



CONDIÇÕES  
GERAIS

# Índice

CLAUSULA PRELIMINAR.....	4
CAPÍTULO I – DEFINIÇÕES, OBJECTO E ÂMBITO DO CONTRATO, ÂMBITO TERRITORIAL, GARANTIAS E EXCLUSÕES GERAIS.....	4
CLÁUSULA 1ª – DEFINIÇÕES.....	4
CLÁUSULA 2ª – OBJECTO DO CONTRATO.....	7
CLÁUSULA 3ª – ÂMBITO TERRITORIAL.....	7
CLÁUSULA 4ª – ÂMBITO E MODALIDADE DAS GARANTIAS.....	7
CLÁUSULA 5ª – EXCLUSÕES GERAIS.....	8
CAPÍTULO II – FORMAÇÃO, Início E DURAÇÃO DO CONTRATO, VIGÊNCIA DAS GARANTIAS, ANULABILIDADE E NULIDADE, DENUNCIA E RESOLUÇÃO DO CONTRATO.....	10
CLÁUSULA 6ª – FORMAÇÃO DO CONTRATO.....	10
CLÁUSULA 7ª – DECLARAÇÃO INICIAL DO RISCO.....	10
CLÁUSULA 8ª – INÍCIO DO CONTRATO.....	10
CLÁUSULA 9ª – DURAÇÃO DO CONTRATO.....	11
CLÁUSULA 10ª – ENTRADA EM VIGOR DAS GARANTIAS.....	11
CLÁUSULA 11ª – SUSPENSÃO DAS GARANTIAS.....	11
CLÁUSULA 12ª – CADUCIDADE DAS GARANTIAS.....	12
CLÁUSULA 13ª – ANULABILIDADE E NULIDADE DO CONTRATO.....	12
CLÁUSULA 14ª – DENÚNCIA E RESOLUÇÃO DO CONTRATO.....	12
CAPÍTULO III – ADMISSÃO E EXCLUSÃO DE PESSOAS SEGURAS, ALTERAÇÃO E MODIFICAÇÃO DE RISCO E PLANO DE GARANTIAS.....	13
CLÁUSULA 15ª – ALTERAÇÕES AO CONTRATO.....	13
CLÁUSULA 16ª – MODIFICAÇÃO DO RISCO.....	14
CAPÍTULO IV – PAGAMENTO, FRACCIONAMENTO, ALTERAÇÃO OU ACTUALIZAÇÃO E ESTORNO DOS PRÉMIOS.....	14
CLÁUSULA 17ª – FRACCIONAMENTO DOS PRÉMIOS.....	14
CLÁUSULA 18ª – PAGAMENTO DOS PRÉMIOS.....	14
CLÁUSULA 19ª – ALTERAÇÃO OU ACTUALIZAÇÃO DOS PRÉMIOS.....	15
CLÁUSULA 20ª – ESTORNO DOS PRÉMIOS.....	15
CAPÍTULO V – VALORES SEGUROS, FRANQUIAS, participações, co-pagamentos, SUB-ROGAÇÃO, COMPENSAÇÃO DE CRÉDITOS E COEXISTÊNCIA DE CONTRATOS.....	15
CLÁUSULA 21ª – VALORES SEGUROS E FRANQUIAS.....	15
CLÁUSULA 22ª – SUB-ROGAÇÃO.....	15
CLÁUSULA 23ª – COMPENSAÇÃO DE CRÉDITOS.....	15
CLÁUSULA 24ª – COEXISTÊNCIA DE CONTRATOS.....	15
CAPÍTULO VI – OBRIGAÇÕES E DIREITOS DAS PARTES CONTRATANTES E PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO.....	16
CLÁUSULA 25ª – OBRIGAÇÕES E DIREITOS DO TOMADOR DO SEGURO E/OU DA PESSOA SEGURA.....	16
CLÁUSULA 26ª – PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO.....	17
CLÁUSULA 27ª – OBRIGAÇÕES DA SEGURADORA.....	18
CAPÍTULO VII – REDES DE PRESTADORES, TRATAMENTO FORA DA REDE DE PRESTADORES E RECLAMAÇÃO.....	18

CLÁUSULA 28ª - REDE DE PRESTADORES.....	18
CLÁUSULA 29ª - TRATAMENTO FORA DA REDE DE PRESTADORES .....	18
CLÁUSULA 30ª - RECLAMAÇÃO.....	18
<b>CAPÍTULO VII – DISPOSIÇÕES DIVERSAS.....</b>	<b>19</b>
CLÁUSULA 34ª – COMUNICAÇÕES E NOTIFICAÇÕES ENTRE AS PARTES .....	19
CLÁUSULA 35ª – EFICÁCIA EM RELAÇÃO A TERCEIROS.....	19
CLÁUSULA 36ª – INTERVENÇÃO DO MEDIADOR DE SEGUROS.....	19
CLÁUSULA 37ª – MOEDA.....	19
CLÁUSULA 38ª – CONFIDENCIALIDADE DA INFORMAÇÃO.....	19
CLÁUSULA 39ª – LEGISLAÇÃO APLICÁVEL.....	19
CLÁUSULA 40ª – ARBITRAGEM.....	19
CLÁUSULA 41ª – FORO .....	19
<b>ANEXO I – CONDIÇÕES ESPECIAIS.....</b>	<b>22</b>
DISPOSIÇÕES COMUNS.....	22
1. INTERNAMENTO HOSPITALAR.....	22
2. ASSISTÊNCIA AMBULATORIA.....	22
3. MEDICAMENTOS.....	23
4. MATERNIDADE.....	23
5. ESTOMATOLOGIA .....	24
6. PRÓTESES E ORTÓTESES.....	24
7. EVACUAÇÃO E REPATRIAMENTO.....	25
8. EVACUAÇÕES MÉDICAS EM ANGOLA.....	26
9. MEDICINA PREVENTIVA .....	26

## CLAUSULA PRELIMINAR

Entre a **Unisaúde Seguros, S.A.**, adiante designada por Seguradora, e o Tomador do Seguro, identificado nas condições particulares, estabelece-se o presente contrato de seguro que se rege pelas condições gerais, especiais e particulares da apólice, de harmonia com as declarações constantes da proposta que lhe serviu de base e da qual faz parte integrante.

Das garantias previstas nesta apólice, considerar-se-ão cobertas as que tiverem sido propostas pelo Tomador do Seguro e aceites pela Seguradora, como tal, devidamente identificadas nas condições particulares, observados, porém, os preceitos e condições a que os contraentes se obrigam pelo presente contrato de seguro.

A individualização do presente contrato é efectuada nas condições particulares, nelas constando as condições especiais expressamente contratadas e o seu âmbito territorial, a identificação das partes e do respectivo domicílio, os dados do Tomador do Seguro, das pessoas seguras, os capitais seguros, a comparticipação e a determinação do prémio.

