURO, PAGAMENTO DOS PRÉMIOS E FALTA DE PAGAMENTO DE PRÉMIOS

ARTIGO 18º - VALOR SEGURO

A responsabilidade da MGEN é sempre limitada às importâncias máximas fixadas nas Condições Particulares do Contrato de Seguro.

ARTIGO 19º - PAGAMENTO DOS PRÉMIOS

1. A cobertura dos riscos garantidos através do presente Contrato fica, nos termos definidos na legislação em vigor, dependente do pagamento do prémio ou fracção inicial, sendo o mesmo devido na data de celebração do

contrato.

2. O prémio correspondente a cada período de duração do contrato é devido por inteiro, sem prejuízo de poder ser fraccionado para efeitos de pagamento, desde que acordado e expressamente previsto nas Condições Particulares.
3. Os prémios ou fracções subsequentes são devidos nas datas definidas no contrato de seguro, e, quando seja o caso, a parte do prémio de montante variável relativa a acerto de valor ou a parte do prémio correspondente a alterações ao contrato são devidas nas datas indicadas nos respectivos avisos, nos termos definidos nos números seguintes.
4. A MGEN avisará, por escrito e com uma antecedência mínima de trinta (30) dias em relação à data em que o prémio ou fracção subsequente é devido, o Tomador do Seguro, indicando a data do pagamento, o valor a pagar, a forma de pagamento, bem como as consequências da falta de pagamento do prémio ou fracção.
5. Quando por acordo, o pagamento do prémio for objecto de fraccionamento por prazo igual ou inferior ao trimestre, não haverá lugar ao envio de qualquer aviso de cobrança, ficando neste caso indicadas nas Condições Particulares do contrato as datas em que são devidas cada uma das fracções, os valores a pagar, bem como as consequências da falta de pagamento de qualquer fracção.

ARTIGO 20º - FALTA DE PAGAMENTO DE PRÉMIOS

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

ARTIGO 21º - ACTUALIZAÇÃO DO PRÉMIO

1. De acordo com a evolução dos custos e quantidade de actos médicos indemnizados ao abrigo dos seguros de saúde, o prémio poderá ser actualizado, anualmente, na data de renovação do contrato, mediante aviso prévio ao Tomador do Seguro com uma antecedência mínima de trinta (30) dias.
2. Sem prejuízo do disposto no número anterior, o prémio será igualmente actualizado sempre que as Pessoas Seguras transitarem para o escalão etário imediatamente a seguir em relação aquele em que se encontravam.

CAPÍTULO V - DIREITOS E OBRIGAÇÕES DAS PARTES

ARTIGO 22º - 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:
 - a) Nas Prestações Convencionadas:
 - i. Seleccionar um prestador da Rede de Prestadores indicada pela MGEN;
 - ii. Apresentar o seu cartão de saúde quando receberem serviços clínicos no prestador;
 - iii. Pagar ao prestador a parte da despesa que fica a seu cargo, conforme definido nas Condições Particulares;
 - b) Nas Prestações Indemnizatórias:
 - i. Apresentar as despesas ao subsistema de saúde (ADSE ou outro subsistema equivalente) de acordo com as regras específicas em vigor para esse subsistema, considerando que o presente contrato funciona em regime de complementaridade;
 - ii. Para o reembolso de despesas após participação do subsistema (ADSE ou equivalente),