## CAPÍTULO I – DEFINIÇÕES, OBJECTO E ÂMBITO DO CONTRATO, ÂMBITO TERRITORIAL, GARANTIAS E EXCLUSÕES GERAIS

### CLÁUSULA 1ª – DEFINIÇÕES

Para efeitos do presente contrato, sem prejuízo das definições constantes do anexo a que se refere o artigo 3º da Lei n.º 18/22, de 7 de Julho, Lei da Actividade Seguradora e Resseguradora, entende-se por:

**Acesso à rede** – Disponibilização de serviços de cuidados de saúde, garantidos pelo presente contrato, executados por prestadores da(s) rede(s), aos quais a pessoa segura tem acesso, nos termos do disposto nas condições particulares.

**Acidente** – Acontecimento fortuito, súbito e anormal, provocado por causa externa e alheia à vontade da pessoa segura, que nesta origem lesões corporais, clínica e objectivamente comprovadas.

**Acta adicional** – Documento que formaliza uma alteração à apólice.

**Administrador de Sinistros** – Entidade que, em nome e por conta da Seguradora, organiza gere e contacta com a rede de prestadores clínicos, procede à gestão das prestações devidas pelo contrato de seguro e articula o pagamento das despesas médicas dos prestadores e da pessoa segura.

**Agregado familiar** – Considera-se o cônjuge ou equiparado, excluindo aqueles legalmente separados, respectivos filhos (incluindo os de criação e legalmente adoptados) e enteados, desde que vivam em comunhão de mesa e habitação com carácter de permanência com a pessoa segura. Os filhos, enteados e adoptados só são considerados enquanto não atinjam a idade de 18 (dezoito) anos, não tenham contraído matrimónio, não vivam maritalmente, nem exerçam profissão remunerada na data início do seguro ou na data da sua renovação. Os filhos que, cumprindo as condições anteriores, façam prova de frequência de um curso académico superior a tempo inteiro, poderão manter-se no seguro até perfazer 24 (vinte e quatro) anos de idade.

**Ambiente hospitalar** – Conjunto de meios que incluem infra-estruturas, recursos técnicos, tecnológicos e humanos diferenciados, que permitem executar cada acto com qualidade e segurança, incluindo a capacidade de resposta eficaz para eventos súbitos que ponham em risco a vida da pessoa segura, e que devem existir nas estruturas hospitalares ou equivalentes.

**Ambulatório** – Tratamentos médicos prestados à pessoa segura quando a mesma não estiver registada como paciente interno de um hospital ou em qualquer outra instituição de cuidados médicos. O *ambulatório* inclui serviços prestados ou prescritos por um médico licenciado em clínica geral, especialista ou consultor, exames laboratoriais, procedimentos de medicina nuclear e radiologia utilizados para diagnosticar e tratar condições médicas. Os serviços de laboratórios, raio-x e fisioterapia devem ser prestados ou prescritos por um médico.

**Apólice** – Documento que titula o contrato celebrado entre o tomador do seguro e a empresa de seguros, donde constam as respectivas condições gerais, especiais e particulares acordadas. Consideram-se ainda elementos que integram o contrato a proposta de seguro e o questionário individual de saúde. Todas as alterações que ocorram durante a vigência da apólice, constarão em acta adicional.

**Apólice aberta** – Apólice de seguro de grupo em que o número de pessoas a segurar é variável. Inicia-se com o mínimo de adesões definido, ocorrendo durante a vigência do contrato as inclusões e exclusões solicitadas pelo Tomador do Seguro. O contrato vigora enquanto o número de adesões justificar, a exclusivo critério da Seguradora, a sua existência.

**Assistência ao recém-nascido** – Despesas médicas incorridas com o recém-nascido, durante o período de internamento hospitalar da mãe, determinado pelo parto, e dentro dos limites definidos relativamente ao benefício de maternidade.

**Assistência médica no exterior** – Todos os serviços médicos, cobertos pelo produto de seguro contratado, que sejam prestados no estrangeiro por

vontade da pessoa segura. Considera-se garantido o custo relacionado com o tratamento médico exceptuando-se os custos de transporte, alojamento, deslocação e outros relacionados.

**Autorização** – Consentimento para prestação de cuidados de saúde, solicitado pela pessoa segura aos serviços clínicos da Seguradora ou ao administrador de sinistros.

**Boletim de adesão** – Documento preenchido pelo proponente, no seguro de grupo, em que esta se identifica e expressa a vontade de aderir à apólice.

**Capital seguro** – Montante máximo de comparticipação de despesas de saúde por pessoa segura, definido para cada uma das coberturas contratadas e indicadas nas condições particulares.

**Cartão Seguros** – Cartão pessoal e intransmissível, que identifica a pessoa segura e permite o acesso aos cuidados de saúde prestados na(s) rede(s) de prestadores.

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

**Clínica / hospital** – Instituição legalmente licenciada onde são prestados serviços permanentes de saúde à pessoa segura, excluindo-se, casas de repouso, sanatórios, centros de tratamento ou desintoxicação de toxicod dependência, alcoolismo e outros estabelecimentos similares.

**Comparticipação** – Valor a cargo da Seguradora em cada despesa de saúde garantida pela apólice, calculado após dedução da franquia, nos termos definidos nas condições particulares.

**Condições especiais** – Disposições que complementam, especificam e esclarecem as condições gerais, prevalecendo sobre estas na interpretação dos termos contratuais.

**Condições gerais** – Disposições que definem os princípios gerais do contrato e respectivo enquadramento.

**Condições particulares** – Cláusulas que complementam as condições gerais e especiais de um contrato, para que o mesmo seja adaptado a um contrato em particular.

**Condições preexistentes** – Condições clínicas que se tenham manifestado antes do início da vigência do contrato, independentemente de terem sido ou não diagnosticadas.

**Co-pagamento** – Parte das despesas médicas, expressa em montante ou percentagem, que fica a cargo da pessoa segura, não sendo reembolsável.

**Cuidados ópticos** – Todos os serviços prestados no âmbito de ortóteses oftalmológicas em caso de prescrição médica, nomeadamente armações, lentes normais e lentes de contacto.

**Data de pagamento** – Data em que a prestação do prémio ou fracção deste deva ser realizada.

**Dependentes** – Considera-se o cônjuge ou equiparado, excluindo aqueles legalmente separados, respectivos filhos (incluindo os de criação e legalmente adoptados) e enteados, desde que vivam em comunhão de mesa e habitação com carácter de permanência com a pessoa segura. Os filhos, enteados e adoptados só são considerados enquanto não atinjam a idade de 18 (dezoito) anos, não tenham contraído matrimónio, não vivam maritalmente, nem exerçam profissão remunerada na data início do seguro ou na data da sua renovação. Os filhos que, cumprindo as condições anteriores, façam prova de frequência de um curso académico superior, a tempo inteiro, poderão manter-se no seguro até perfazer 24 (vinte e quatro) anos de idade.

**Despesa médica** – Despesa realizada pela pessoa segura na aquisição de serviços clinicamente necessários, desde que prescritos ou realizados por um médico.

**Doença** – Alteração involuntária do estado de saúde, não causada por acidente, clínica e objectivamente comprovada.

**Doença ou lesão preexistente** – Doença ou lesão da qual a pessoa segura deveria ter conhecimento ou que não poderia ignorar, pela evidência dos sintomas ou por ter recebido em relação à mesma aviso médico ou tratamento, antes da data de início de vigência da apólice ou da adesão, se posterior.

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

**Doença súbita** – Alteração involuntária do estado de saúde, inesperada e aguda, que implica risco de morte ou perda funcional para a pessoa segura, necessitando de assistência médica imediata em ambiente hospitalar.

**Emergência** – Situação em que é iminente ou está instalada a falência de funções vitais caso não seja prestada assistência médica.

**Estomatologia** – Todos os serviços médicos prestados no âmbito da especialidade de estomatologia, nomeadamente consultas, tratamentos estomatológicos e meios complementares de diagnóstico.

**Estorno** – Devolução ao Tomador do Seguro de parte do prémio anteriormente pago.

**Evacuação médica de emergência** – Transporte de emergência em condição médica crítica, no país ou para o exterior.

**Medicamentos** – Todos os medicamentos prescritos por um médico em regime de ambulatório.

**Franquia** – Montante que o Tomador do Seguro ou a pessoa segura tem a seu cargo nas despesas definidas pelas condições gerais.

**Grupo** – Conjunto de pessoas seguras, empregados da mesma empresa ou membros da mesma organização patrocinadora, seguros numa mesma apólice,

**Implante** – Material (prótese, ortótese, aparelho) e/ou substância com finalidade terapêutica ou de correcção de alteração morfológica, para colocação no organismo de um indivíduo.

**Internamento (serviços hospitalares e afins)** – Serviços médicos, prestados à pessoa segura como paciente interno, registado num hospital, por um período nunca inferior a 24 (vinte e quatro) horas.

**Lesão** – Alteração involuntária do estado de saúde, morfológica ou funcional, causada por acidente, clínica e objectivamente comprovada.

**Limites globais** – Benefícios agregados totais que poderão ser reclamados por uma pessoa segura durante o tempo correspondente ao período de vigência da apólice. Tais limites e sublimites estão identificados na tabela de benefícios e/ou nas condições particulares da apólice.

**Maternidade** – Tratamentos pré-natais, parto e cuidados pós-natais para a pessoa segura até aos limites e sublimites definidos na tabela de benefícios. Para efeitos do benefício de maternidade, consideram-se custos do parto os custos contraídos desde a data de internamento para o parto até à obtenção da alta hospitalar pela pessoa segura, de acordo com limites definidos na tabela de benefícios.

**Medicamentos prescritos** – Medicamentos cuja venda e uso sejam legalmente restritos à prescrição de um médico.

**Médico** – Profissional legalmente licenciado por faculdade de medicina, reconhecido pela lei do país onde o tratamento é prestado, e que ao prestar tratamento o faz dentro dos limites da sua licença e formação.

**Membro** – A pessoa segura ligada ao Tomador do Seguro por um vínculo profissional ou outro, que não seja o de constituir seguro, depois de incluída no contrato de seguro.

**Ortótese** – Todo o instrumento clinicamente concebido que tem por finalidade ajudar o membro

ou órgão a cumprir, no todo ou em parte, a sua função.

**Outros encargos da pessoa segura** – Valor a cargo da pessoa segura por exceder o limite de capital para as despesas médicas realizadas na rede de prestadores, desde que não correspondam a franquia ou co-pagamentos.

**País de origem** – País do qual a pessoa segura possui um passaporte. Se a pessoa segura possuir mais do que um passaporte, o país de origem será considerado o país que a pessoa segura declarou no formulário de inscrição. Se a família for incluída no produto, considerar-se-á como país de origem para essa família o país declarado no formulário de inscrição.

**Parto complicado** – Parto em que o médico responsável certifique que um parto normal poderá pôr em risco a vida da mãe e/ou da(s) criança(s) a nascer, optando, assim, por procedimentos cirúrgicos ou não cirúrgicos alternativos.

**Patrocinador de grupo** – Empresa ou organização patrocinadora responsável por segurar o grupo.

**Pequena Cirurgia** – Toda a intervenção cirúrgica que corresponda aos seguintes critérios cumulativos: (i) não necessitar de bloco operatório para a sua realização; (ii) não exigir mudança completa de roupa pelo cirurgião; (iii) ser realizada sob anestesia local; (iv) não necessitar de cuidados especiais de recobro.

**Período de carência** – Prazo que decorre entre a data de celebração do contrato e/ou a data de inclusão da pessoa segura na apólice e a data de entrada em vigor das garantias.

**Pessoa segura** – Pessoa cuja saúde se segura, identificada nas condições particulares da apólice.

**Prémio** – Valor pago pelo Tomador do Seguro à Seguradora como contrapartida da cobertura acordada.

**Prestações indemnizatórias** – Despesas médicas efectuadas pela pessoa segura que dão origem a um reembolso directo da Seguradora à mesma, de acordo com a percentagem, franquias, limites e sublimites estipulados nas condições particulares.

**Prestações convencionadas** – Despesas médicas efectuadas pela Seguradora na rede de prestadores, podendo englobar directamente a comparticipação da pessoa segura.

**Proposta de seguro** – Documento fornecido pela Seguradora ao Tomador do Seguro, que preenche e assina para propor a celebração do contrato.

**Próteses** – Todo o instrumento clinicamente concebido que tem por finalidade a substituição total ou parcial de um membro ou um órgão.

**Rede de prestadores** – Conjunto de prestadores de serviços médicos e medicamentosos e outras

unidades de saúde, com as quais a Seguradora e/ou o administrador de sinistros tenham celebrado um contrato de prestação de serviços que assegure à pessoa segura a prestação dos serviços garantidos pelo contrato no âmbito das prestações convencionadas.

**Segurado** - Pessoa ou entidade no interesse da qual é feito o contrato de seguro ou pessoa cuja vida, saúde ou integridade física se segura (pessoa segura).

**Serviço clinicamente necessário** - Serviço necessário para o tratamento de doença ou de lesão resultante de acidente da pessoa segura, adequados à situação diagnosticada e de reconhecida validade clínica, prestados da forma mais eficiente em termos de custos e mais adequada face ao quadro clínico desta.

**Serviços locais de ambulância** - Serviços necessários para situações de internamento, em que se verifique falta de meios técnicos e/ou humanos para prestar a devida assistência médica à pessoa segura, havendo, assim, necessidade da mesma ser transportada com os necessários cuidados para um outro prestador. A transferência de pacientes é aplicável entre prestadores convencionados, bem como entre prestadores convencionados e hospitais públicos e/ou prestadores não convencionados.

**Sinistro** - Evento ou série de eventos susceptível de accionar as garantias do presente contrato.

**Tomador do Seguro** - Pessoa ou entidade que celebra o presente contrato e é responsável pelo pagamento do prémio.

**Transplante** - Colocação, no organismo de um indivíduo, de órgão, tecido ou células, provenientes quer do próprio indivíduo, quer de outro indivíduo, com finalidade terapêutica ou para correcção de alteração morfológica.