- apresentar o impresso de sinistros devidamente preenchido;
- iii. Solicitar a pré-autorização junto da AdvanceCare ou da MGEN, se aplicável e conforme requerido no n.º 3;
 - iv. Apresentar a prescrição médica para os exames complementares de diagnóstico e tratamentos realizados, bem como para os medicamentos e óculos adquiridos;
 - v. Quando a despesa tiver sido realizada no estrangeiro e a mesma se encontrar garantida pelo contrato, os respectivos recibos originais terão obrigatoriamente de:
 - a. Estar redigidos em português, inglês, francês ou espanhol;
 - b. Indicar o nome do doente a que respeitam;
 - c. Identificar os serviços prestados, e a especialidade médica;
 - d. Obedecer às normas legais, nomeadamente às de natureza fiscal;
 - vi. Apresentar, no prazo máximo de cento e oitenta (180) dias a contar da data de realização do acto médico em causa, os recibos originais das despesas efectuadas, os quais terão obrigatoriamente que indicar o nome do doente a que respeitam, discriminar os serviços prestados, a especialidade médica e obedecer às normas legais, nomeadamente às de natureza fiscal.
 - vii. Sem prejuízo das disposições previstas no parágrafo 5 relacionado com as outras obrigações, se o pedido de reembolso das despesas é apresentado depois do prazo estabelecido, ao montante do reembolso serão deduzidas as perdas e prejuízos decorrentes desse atraso, desde que o aderente prove não ter contribuído para esse atraso. Para este feito, as perdas e prejuízos poderão variar entre os 5% e os 10% do montante a reembolsar.
 - viii. Quando o Tomador do Seguro / Pessoa Segura tenha previamente accionado outro subsistema de saúde ou contrato de seguro, deverá apresentar fotocópia da prescrição médica e do recibo das despesas efectuadas, bem como um documento original comprovativo da parte da despesa não reembolsada ao abrigo do subsistema ou contrato de seguro anteriormente accionado.
 - ix. Neste último caso, e para efeitos do ponto anterior, o prazo contar-se-á a partir da data da declaração de pagamento emitida pela Entidade/Seguradora/Subsistema responsável.
2. Para além das obrigações acima referidas, o Tomador do Seguro e/ ou a Pessoa Segura deverão igualmente em caso de sinistro:
 - a) Informar com verdade a AdvanceCare ou a MGEN sobre as circunstâncias e consequências da doença ou acidente.
 - b) Cumprir as prescrições do médico a que tenham recorrido;
 - c) Sujeitar-se a exames por médicos designados pela AdvanceCare ou pela MGEN, caso estes o considerem necessário;
 - d) Autorizar os médicos ou hospitais a que tenham recorrido a facultar aos serviços clínicos da AdvanceCare ou da MGEN, os relatórios clínicos e quaisquer outros documentos que estes tenham por conveniente para documentar o processo.
 3. As Pessoas Seguras deverão igualmente solicitar a pré-autorização aos serviços clínicos da AdvanceCare ou da MGEN, sempre que estiver em causa a realização de:
 - a) Despesas garantidas ao abrigo da Condição Especial de "Despesas de Hospitalização", quando motivadas por acidente ou doença;
 - b) Despesas com tratamento de fisioterapia, de terapia da fala, garantidas ao abrigo da Condição Especial "Despesas de Assistência Ambulatória", quando contratada, e Despesas de Transportes para Unidades Hospitalares no Estrangeiro;
 - c) Despesas com tratamentos consequentes de "Doenças Graves" e/ou Pré-existentes.
 - d) Qualquer acto médico indicado na Cláusula Particular "Extensão Territorial" quando, neste último caso, tiver sido alargado o âmbito territorial da apólice nos termos previstos.
 - e) Se por uma situação de urgência não for possível solicitar a pré-autorização, devem ser contactados os serviços clínicos da AdvanceCare no prazo de 48 horas ou no mais curto período de tempo possível.
 4. A MGEN ou a AdvanceCare informará as Pessoas Seguras sempre que futuramente outros serviços clínicos ou despesas necessitem de pré-autorização.
 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 números anteriores.
 7. O Tomador do Seguro e/ou as Pessoas Seguras autorizam a MGEN a ceder à AdvanceCare toda a informação confidencial sobre este Contrato.

ARTIGO 23º - PAGAMENTO DA INDEMNIZAÇÃO

1. A MGEN obriga-se a proceder com diligência e prontidão a todas as averiguações indispensáveis para a correcta regularização dos sinistros.
2. Os pedidos de reembolso devidamente acompanhados dos justificativos necessários devem ser presentes à MGEN, até 60 dias após a verificação do acto médico a indemnizar, ou no prazo de 2 meses a contar da data da indemnização paga por outro sistema, ou subsistema, de saúde.
3. No caso de prestações indemnizatórias, a MGEN pagará, o montante devido no prazo de quinze (15) dias úteis após a recepção do pedido de participação e dos documentos referidos no artigo anterior, necessários para a regularização do sinistro.
4. Os pagamentos devidos pela MGEN serão efectuados em Portugal e em moeda nacional.
5. Caso as despesas sejam efectuadas em moeda estrangeira, a conversão para Euros será efectuada à taxa de câmbio publicada pelo Banco de Portugal no dia de realização da despesa.

CAPÍTULO VI - DISPOSIÇÕES FINAIS

ARTIGO 24º - COMPLEMENTARIDADE

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

ARTIGO 25º - ÂMBITO TERRITORIAL

1. O contrato é válido em Portugal Continental e Regiões Autónomas dos Açores e Madeira.
2. O contrato é válido no Estrangeiro quando se verifique uma das seguintes condições:
 - a) Em caso de acidente ou doença súbita, quando a Pessoa Segura se encontrar no estrangeiro por um período não superior a noventa (90) dias;
 - b) Em caso de qualquer tratamento no estrangeiro, desde que uma entidade médica, nomeada pelo AdvanceCare ou pela MGEN, reconheça a impossibilidade de se efectuar o tratamento em causa, em território nacional;
 - c) Quando o âmbito das coberturas subscritas pela Pessoa Segura expressamente prever a sua aplicação no estrangeiro.
3. Quando expressamente previsto nas Condições Particulares, e sem prejuízo do disposto no n.º 2 deste artigo, o contrato poderá igualmente produzir efeitos no estrangeiro, nas condições e termos previstos nas Condições Especiais.

ARTIGO 26º - COMUNICAÇÕES E NOTIFICAÇÕES ENTRE AS PARTES

1. As comunicações ou notificações previstas neste Contrato de Seguro devem revestir forma escrita ou ser prestadas por outro meio de que fique registo duradouro, para a última morada do Tomador do Seguro constante no contrato e para a MGEN, para a morada da Europamut.
2. Qualquer alteração de morada do Tomador do Seguro deve ser comunicada à MGEN, para a morada da Europamut, nos 30 dias seguintes à data em que essa alteração se verifique. Caso isto não se verifique, tornar-se-ão válidas todas as comunicações e notificações enviadas para a anterior morada.

ARTIGO 27º - PRESCRIÇÃO

Os direitos emergentes do presente contrato prescrevem no prazo de cinco anos a contar da data em que o titular teve conhecimento do direito, sem prejuízo da prescrição ordinária a contar do facto que lhe deu causa.

ARTIGO 28º - SUB-ROGAÇÃO

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

ARTIGO 29º - REPRESENTAÇÃO DOS ADERENTES JUNTO DA MGEN

À data de sua Adesão, os aderentes tornam-se membros participantes da MGEN. A sua representação nas instâncias da Mútua exerce-se nas condições estatutariamente previstas.

ARTIGO 30º - PROTECÇÃO DE DADOS

De acordo com a Lei de Protecção de Dados Pessoais (Lei da Protecção de Dados Pessoais nº 67/98 de 26 de Outubro), qualquer Aderente ou Beneficiário tem direito de acesso e rectificação dos seus dados pessoais que são recolhidos nos ficheiros informáticos da MGEN, identidade do responsável pelo tratamento, e da AdvanceCare.

ARTIGO 31º - GESTÃO DE RECLAMAÇÕES

1. Em caso de contestação relativa a Garantias, as reclamações devem ser apresentadas pelo Aderente, através de e-mail ou correio dirigido à AdvanceCare:
 - reclamacoes@advancecare.com
 - AdvanceCare, Gestão de Serviços de Saúde, S.A.
Gestão de Reclamações
Praça José Queirós, 1 - 4º
1800-237 Lisboa
2. Em caso de divergência com a MGEN, o Tomador do Seguro e/ ou Pessoa Segura podem também apresentar reclamações a entidades competentes, sem prejuízo ainda da possibilidade do recurso à arbitragem ou aos tribunais, de acordo com as disposições legais em vigor.

ARTIGO 32º - LEI APLICÁVEL, ARBITRAGEM E FORO COMPETENTE

1. Ao presente contrato aplica-se a lei portuguesa, sendo admitido o recurso à arbitragem.
2. Em caso de litígio que resulte da execução ou interpretação do presente contrato, o Segurador, o Tomador do Seguro e os Aderentes esforçar-se-ão por alcançar uma solução de comum acordo.
3. Sem prejuízo do disposto no número anterior, a resolução de qualquer litígio ou diferendo relacionado com o presente contrato de seguro será dirimida pelo foro que resultar da aplicação das regras legais, a determinar consoante o caso concreto

PLANO DE SAÚDE MUTUALISTA

CONDIÇÕES ESPECIAIS: CE_13

Quando expressamente previstos nas Condições Particulares e até aos limites nelas indicadas, ficam garantidos os atos e despesas indicadas nas Condições Especiais a seguir indicadas:

ARTIGO 1º - COBERTURA DE DESPESAS DE HOSPITALIZAÇÃO

1. Considera-se como internamento, a estada numa clínica ou hospital por prescrição médica por um período sucessivo superior a 1 dia e inferior a 365 dias com pagamento de diária.
2. As condições especiais estabelecem como passível de garantia o pagamento até ao limite fixado nas condições particulares das seguintes despesas efetuadas pela Pessoa Segura no regime de prestações convencionadas ou prestações indemnizatórias em consequência da Hospitalização da Pessoa Segura numa unidade hospitalar, motivada por doença ou acidente garantido pelo presente contrato:
 - a) Honorários médicos;
 - b) Internamento em unidades de cuidados intensivos;
 - c) Quimioterapia (Antineoplásicos) realizada no hospital em regime ambulatorio;
 - d) Cirurgia realizada no hospital em regime ambulatorio;
 - e) Cirurgia do foro estomatológico ou maxilo-facial quando seja consequência de doença maligna, ou acidente (ocorrido na vigência do presente contrato) que requeira tratamento de urgência em hospital, quer em regime de internamento, quer em regime ambulatorio;
 - f) Diárias da Pessoa Segura;
 - g) Enfermagem não privativa;
 - h) Exames auxiliares de diagnóstico, quando prescritos e realizados durante o internamento;
 - i) Medicamentos administrados durante o internamento;
 - j) Piso de sala de operação e instalações necessárias à realização dos atos médicos (bloco operatório, sala de recobro, etc.) e material usado (gases de anestesia, oxigénio, etc.);
 - m) Transporte terrestre de ambulância de e para uma Unidade Hospitalar, desde que o estado da pessoa segura o justifique;
 - n) Cirurgia ou Tratamentos refrativos à miopia, astigmatismo e hipermetropia nas situações em que as dioptrias, para cada olho, são superiores a 3,5 dioptrias, quer em regime de internamento, quer em regime de ambulatorio.
3. Os honorários médicos cirúrgicos garantidos nesta cobertura são limitados aos montantes que resultem do produto entre o valor de "K" indicado nas condições particulares e o número de "K" previsto no Código de Nomenclatura e Valor Relativo de Atos Médicos.
4. Não estão cobertas despesas com acompanhantes, excepto nos casos de internamento de crianças de idade inferior a 12 anos, ou quaisquer outras de natureza particular (tais como: telefone, aluguer de T.V., ...).