**Urgência** - Situação clínica com potencial de falência de funções vitais.

## CLÁUSULA 2ª – OBJECTO DO CONTRATO

1. A Seguradora, de acordo com a legislação aplicável e nos termos desta apólice, garante à pessoa segura, em caso de sinistro ocorrido durante a sua vigência, um conjunto de coberturas no domínio dos cuidados de saúde, que pode integrar prestações indemnizatórias e prestações convencionadas, conforme definido nestas condições gerais, nas condições especiais e nas condições particulares aplicáveis.
2. O presente contrato de seguro não garante quaisquer despesas médicas ou medicamentos reclamados pelos serviços públicos de saúde ou por outro qualquer subsistema de saúde de que a pessoa segura seja beneficiária, assim como não garante, a título de reembolso, qualquer destas despesas.

## CLÁUSULA 3ª – ÂMBITO TERRITORIAL

Salvo convenção em contrário expressa nas condições particulares, o seguro é válido em Angola com extensão a África do Sul, Namíbia e Portugal, ou em consequência de doença súbita devidamente comprovada e ocorrida em viagem ou estadia a outros países, com duração inferior a 60 dias.

Países excluídos: Estados Unidos da América, Canadá e Países do Médio Oriente.

## CLÁUSULA 4ª – ÂMBITO E MODALIDADE DAS GARANTIAS

1. O contrato de seguro pode garantir, nos termos e limites fixados nas condições especiais, as coberturas abaixo, desde que expressamente mencionadas nas condições particulares da apólice.
  01. Internamento hospitalar
  02. Assistência ambulatoria
  03. Medicamentos
  04. Maternidade
  05. Estomatologia
  06. Próteses e ortóteses
  07. Evacuação e repatriamento
  08. Evacuação médica em Angola
  09. Medicina preventiva
2. Para além das coberturas mencionadas, poderão ser consideradas outras garantias pelo contrato de seguro, desde que devidamente indicadas e reguladas nas condições particulares.
3. O presente contrato admite coberturas com co-pagamentos, as quais implicam a comparticipação da pessoa segura no pagamento de despesas para cada benefício estabelecido nas condições especiais e/ou particulares da apólice.
4. No que respeita ao regime das prestações, as garantias consignadas pelo presente contrato, podem revestir a modalidade de prestações na rede ou convencionadas e prestações de reembolso ou indemnizatórias.
  - a) Prestações na rede ou convencionadas:

A Seguradora garante à pessoa segura o acesso a um conjunto de prestadores de serviços clínicos que integram uma rede convencionada, cujas condições de utilização se encontram previstas nestas condições contratadas. A pessoa segura suportará o valor do co-pagamento indicado nas condições contratadas.
  - b) Prestações de reembolso ou indemnizatórias:

A Seguradora garante o reembolso de despesas efectuadas pela pessoa segura com cuidados de saúde junto dos prestadores de serviços não integrados na rede convencionada de prestadores, nos termos e limites fixados nestas condições contratadas. O valor do co-pagamento indicado nas condições contratadas será deduzido ao valor a indemnizar

#### **CLÁUSULA 5ª - EXCLUSÕES GERAIS**

1. Encontram-se excluídos do âmbito do presente contrato o pagamento de prestações resultantes das seguintes situações:
  - a) Situações directamente relacionadas com condições ou tratamentos excluídos;
  - b) Custos adicionais ou aumentos de custos que derivem de condições excluídas;
  - c) Complicações que derivem de condições ou tratamentos excluídos.
2. Encontram-se excluídos do âmbito do presente contrato o pagamento de prestações resultantes das seguintes situações:
  - 1) Doenças, lesões ou quaisquer consequências resultantes de cataclismos da natureza, actos de guerra, declarada ou não, acções de terrorismo, maliciosos ou de sabotagem, ou insurreição, revolução, distúrbios laborais, tumultos rebelião ou quaisquer perturbações da ordem pública, utilização de armas químicas, bacteriológicas, agentes químicos e exposição a radiações;
  - 2) Acidentes de trabalho, acidentes em serviço, ou em qualquer actividade profissional ou de formação, remunerada ou não, bem como os acidentes em desporto profissional ou remunerado, (treino ou competição), doenças profissionais, bem como os acidentes e doenças com cobertura em seguros obrigatórios;
  - 3) Utilização de veículos motorizados de duas ou três rodas, moto-quadro, bem como aqueles para os quais o condutor e/ou ocupante não tenham habilitação legal para o efeito;
  - 4) Acidentes ocorridos em testes, treinos e participação em desportos motorizados, sejam terrestres, aéreos ou aquáticos;
  - 5) Desportos radicais ou similares, nomeadamente, mas não exclusivamente, voo em asa delta e ultraleve, parapente, prática de queda livre, incluindo pára-quedaismo, saltos ou saltos invertidos com mecanismo de suspensão corporal, bungee jumping, base jumping, wing suiting, high lining, cliff jumping, desportos náuticos praticados sobre prancha, vela em solitário, kite surf, esqui aquático, descida de torrentes ou correntes originadas por desníveis nos cursos de água, rafting, mergulho, mergulho em apneia ou com garrafas, mergulho em grutas, desportos submarinos, caça submarina, pesca de rocha, caça de animais ferozes ou que reconhecidamente sejam considerados perigosos, desportos praticados sobre neve ou gelo, escalada, alpinismo, montanhismo, espeleologia, potholing, rappel, slide, BTT, tauromaquia e largadas de touros ou rezes, hipismo, quaisquer formas de luta, artes marciais, e boxe, assim como outras actividades de igual perigosidade;
  - 6) Disfunções sexuais, seja qual for a sua origem;
  - 7) Doenças infecto-contagiosas, quando em situação de pandemia ou epidemia, declarada pelas autoridades de saúde de Angola ou pela OMS (Organização Mundial de Saúde);
  - 8) Infertilidade e actos médicos praticados no âmbito da reprodução medicamente assistida, nomeadamente, mas não exclusivamente, consultas, testes, tratamentos de infertilidade, métodos de fecundação artificial, fertilização *in vitro* ou procedimentos de transferência embrionária, bem como as consequências da aplicação dos mesmos, excepto em caso de risco de vida;
  - 9) Patologias ou tratamentos relacionados, directa ou indirectamente, com infecção por vírus da hepatite, exceptuando os resultantes da hepatite A;
  - 10) Roncopatia, apneia do sono e distúrbios correlacionados;
  - 11) Transplantes e implantes, nomeadamente implantes do foro estomatológico;
  - 12) Tratamentos cirúrgicos ou laser de refração da visão, nomeadamente em caso de miopia, astigmatismo e hipermetropia;
  - 13) Tratamentos de enfermagem prestados no domicílio e tratamentos em internamento hospitalar quando não contemplados nos serviços do hospital;
  - 14) Tratamentos e cirurgias de regulação de peso ou emagrecimento.
  - 15) Tratamentos ou cirurgias do foro estético ou plástico, desde que não tenham origem em acidente coberto pelo seguro ou não decorram de doença maligna manifestada durante a vigência do contrato que os justifiquem;
  - 16) Tratamentos e/ou cirurgia para mudança de sexo;
  - 17) Procedimentos experimentais ou que necessitem de comprovação médica, bem como todos os procedimentos de diagnóstico e terapêutica cuja segurança e eficácia clínica não estejam igualmente comprovados pela comunidade científica, de acordo com as melhores práticas médicas;