ARTIGO 2º - COBERTURA DE DESPESAS DE ASSISTÊNCIA AMBULATORIA

1. As condições especiais estabelecem como passível de garantia o pagamento até ao limite fixado nas condições particulares das seguintes despesas efetuadas pela Pessoa Segura no regime de prestações convencionadas ou prestações indemnizatórias:
 - a) Honorários médicos de consultas de clínica geral;
 - b) Honorários médicos de consultas de especialidade;
 - c) Tratamentos ambulatorios prescritos pelo médico (Serviços clínicos prestados pelo médico, aplicação de injeções, infusões endovenosas, transfusões de sangue, aplicação de oxigénio, pensos cirúrgicos, aplicações de aparelhos de gesso e talas, tratamentos por raio X e laser);
 - d) Exames auxiliares de diagnóstico prescritos pelo médico (Exames radiológicos; Eletrocardiogramas; Eletroencefalogramas; Eletromiogramas; Análises clínicas e anatomopatológicas; Audiogramas);
 - e) Cirurgia realizada fora do hospital;
 - f) Fisioterapia;
 - g) Cinesioterapia;
 - h) Quimioterapia e Radioterapia;
 - i) Terapia da fala;
 - j) Enfermagem não privativa;

- k) Transporte terrestre de ambulância de e para uma Unidade Hospitalar em Portugal, desde que o estado da pessoa segura o justifique;
 - l) Transporte para uma Unidade Hospitalar no estrangeiro.
2. Ficam excluídos todos os produtos de venda livre tais como: fraldas, papas, leites, material de penso, seringas e agulhas, cremes, produtos dietéticos, e outros produtos similares.
 3. A sedação aplicada no âmbito da realização de exames carece de uma prévia análise clínica, sendo necessário o envio de Relatório Médico.
 4. Os honorários médicos cirúrgicos garantidos nesta cobertura são limitados aos montantes que resultem do produto entre o valor de "K" indicado nas condições particulares e o número de "K" previsto no Código de Nomenclatura e Valor Relativo de Atos Médicos.
 5. As condições especiais estabelecem, como passível de garantia o pagamento até ao limite fixado nas condições particulares e se expressamente previsto, das seguintes despesas efetuadas na rede da Advancecare pela Pessoa Segura no regime de prestações indemnizatórias:
 - a) Acupunctura, homeopatia, osteopatia, naturopatia, fitoterapia e quiropráxia praticados por médicos e técnicos de reconhecida autonomia deontológica no âmbito da rede da Advancecare.

ARTIGO 3º - COBERTURA DE ESTOMATOLOGIA

1. As condições especiais estabelecem como passível de garantia o pagamento das despesas efetuadas pela Pessoa Segura, até ao limite fixado nas condições particulares, no regime de prestações convencionadas junto da Rede de Prestadores da AdvanceCare/MGEN ou no regime de prestações indemnizatórias, no caso de:
 - a) Consultas e tratamentos do foro estomatológico ou maxilo-facial;
 - b) Internamentos;
 - c) Honorários médicos;
 - d) Tratamentos ambulatoriais do foro estomatológico e outros atos clínicos desde que prescritos por estomatologista;
 - e) Exames auxiliares de diagnóstico, desde que prescritos por médicos estomatologistas, medicina dentária ou maxilo-facial;
 - f) Limpezas dentárias;
 - g) Ortodôncia;
 - h) Aquisição de próteses dentárias.
 - i) Cirurgia do foro estomatológico ou maxilo-facial quando seja consequência de doença;

ARTIGO 4º - COBERTURA DE PRÓTESES E ORTÓTESES

1. São consideradas próteses, os instrumentos clinicamente concebidos que substituem total ou parcialmente a perda de um membro ou órgão. São consideradas ortóteses, os instrumentos clinicamente concebidos e/ou recomendados que têm por finalidade ajudar o membro ou órgão a cumprir, no todo ou em parte, as suas funções.
2. As condições especiais estabelecem como passível de garantia o pagamento das seguintes despesas efetuadas pela Pessoa Segura no regime de prestações indemnizatórias, desde que prescritas por médicos, até ao limite fixado nas condições particulares:
 - a) Aquisição de um par de óculos graduados (lentes graduadas e respectivos aros, que são comparticipados quando adquiridos em conjunto com as lentes);
 - b) Aquisição de lentes de contacto graduadas, exceto líquidos manutenção.
 - c) Aquisição de próteses ou ortóteses auditivas, oftalmológicas, ortopédicas;
 - d) Aquisição de calçado ortopédico;
 - e) Aquisição ou Aluguer de cadeiras de rodas, camas articuladas e outros equipamentos auxiliares com exceção de meias elásticas/pés elásticos, cintas de contenção/cintas de gravidez/ lombostatos, punhos elásticos, joelheiras/ cotoveleiras, suportes de braço, aparelho de aerossol, tampões auditivos e palmilhas.
3. As despesas associadas a aros e lentes graduadas, desde que prescritas pelo médico oftalmologista ou optometristas, são comparticipadas em cada duas anuidades do contrato, podendo ser comparticipadas em anuidades consecutivas nas situações em que se verifique a alteração da correção relativamente à prescrição anterior.
4. No caso das crianças até aos 16 anos, os aros e lentes oculares poderão ser comparticipáveis sem que se verifique a referida alteração de correção, desde que na prescrição médica seja justificada a necessidade de trocar de óculos em consequência do seu crescimento.

5. Não serão consideradas as situações de furto, roubo, extravio ou quebra de óculos ou lentes, exceto quando consequência de acidente garantido pelo contrato, desde que a respetiva participação do acidente seja acompanhada de documento comprovativo das lesões físicas provocados na pessoa segura, elaborado pelo médico, ou unidade hospitalar que prestou assistência.
6. Não serão consideradas nesta cobertura despesas do foro estomatológico.

ARTIGO 5º COBERTURA DE MEDICAMENTOS

1. As condições especiais estabelecem como passível de garantia o reembolso das despesas efetuadas pela Pessoa Segura na aquisição de medicamentos registados no Infarmed prescritos por médico credenciado para tratamento exclusivo do beneficiário no que respeite a doenças, afeções, a anticoncecionais ou acidentes até ao limite fixado nas condições particulares.
2. Não serão considerados nesta cobertura os medicamentos não reconhecidos pelo Infarmed ou produtos farmacêuticos manipulados.
3. Para a comparticipação de Vitaminas, é necessário a apresentação da respetiva prescrição e o relatório médico que justifique clinicamente a sua utilização.
4. Nos casos de apólices complementares de subsistemas, apenas serão reembolsados os medicamentos que tenham uma comparticipação prévia (do Serviço Nacional de Saúde ou de um subsistema, incluindo manipulados desde que expressa e previamente comparticipados).

ARTIGO 6º COBERTURA DE PARTO

1. As condições especiais estabelecem como passível de garantia o pagamento até ao limite fixado nas condições particulares das seguintes despesas efetuadas pela Pessoa Segura no regime de prestações convencionadas ou prestações indemnizatórias relacionadas com o parto (normal ou cesariana) ou interrupção da gravidez:
 - a) Honorários médicos, nomeadamente de obstetras, médico-cirurgião, anestesista, ajudantes, parteiras quando clinicamente necessários;
 - b) Sala de operações, instrumentos, medicamentos e material utilizado;
 - c) Elementos auxiliares de diagnóstico;
 - d) Tratamentos;
 - e) Diária hospitalar da parturiente e do recém-nascido até 1 mês, desde que este não tenha tido alta;
 - f) Enfermagem não privativa;
 - g) Transporte terrestre de ambulância para uma Unidade Hospitalar em Portugal;
 - h) Despesas relativas a cuidados neonatais;
2. Não estão cobertas despesas com acompanhantes ou quaisquer outras de natureza particular.

ARTIGO 7º - COBERTURA DE ACESSO À REDE DE BEM-ESTAR

1. Pela presente cobertura, desde que indicada nas Condições Particulares, a MGEN garante o acesso direto à rede de Bem-Estar da Advancecare à Pessoa Segura em condições privilegiadas (percentagem de desconto pré-estabelecido sobre o valor particular) estabelecidas em acordo de parceria entre o prestador e a Advancecare.
2. Os serviços mencionados em 1 relativos à área de bem-estar, lazer e saúde disponibilizados pela rede de bem-estar são os seguintes:
 - a) Medicinas Alternativas (Acupuntura, Homeopatia, Osteopatia, Quiroprática, Shiatsu);
 - b) Termas;
 - c) Ginásios / *Health Clubs*;
 - d) Spas;
 - e) Nutrição;
 - f) Parafarmácias;
 - g) Podologia;
 - h) Preparação para o parto;
 - i) Psicologia;
 - j) Talassoterapia;
 - k) Terapia da fala;
 - l) Higiene Oral;
 - m) Óticas;
 - n) Assistência Domiciliária;

- o) Outros serviços incluídos na rede.
3. Fica a cargo da pessoa segura a responsabilidade pela escolha do prestador da rede de bem-estar da AdvanceCare e pelo pagamento dos respetivos honorários.