- 18) Tratamento da insuficiência venosa crónica periférica (varizes) seja por terapêutica esclerosante, laser ou qualquer outra modalidade.
  - 19) Tratamentos relacionados com problemas de desenvolvimentos físico, cognitivo ou da linguagem, bem como da aprendizagem ou de comportamento, tais como dislexia, autismo, défice de atenção ou hiperactividade;
  - 20) Tratamentos, doenças ou lesões decorrentes da utilização de estupefacientes e narcóticos não prescritos por médico, ou habituação aos mesmos quando prescritos por um médico, utilização abusiva de medicamentos, toxicodependência, intoxicação alcoólica e alcoolismo;
  - 21) Tratamentos relacionados com actos do Tomador do Seguro com prejuízo intencional da integridade física da pessoa segura ou tentativa de suicídio ou automutilação, de participação em apostas ou desafios, intervenção em duelos e rixas ou da prática de actos dolosos ou gravemente culposos ou ilícitos por parte da pessoa segura;
  - 22) Tratamentos de hemodiálise crónica, quimioterapia e radioterapia;
  - 23) Despesas relacionadas com ginástica, natação, massagens e outros similares.
  - 24) Tratamentos e serviços que não sejam clinicamente necessários bem como tratamentos de hidroterapia, medicina complementar, homeopatia, osteopatia, quiropraxia, acupunctura ou práticas semelhantes, bem como quaisquer actos e tratamentos em áreas não reconhecidas pela Ordem dos Médicos de Angola;
  - 25) Tratamentos termais e estadias em termas, sanatórios, lares, residências assistidas, casas de repouso, convalescença e cuidados continuados, centros de tratamento de toxicodependência e/ou alcoolismo e outros estabelecimentos similares;
  - 26) Tratamentos efectuados nos Estados Unidos da América e países do Médio Oriente;
  - 27) Diárias de acompanhantes da pessoa segura, excepto em caso de internamento hospitalar de menores até aos 14 anos de idade ou de portadores de deficiência;
  - 28) Métodos anticoncepcionais e de planeamento familiar, interrupção voluntária da gravidez, incluindo as situações clínicas dela decorrentes, bem como despesas efectuadas para reverter os efeitos de uma cirurgia de esterilização voluntariamente realizada;
  - 29) Despesas de medicamentos cuja introdução no mercado não tenha sido autorizada pelas entidades competentes;
  - 30) Pagamento de despesas decorrentes ou relacionadas com a aquisição ou aluguer de artigos medicinais, nomeadamente, mas não exclusivamente, algólias e sacos de contenção de urina, sacos de colostomia, fraldas de contenção, almofadas e colchões medicinais, imobilizadores, colares cervicais, meias elásticas, ligaduras, joelheiras e similares, fundas, cintas de sustentação, fitas teste para diabéticos, agulhas de insulina e aparelhos de aerossóis, ajudas físicas, auxiliares de locomoção e aparelhos auditivos;
  - 31) Co-pagamentos ou franquias resultantes de actos ou procedimentos médicos garantidos por outro seguro de saúde em vigor para a mesma pessoa segura;
  - 32) Despesas de transporte da pessoa segura para realização de tratamentos, nomeadamente de fisioterapia e diálise;
  - 33) Despesas com a recolha e armazenamento de células estaminais;
  - 34) Despesas em caso de gravidez e/ou parto de uma pessoa segura que não seja um membro ou cônjuge.
  - 35) Despesas decorrentes de procedimentos ou consultas que sejam necessários para a emissão de atestados, declarações, certificados ou informação de qualquer tipo de documento que não tenha fins assistenciais ou terapêuticos;
  - 36) Actos realizados por médicos e outros profissionais de saúde que sejam cônjuge, pais, filhos ou irmãos da pessoa segura;
  - 37) Consequências de atraso injustificado ou negligência imputáveis ao prestador de cuidados de saúde ou à pessoa segura no recurso a assistência médica, ou da recusa ou inobservância de tratamentos que lhe tenham sido prescritos;
3. No âmbito da assistência hospitalar e cirúrgica ficam sempre excluídas do presente contrato:
- 1) Todas e quaisquer técnicas cirúrgicas destinadas a corrigir erros de refração da visão (tratamento cirúrgico para miopia, hipermetropia ou astigmatismo);
  - 2) Plastias mamárias e suas consequências, excepto em caso de doenças oncológicas;
  - 3) Remoção de material de prótese mamária, excepto os casos de risco de vida para a pessoa segura;
  - 4) Operações cirúrgicas de tratamentos ósseos relacionados com gengivite, ou tratamentos derivados de desordens da articulação temporomandibular;
  - 5) Tratamentos contra a gengivite, desvitalizações, retração mandibular ou outros danos dentários;

- 6) Tratamentos e cirurgias, que constituam consequência directa de procedimentos anteriormente recusados pela Seguradora;
  - 7) Suporte de vida artificial, incluindo ventilação mecânica, por períodos superiores a 30 dias, quando não seja expectável que desse tratamento resulte o retorno da Pessoa Segura ao seu anterior estado de saúde.
4. Salvo convenção expressa em contrário nas condições particulares, ou ao abrigo de condição especial, estão igualmente excluídas as prestações decorrentes de:
- 1) Medicamentos, excepto quando sejam administrados no decurso de um internamento;
  - 2) Tratamentos ou cuidados pré-natais, pós-natais, interrupção involuntária da gravidez e parto;
  - 3) Estomatologia e medicina dentária, excepto cirurgia, em consequência de acidente abrangido por este contrato e ocorrido durante a sua vigência;
  - 4) Próteses e ortóteses não cirúrgicas;
  - 5) Vacinas;
  - 6) Exames gerais de saúde (check-up médico);
  - 7) Perturbações do foro da saúde mental, consequentes ou não de outra doença assim como internamentos psiquiátricos, desordens da personalidade, esquizofrenia, doenças histriónicas e quaisquer tratamentos de psiquiatria de carácter crónico, ficando a psiquiatria de carácter não crónico sujeita aos limites estabelecidos nas condições particulares. Excluem-se igualmente quaisquer prestações decorrentes de assistência de psicologia, consultas ou tratamentos de psicanálise, psicoterapia, hipnose e terapia do sono;
  - 8) Condições preexistentes, estado patológico, gravidez, doenças ou lesões preexistentes ou que sejam consequência de acidentes ocorridos antes da data de início ou de adesão ao seguro, salvo quando o contrário for expressamente contratado e referido nas condições particulares da apólice;
  - 9) Tratamento de doenças ou malformações congénitas;
  - 10) Patologias ou tratamentos relacionados, directa ou indirectamente, com infecção por vírus de imunodeficiência humana (HIV);
  - 11) Transplantes de órgãos e suas implicações e custos associados, assim como as despesas com transplantes que envolvam órgãos mecânicos ou de animais, remoção de órgãos de um dador, remoção de um órgão

dado a outro receptor, ou pagamento a um dador de órgãos;

5. Sem prejuízo do disposto nos números e alíneas anteriores, serão também consideradas para efeitos do contrato as exclusões específicas de cada cobertura, constantes nas respectivas condições especiais.

## **CAPÍTULO II - FORMAÇÃO, INÍCIO E DURAÇÃO DO CONTRATO, VIGÊNCIA DAS GARANTIAS, ANULABILIDADE E NULIDADE, DENUNCIA E RESOLUÇÃO DO CONTRATO**

### **CLÁUSULA 6ª - FORMAÇÃO DO CONTRATO**

1. Constituem a base deste contrato fazendo dele parte integrante, as declarações prestadas pelo Tomador de Seguro e pelas pessoas seguras na proposta, boletim de adesão de seguro e o questionário individual de saúde, bem como as demais declarações ou documentação clínica necessária à aceitação do contrato por parte da Seguradora.
2. Nos documentos referidos no número anterior deverão ser mencionados, com inteira veracidade, todos os factos ou circunstâncias que permitam a exacta apreciação do risco, que possam influir na aceitação do seguro e na correcta determinação do prémio aplicável, mesmo que alguns desses factos ou circunstâncias não se encontrem contemplados nos quesitos.

### **CLÁUSULA 7ª - DECLARAÇÃO INICIAL DO RISCO**

1. O Tomador do Seguro e a pessoa segura estão obrigados, antes da celebração do contrato, a declarar com exactidão e inteira veracidade, todos os factos ou circunstâncias que permitam a exacta apreciação do risco, que possam influir na aceitação do seguro e na correcta determinação do prémio aplicável.
2. O disposto no número interior é igualmente aplicável a circunstâncias cuja menção não seja solicitada em questionário fornecido pela Seguradora.

### **CLÁUSULA 8ª - INÍCIO DO CONTRATO**

1. O presente contrato considera-se celebrado pelo período de tempo estabelecido nas condições particulares da apólice, desde que o prémio ou fracção inicial seja pago, e produz os seus efeitos a partir das zero horas do dia imediato ao da aceitação do contrato pela Seguradora, salvo se, por acordo das partes, for aceite outra data, a qual não pode, todavia, ser anterior à da recepção da proposta pela Seguradora.

2. O contrato considera-se aprovado nos termos propostos, decorridos 30 (trinta) dias a contar da data da recepção da proposta nos serviços da Seguradora, a menos que, entretanto, por correio registado ou outro meio de que fique registo escrito, esta avise o proponente da recusa, adiamento ou da necessidade de obtenção de elementos ou de esclarecimentos adicionais para melhor determinação do risco, nomeadamente informações clínicas, relatórios ou exames médicos.
3. Se a avaliação do estado de saúde de uma pessoa a segurar determinar a recolha de elementos adicionais, nos termos do número anterior, a adesão só se considera celebrada mediante comunicação escrita da Seguradora que mencionará a data da respectiva aceitação.
4. Em resultado dos elementos complementares e/ou exames, a Seguradora poderá propor a aceitação do seguro com restrições, as quais serão igualmente comunicadas por escrito, competindo ao proponente e/ou ao Tomador de Seguro a aceitação ou recusa no prazo de 15 (quinze) dias. Findo este prazo, caso não haja resposta por parte do proponente e/ou do Tomador do Seguro, a proposta ou adesão fica sem efeito, sem prejuízo do direito da Seguradora ao reembolso dos custos que suportou.
5. O disposto nos números anteriores não invalida o decurso dos períodos de carência aplicáveis ao contrato. Nestas circunstâncias, o período de carência começa a sua contagem a partir do momento em que o contrato produz efeitos em relação a cada pessoa segura.

#### **CLÁUSULA 9ª - DURAÇÃO DO CONTRATO**

1. Quando o contrato for celebrado por um período de tempo determinado, o mesmo cessa os seus efeitos às 24 (vinte e quatro) horas do último dia de vigência.
2. Quando o contrato for celebrado por um ano, a continuar pelos seguintes, considera-se o mesmo sucessivamente renovado por períodos anuais, excepto se qualquer das partes o denunciar por correio registado, ou por outro meio do qual fique registo escrito, com a antecedência mínima de 30 (trinta) dias em relação ao termo da anuidade.

#### **CLÁUSULA 10ª - ENTRADA EM VIGOR DAS GARANTIAS**

1. Salvo disposição em contrário mencionada nas condições particulares, a entrada em vigor das garantias contratadas em relação a cada uma das pessoas seguras só se verificará, em caso de doença, após decorrido um período de carência de 30 (trinta) dias.

#### **CLÁUSULA 11ª - SUSPENSÃO DAS GARANTIAS**

1. Salvo convenção em contrário expressa nas condições especiais ou nas condições particulares, são temporariamente suspensas as garantias, relativamente às pessoas seguras que se encontrem numa das seguintes circunstâncias:
  2. O período de carência é alargado para 60 (sessenta) dias, para todas as despesas motivadas por:
    - a) Internamento hospitalar, excepto se em consequência de um acidente;
  3. O período de carência é alargado para 120 (cento e vinte) dias, para todas as despesas motivadas por:
    - a) Estomatologia;
    - b) Óculos e outras próteses, excepto se em consequência de um acidente.
  4. O período de carência é alargado para 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias, para todas as despesas motivadas por:
    - a) Gravidez, interrupção da gravidez e parto;
    - b) Intervenção cirúrgica a hérnias, seja qual for a natureza;
    - c) Litotricia renal e vesicular;
    - d) Hemorroidectomia;
    - e) Intervenção cirúrgica do foro ginecológico por patologia benigna;
    - f) Mastectomia ou tiroidectomia por patologias benignas;
    - g) Colecistectomia;
  5. O período de carência é alargado para 540 (quinhentos e quarenta) dias, em relação a despesas motivadas por:
    - a) Operações aos ouvidos, nariz e garganta;
    - b) Qualquer acto cirúrgico ao joelho;
    - c) Intervenção cirúrgica às varizes;
    - d) Extracção de quistos, nevos, sinais, verrugas e nódulos subcutâneos.
    - e) Tratamento às cataratas.
6. Não se aplicam períodos de carência em caso de acidente que requeira tratamento de urgência em hospital, quer em regime de internamento quer em regime de ambulatório.
7. Em caso de divergência entre as carências supra indicadas e as estabelecidas nas condições particulares, fica entendido que prevalecem as constantes nas condições particulares.