ARTIGO 8º - COBERTURA DE ACESSO À REDE HNA ESPANHA

1. Pela presente cobertura, desde que indicada nas Condições Particulares, fica garantido o pagamento de despesas de saúde, nos termos e condições a seguir indicados:

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

- a) Âmbito territorial: Espanha, relativamente às despesas indemnizáveis ao abrigo das seguintes Condições Especiais, quando tenham sido subscritas:
- Despesas de Hospitalização, quando motivadas por acidente ocorrido ao abrigo do presente contrato, ou doença;
 - Despesas de Assistência Ambulatória;
 - Despesas com Medicamentos;

Sem prejuízo do acima disposto, a extensão territorial prevista ao abrigo da presente Cláusula Particular não se aplica em relação às despesas de hospitalização motivadas por parto.

2. Condições de Funcionamento

As despesas realizadas ao abrigo das Condições Especiais “Despesas de Hospitalização” e “Despesas de Assistência Ambulatória” apenas ficarão garantidas nos países indicados, desde que efetuadas em regime de prestação convencionada junto dos Prestadores indicados pela Rede HNA ou pela AdvanceCare.

As “Despesas com Medicamentos” realizadas apenas serão objeto de reembolso por parte da Rede HNA ou pela AdvanceCare, desde que os mesmos sejam prescritos por médicos pertencentes a rede convencionada no âmbito de consultas ou atos médicos realizados ao abrigo das Condições Especiais “Despesas de Hospitalização” e “Despesas de Assistência Ambulatória”.

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

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

3. Pré-Autorização

Para efeitos do disposto no ponto anterior, o pagamento de despesas garantidas ao abrigo da presente Cláusula Particular ficará sempre sujeita à pré-autorização pela Rede HNA ou pela AdvanceCare nos seguintes casos:

- Quaisquer despesas de saúde garantidas ao abrigo da Condição Especial “Despesas de Hospitalização”;
- Cirurgias realizadas em regime ambulatório;
- Tratamentos em Hospital em regime ambulatório;
- Angioscopia fluorescência e Retinografia;
- RMN / TAC;
- Diagnóstico cardiológico;
- Ecocardiograma, Holter, Ergometria, Doppler;
- Análises clínicas (especificamente cariótipos);
- Estudos anatopatológicos especiais;
- Extração de sinais, quistos e nevos em consulta;
- Fisioterapia;
- Radiologia Vasculár;
- Radioterapia;
- Quimioterapia e Cobaltoterapia;
- Todas as Técnicas de Neurofisiologia;
- Isótopos radioactivos.

ARTIGO 9º - CONSULTAS E OUTRAS DISPOSIÇÕES

1. Salvo fornecimento de prova de existência de patologia através de relatório médico que justifique a realização de um maior número de consultas em cada uma das especialidades, as consultas de especialidade asseguradas nos termos das garantias é limitado aos seguintes números de consultas por anuidade:

- a) Ginecologia, Dermato-venereologia, Ortopedia, Oftalmologia: 4 consultas por anuidade;
 - b) Clínica Geral/Medicina Interna: 8 consultas por anuidade;
 - c) Otorrinolaringologia, Pediatria (dos 2 aos 17 anos, inclusive): 6 consultas por anuidade;
 - d) Obstetrícia, Pediatria (0-1 anos): 12 consultas por anuidade;
 - e) Cirurgia Vasculard: 3 consultas por anuidade;
 - f) Restantes especialidades: 4 consultas por especialidade.
2. As seguintes especialidades estão limitadas aos seguintes números de consultas por anuidade:
 - a) Psicologia: 4 consultas por anuidade;
 - b) Psiquiatria: 6 individuais ou 12 grupo, por anuidade;

ARTIGO 10º - TRATAMENTOS E OUTRAS DISPOSIÇÕES

1. Salvo fornecimento de prova de existência de patologia através de relatório médico que justifique a realização de um maior número de Tratamentos em cada uma das especialidades, os tratamentos de especialidade assegurados nos termos das garantias é limitado aos seguintes números:
 - a) Fisioterapia, Terapia da fala, Psicoterapia, Cinesioterapia - 15 sessões por anuidade;

ARTIGO 11.º - COBERTURA DE CHECK-UP PERIODICO

1. Pela presente cobertura, desde que indicada nas Condições Particulares, a MGEN garante:
 - a) o acesso direto à Rede de Prestadores de check-ups integrada na rede da AdvanceCare/MGEN (Opção 1 - onde são garantidos preços convencionados pagos pela pessoa segura) e/ou
 - b) a realização de um Check-up bianual até ao valor e nos termos estabelecidos nas Condições Particulares (Opção 2 - onde a pessoa segura paga um copagamento na rede de check-ups, sendo garantido um check-up de 2 em 2 anos).
2. O Check-up é constituído pelas seguintes prestações:
 - a) Consulta Médica com Relatório
 - b) Hemograma (Eritrograma+ leucócitos+fórmula leucocitária)
 - c) Velocidade de sedimentação eritrocitária = VS
 - d) Urina II (análise sumária da urina)
 - e) Glicose
 - f) Creatinina Urina
 - g) Creatinina Sérica
 - h) Ácido Úrico
 - i) Colesterol total
 - j) Colesterol HDL
 - k) Colesterol LDL (calculado)
 - l) Triglicérideos
 - m) TGO
 - n) TGP
 - o) Albumina (Pesquisa de...)
 - p) Sangue Oculto (Pesquisa de...)
 - q) Eletrocardiograma simples de 12 derivações c/ interpretação e relatório
 - r) Raio X Tórax, pulmões e coração (1 incidência)
 - s) Mamografia - 4 incidências, 2 de cada lado (para pessoas seguras com idade superior a 35 anos)
 - t) Antígeno Específico da Próstata = SPA (RIA/EIA)=PSA (para pessoas seguras com idade superior a 35 anos)

ARTIGO 12.º - COBERTURA DE SEGUNDA OPINIÃO MÉDICA INTERNACIONAL

1. Pela presente cobertura, desde que indicada nas Condições Particulares, a MGEN, através da AdvanceCare, coloca à disposição do segurado em caso de Doença Grave um serviço de Segunda Opinião Médica Internacional, possibilitando a obtenção de uma segunda opinião relativamente ao diagnóstico da sua patologia e/ou respetivos tratamento médicos adequados por parte de Médicos Especialistas Internacionais de reconhecido prestígio.
2. Ao acionar esta cobertura terá acesso a:

- a) Apoio clínico personalizado em Portugal para a gestão do seu caso de Segunda Opinião Médica Internacional;
 - b) Compilação de toda a informação clínica necessária;
 - c) Análise do seu caso por parte de Especialistas de renome internacional e emissão de uma segunda opinião sobre o diagnóstico da sua patologia e/ou tratamentos médicos adequados.
 - d) Relatório detalhado em Português sobre o seu caso clínico que incluirá:
 - Resumo do caso;
 - Motivo da segunda opinião médica internacional;
 - Processo de seleção dos Especialistas Médicos Internacionais;
 - Segunda opinião dos Especialistas Médicos Internacionais;
 - Curriculum dos especialistas seccionados;
3. Para acionar esta cobertura, o segurado deverá preencher o formulário específico de requisição do serviço de Segunda Opinião Médica Internacional, o qual deverá ser solicitado junto dos serviços da AdvanceCare, através da Linha de Assistência ao Cliente.
 4. Para uma correta utilização deste serviço, o segurado deverá entregar toda a documentação clínica que disponha e que lhe seja solicitada pelos serviços clínicos da AdvanceCare, estando a qualidade da Segunda Opinião Médica Internacional emitida dependente da amplitude e rigor dos dados enviados pelo segurado.
 5. Por Doenças Graves consideram-se por ex. Doenças Cancerígenas, Doença de Parkinson, Doença de Alzheimer, Doenças Cardiovasculares, Doenças Neurológicas e Doenças Neurocirúrgicas mas também quaisquer outras doenças independentemente da sua natureza que sejam consideradas como Graves pelos serviços clínicos da AdvanceCare.
 6. Excluem-se desta cobertura:
 - a) Quaisquer pedidos de Segundo Opinião Médica Internacional solicitados cujos serviços clínicos da AdvanceCare considerem que não se enquadrem no âmbito de um Serviço de Segunda Opinião Médica Internacional tal como referido no Artigo 1º desta cobertura.
 - b) Quaisquer despesas médicas com honorários, medicamentos e/ou internamentos.
 - c) Despesas de transporte e alojamento em Portugal ou no Estrangeiro.
 - d) A Segunda Opinião Médica Internacional deve ser considerada como um complemento ao parecer do seu médico assistente. Dessa forma, a MGEN e a AdvanceCare não se responsabilizam pela utilização a posteriori por parte do segurado ou de quaisquer outras pessoas ou entidades da informação apresentada como resposta ao pedido de Segunda Opinião Médica Internacional, estando por isso excluídas quaisquer perdas ou danos originados, direta ou indiretamente, pela opinião dos médicos e/ou profissionais consultados.

ARTIGO 13.º - COBERTURA DE ACESSO À REDE DE PREVENÇÃO DENTÁRIA

1. Pela presente cobertura, desde que indicada nas Condições Particulares, a MGEN, garante o acesso direto a uma Rede de Prestadores de serviços na área da medicina dentária, Dentinet 1, para efeitos da prestação de atos médicos de cuidados dentários básicos em que a pessoa segura paga os valores de copagamento (em anexo), no âmbito da Rede de Prevenção Dentária.
2. Tabela de Atos médicos garantidos na Rede de Prevenção Dentária:
 - Consulta;
 - Consulta de Urgência;
 - Instrução e Motivação de Higiene Oral Adulto / Criança;
 - Profilaxia em Adulto ou Criança;
 - Aconselhamento Nutricional para Controlo de Doenças da Cavidade Oral e Aconselhamento Antitabágico para Controlo e Prevenção em Saúde Oral;
 - Realização e Interpretação de Radiografia Panorâmica / Ortopantomografia e/ou Periapical, e/ou Interproximal, e/ou Oclusal;
 - Realização e Interpretação de Telerradiografia Lateral e/ou frontal;
 - Exodontias de dentes decíduos e dentes permanentes monorradiculares e multirradiculares (excluem-se dentes inclusos, exodontias com odontosseção e/ou osteotomia assim como Exodontias de dentes supranumerários);
 - Exodontias de fragmentos radiculares (que não necessitem cirurgia maxilo-facial);
 - Estudo de reabilitação sobre implantes;
 - Ajuste oclusal para próteses, sem montagem em articulador;
 - Destartarização Bimaxilar;