- a) A partir do 61º (sexagésimo primeiro) dia de permanência da pessoa segura no estrangeiro;
  - b) A partir do 61º (sexagésimo primeiro) dia de suspensão do contrato de trabalho ou do vínculo com o Tomador do Seguro.
2. A verificação das circunstâncias identificadas no número anterior deverá ser comunicada à Seguradora com a antecedência mínima de 5 (cinco) dias.
  3. As garantias do contrato manter-se-ão suspensas pelo prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias, findo o qual, a pessoa segura será excluída do contrato.
  4. Durante o período de suspensão da garantia, não será devido o pagamento de prémio nem serão devidas quaisquer despesas ocorridas neste período.
  5. A suspensão ou anulação produzem efeitos a partir dos prazos previstos nos números anteriores, mesmo que a Seguradora apenas posteriormente seja conhecedora de tais factos.
  6. Se a exclusão aplicada por força do número 3, recair sobre o membro, será igualmente **excluído**, o respectivo agregado familiar a partir da mesma data. Para retomar a sua inclusão no contrato, a pessoa segura deverá proceder como se de uma nova adesão se tratasse.

#### **CLÁUSULA 12ª - CADUCIDADE DAS GARANTIAS**

1. Salvo convenção em contrário expressa nas condições particulares da apólice, as garantias concedidas pelo contrato cessam automaticamente para cada pessoa segura:
  - a) Na data em que ocorra a morte da pessoa segura;
  - b) Na data em que o contrato de seguro seja resolvido ou denunciado;
  - c) Na data de vencimento do contrato igual ou imediatamente seguinte à data em que a pessoa segura atinge os 70 anos de idade, ou outra que, para o efeito, fique estabelecida nas condições particulares;
  - d) Imediatamente após a data de rescisão do contrato de trabalho ou da perda do vínculo com o Tomador de Seguro;
  - e) Na data em que uma pessoa segura deixe de pertencer ao agregado familiar por não preencher os requisitos definidos na CLÁUSULA 1ª - DEFINIÇÕES.
2. As coberturas do agregado familiar terminam na mesma data da cessação das garantias do membro.

#### **CLÁUSULA 13ª - ANULABILIDADE E NULIDADE DO CONTRATO**

1. O presente contrato é anulável e a Seguradora tem direito a ser reembolsada das indemnizações já pagas, bem como a receber os prémios vencidos se, intencionalmente, o Tomador do Seguro e a pessoa segura omitirem qualquer circunstância que seja do seu conhecimento e que poderia ter influenciado a celebração do contrato.
2. A Seguradora perde o direito à anulação do contrato se, decorridos dois meses sobre o conhecimento das omissões ou inexactidões do Tomador do Seguro ou da pessoa segura, nada comunicar.
3. Tendo sido detectadas omissões ou declarações inexactas na altura do sinistro, a indemnização será reduzida na proporção do prémio fixado e do que deveria ter sido se o risco fosse exactamente declarado.
4. Se o contrato disser respeito a riscos distintos, o preceituado no número anterior aplicar-se-á apenas relativamente àqueles a que se refere a omissão ou inexactidão, salvo se a Seguradora demonstrar que não teria celebrado o contrato sem a parte viciada.
5. O presente contrato considera-se nulo e de nenhum efeito se, aquando da sua celebração, tiver cessado o risco, o contrato for celebrado para beneficiar dos efeitos de um sinistro já ocorrido ou tiver havido fraude e/ou má-fé do Tomador do Seguro e/ou pessoa segura.
6. Estabelece-se e é aceite que a anulação do contrato, quando efectivada por responsabilidade do Tomador do Seguro, não confere o direito à devolução do prémio pago.

#### **CLÁUSULA 14ª - DENÚNCIA E RESOLUÇÃO DO CONTRATO**

1. Qualquer das partes pode opor-se à renovação automática, denunciando o contrato, desde que o comunique à outra parte, por correio registado ou outro meio de que fique registo escrito, com uma antecedência mínima de 30 (trinta) dias em relação ao termo da anuidade que estiver em curso.
2. O contrato de seguro pode ser resolvido por qualquer das partes, a todo o tempo, havendo justa causa, nos termos gerais.
3. A resolução do contrato por falta de pagamento do prémio fica sujeita ao disposto nas disposições legais e contratuais aplicáveis.
4. A resolução do contrato produz os seus efeitos às 24 (vinte e quatro) horas do próprio dia em que se verifique.

## **CAPÍTULO III – ADMISSÃO E EXCLUSÃO DE PESSOAS SEGURAS, ALTERAÇÃO E MODIFICAÇÃO DE RISCO E PLANO DE GARANTIAS**

### **CLÁUSULA 15ª – ALTERAÇÕES AO CONTRATO**

#### **I. Pela Seguradora:**

- a) A Seguradora pode propor a alteração das coberturas, dos capitais seguros, franquias, co-pagamentos e do prêmio, bem como dos critérios de utilização do financiamento ou reembolso de despesas de saúde, para vigorar na anuidade seguinte do contrato, desde que estas alterações sejam comunicadas pela Seguradora ao Tomador do Seguro com 30 (trinta) dias de antecedência relativamente à data de renovação do contrato ou da cobertura.
- b) O Tomador do Seguro deverá aceitar ou recusar a proposta no prazo de 15 (quinze) dias, findo o qual se entende aprovada a modificação proposta, caso venha a ser pago o prêmio correspondente à anuidade subsequente ou à primeira fracção desta.
- c) Não sendo aceite a proposta pelo Tomador do Seguro, o contrato deverá ter-se por denunciado pela Seguradora, para o termo da anuidade em curso.

#### **II. Pelo Tomador do Seguro:**

- a) Admissão de pessoas seguras
- b) É admitida a inclusão de pessoas que tenham um vínculo com Tomador de Seguro, assim como os elementos do agregado familiar, conforme definições da CLÁUSULA 1ª – DEFINIÇÕES, salvo se o contrário for expressamente definido nas condições particulares da apólice.
- c) À inclusão de pessoas seguras na qualidade de cônjuge ou equiparado, é exigida a idade mínima de 18 anos.
- d) A inclusão de recém-nascidos num contrato que tenha como pessoa segura pelo menos um dos pais é aceite sem períodos de carência.
- e) Salvo se outra data for previamente acordada, considera-se que uma adesão está aceite em condições normais, decorridos 30 (trinta) dias após recepção do respectivo boletim de adesão, a menos que, entretanto, por correio registado ou outro meio de que fique registo escrito, a Seguradora avise o proponente da recusa, adiamento ou da necessidade de obtenção de elementos ou de esclarecimentos adicionais.
- f) A entrada em vigor das garantias para as pessoas seguras incluídas durante a vigência do contrato, fica sujeita aos períodos de

carência previstos na CLÁUSULA 10ª - ENTRADA EM VIGOR DAS GARANTIAS.