- Polimento Dentário;
- Polimento de restauração em amálgama com ou sem selagem marginal;
- Polimento de restauração em resina composta e Polimento de restauração em resina composta e selagem superficial;
- Aplicação Tópica De Fluor (Com Moldeiras);
- Selamento de Fissuras;
- Remoção de Sutura;
- Atestado Médico.

Os serviços de cuidados de saúde abrangidos por esta cobertura são garantidos exclusivamente no regime de prestações de Rede.

3. Exclusões: salvo disposição em contrário e sem prejuízo das exclusões constantes nas Condições Gerais, ficam ainda excluídas desta garantia as despesas com:
 - a) Todos os custos com utilização de materiais preciosos;
 - b) Atos Médicos não incluídos na cobertura da Rede de Prevenção Dentária.
4. Período de Carência: não é aplicável qualquer período de carência a esta prestação de serviços. Será no entanto aplicado um período de 72 horas, desde a data de início da cobertura, como prazo de ativação do benefício.

ARTIGO 14.º - COBERTURA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

1. Pela presente cobertura, desde que indicada nas Condições Particulares, a MGEN, através da PRESTIMA (Serviço de Assistência), coloca à disposição do segurado um Serviço de Assistência que garante, mediante solicitação telefónica, em caso de urgência e até aos limites aplicáveis, as seguintes garantias:

- a) Aconselhamento Médico

Através da linha telefónica de atendimento 24 horas por dia, a Pessoa Segura poderá solicitar, à Equipa Médica do Serviço de Assistência:

- Informação médica referente a doenças;
- Informação médica referente à prevenção de problemas de saúde;
- Informação sobre a correcta administração de medicamentos
- Assessoria na compreensão de relatórios de laboratório, terminologia médica, interpretação de relatórios e diagnósticos;
- Explicação do funcionamento e preparação prévia necessária à realização de exames médicos complementares;
- Outras informações de interesse (informação relacionada com saúde infantil, farmácias, etc.).

Caso não seja possível fornecer uma resposta imediata, o Serviço de Assistência diligenciará no sentido de efectuar a procura de informações solicitadas e voltará a contactar com a Pessoa Segura para transmitir as respectivas informações. Os Serviços de Assistência não serão responsáveis pelas interpretações da Pessoa Segura nem das eventuais consequências das mesmas. As eventuais informações médicas prestadas não poderão ser entendidas como uma consulta médica e não a substitui, mas tão-somente como uma orientação geral prestada por um dos médicos do Serviço de Assistência.

- b) Envio de Médico ao Domicílio

O Serviço de Assistência garante à Pessoa Segura o envio de um médico ao domicílio, contra um co-pagamento definido nas Condições Particulares, a efectuar no acto da consulta e directamente ao médico.

No caso de indisponibilidade do médico ou ausência de médico no concelho ou distrito onde a Pessoa Segura se encontra o Serviço de Assistência organiza e suporta o transporte da Pessoa Segura até ao centro clínico mais próximo, suportando o custo da respectiva consulta com um co-pagamento conforme definido nas Condições Particulares.

- c) Envio de Medicamentos ao Domicílio

O Serviço de Assistência, garante a entrega dos medicamentos ao domicílio sempre que a Pessoa Segura seja possuidor de um receituário médico. O custo dos medicamentos e respectivas despesas de entrega decorrem a cargo da Pessoa Segura.

- d) Transporte em Ambulância

Em caso de necessidade, a PRESTIMA organiza o transporte do Cliente em ambulância do domicílio para o posto de primeiros socorros ou de urgências mais próximo; a PRESTIMA não substitui os serviços de emergência públicos, em caso de urgência vital o Cliente deverá de contactar o serviço de urgência 112. Após alta médica hospitalar e sempre que justificado, por prescrição médica a impossibilidade do cliente se deslocar

pelos seus próprios meios, a PRESTIMA garante o seu transporte para o domicílio, pelo meio mais adequado à sua situação clínica, de acordo com o parecer do médico da PRESTIMA, ou na impossibilidade deste, do médico da unidade hospitalar.

O custo dos transportes decorrem a cargo do aderente.

2. Âmbito Territorial: as garantias da presente Condição Especial são válidas em Portugal Continental e nas Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira.
3. Exclusões: sem prejuízo das exclusões previstas nas Condições Gerais aplicáveis a esta garantia, não fica garantido ao abrigo da presente Condição Especial o reembolso das despesas com:
 - Acções de salvamento, assistência médica primária e primeiro transporte medicalizado, sempre que existam e possam ser accionados meios públicos para o efeito.