#### **5. Exclusão de pessoas seguras**

- a) A exclusão de pessoas seguras é solicitada mediante comunicação à Seguradora, com uma antecedência mínima de 30 (trinta) dias em relação à data de produção de efeitos. A Seguradora procederá ao estorno do prêmio pago relativo ao período não decorrido nos termos da CLÁUSULA 19ª - ALTERAÇÃO OU ACTUALIZAÇÃO DOS PRÉMIOS e da CLÁUSULA 20ª - ESTORNO DOS PRÉMIOS.
- b) A Seguradora reserva-se ao direito de excluir a pessoa segura, quando esta ou o beneficiário com o seu consentimento, pratiquem actos fraudulentos em prejuízo da Seguradora ou do Tomador de Seguro.
- c) A substituição de filhos e cônjuges apenas é permitida no vencimento apólice.

#### **6. Transição para seguro individual**

A pessoa segura que cesse o seu direito às garantias do contrato por deixar de se enquadrar nas condições do seguro de grupo, mas pretenda continuar segura, poderá solicitar a subscrição de um seguro de saúde individual respeitando as seguintes condições:

- a) Formular o pedido num prazo máximo de 30 (trinta) dias após terminar a adesão contrato anterior;
- b) Subscrever um seguro individual com coberturas, limites de participação e reembolso não superiores aos da anterior apólice, de acordo com os planos disponíveis.
- c) Aceitar as novas condições de vigência determinadas pela Seguradora;
- d) Não serão aplicados períodos de carência desde que, para iguais coberturas, houvesse já cumprido esse período na apólice anterior;
- e) Quando a Pessoa segura tiver permanecido no seguro de grupo da apólice anterior por um período de tempo superior a 36 (trinta e seis) meses, não necessita de preencher o questionário de saúde. Mantém-se a obrigatoriedade de o fazer caso a permanência na apólice tenha sido inferior.

#### **7. Alteração do plano de garantias**

- a) A alteração do plano contratado é solicitada pelo Tomador do Seguro, mediante comunicação à Seguradora, com uma antecedência mínima de 90 (noventa) dias em relação à data de vencimento, no âmbito dos planos em comercialização.
- b) A partir da data de início do novo plano, são considerados períodos de carência relativos a novas coberturas ou a aumentos de capital nas coberturas do plano anterior.

- c) No caso de aumento ou inclusão de garantias, a Seguradora poderá solicitar às pessoas seguras novos questionários de saúde para análise do pedido.
- d) Se a Seguradora aceitar a alteração, esta só produzirá efeitos a partir da data de renovação do contrato, contando-se os eventuais períodos de carência a partir dessa data.

#### **CLÁUSULA 16ª - MODIFICAÇÃO DO RISCO**

1. Durante a vigência do contrato, o Tomador de Seguro e as pessoas seguras obrigam-se a comunicar à Seguradora quaisquer factos ou circunstâncias que alterem ou modifiquem as condições do risco seguro, no prazo de 8 (oito) dias a partir da data em que deles tenham conhecimento, cabendo à Seguradora a decisão de aceitar ou não essa modificação.
2. Se a Seguradora aceitar a modificação produzida no risco, poderá também propor a alteração das condições de vigência da apólice, dispondo de 15 (quinze) dias, a partir da data da comunicação prevista no número anterior para informar o Tomador de Seguro da sua decisão.
3. Se a Seguradora não aceitar a alteração do risco, o contrato ou a adesão será resolvido, sendo que a resolução produzirá efeitos às 24 (vinte e quatro) horas do dia seguinte à data em que tal decisão for comunicada pela Seguradora ao Tomador de Seguro.
4. O Tomador de Seguro dispõe de igual prazo de 15 (quinze) dias a partir da data da comunicação da Seguradora para, não aceitando as novas condições, resolver o contrato, sendo que, a resolução produzirá efeitos às 24 (vinte e quatro) horas do dia seguinte à data em que tal decisão for comunicada pelo Tomador de Seguro à Seguradora.
5. As alterações considerar-se-ão tacitamente aceites no caso de alguma das partes não se pronunciar em contrário dentro dos prazos previstos neste artigo.
6. As alterações consequentes das novas condições devem constar de acta adicional a emitir pela Seguradora.
7. Se o Tomador de Seguro ou a pessoa segura não comunicarem à Seguradora, por escrito, a modificação do risco ou se a sua omissão ou inexactidão de declarações possam ter influído na manutenção do contrato, este considerar-se-á resolvido com efeitos respectivamente à data em que a comunicação deveria ter sido feita à Seguradora ou àquela em que a omissão ou inexactidão das declarações foram prestadas sem lugar a qualquer estorno de prémio.

## **CAPÍTULO IV - PAGAMENTO, FRACCIONAMENTO, ALTERAÇÃO OU ACTUALIZAÇÃO E ESTORNO DOS PRÉMIOS**

### **CLÁUSULA 17ª - FRACCIONAMENTO DOS PRÉMIOS**

1. Nos contratos celebrados por períodos anuais, renováveis ou não, o prémio a cobrar corresponde a cada período de duração, sendo devido por inteiro.
2. Sem prejuízo do indicado no número anterior, quando contratado, admite-se o fraccionamento mensal, semestral ou trimestral do pagamento do prémio.

### **CLÁUSULA 18ª - PAGAMENTO DOS PRÉMIOS**

1. Na vigência do contrato, a Seguradora deve avisar por escrito, por carta ou por outra forma de que fique registo da existência de comunicação, ao Tomador do Seguro, o montante a pagar, assim como a forma e o lugar de pagamento, com uma antecedência mínima de 30 (trinta) dias em relação à data em que se vence o prémio ou fracção deste.
2. Do aviso, devem constar, de modo legível, as consequências da falta de pagamento do prémio ou da sua fracção.
3. Nos contratos em que seja convencionado o pagamento do prémio em fracções de periodicidade igual a três meses e em cuja documentação contratual se indiquem as datas de vencimento das sucessivas fracções do prémio e os respectivos valores a pagar, bem como as consequências do seu não pagamento, a Seguradora pode optar por não enviar o aviso referido no n.º 1, cabendo-lhe, nesse caso, a prova da emissão da aceitação e do envio ao Tomador do Seguro da documentação contratual referida neste número.
4. O prémio ou fracção inicial é devido na data da celebração do contrato, pelo que a eficácia deste depende do pagamento respectivo, no prazo estipulado para o efeito. O prémio ou fracções seguintes são devidos nas datas estabelecidas nos avisos.
5. A falta de pagamento do prémio inicial, ou da primeira fracção deste, na data de vencimento, determina a resolução automática do contrato a partir da data da sua celebração.
6. A falta de pagamento de um prémio de anuidades subsequentes, ou da primeira fracção deste, na data de vencimento, impede a prorrogação do contrato.

7. A falta de pagamento determina a resolução automática do contrato na data de vencimento de:
  - a) Uma fracção do prémio no decurso de uma anuidade;
  - b) Um prémio de acerto ou parte de um prémio de montante variável;
  - c) Um prémio adicional resultante de uma modificação do contrato fundada num agravamento superveniente do risco.
8. O não pagamento, até à data do vencimento, de um prémio adicional resultante de uma modificação contratual determina a ineficácia da alteração, subsistindo o contrato com o âmbito e nas condições que vigoravam antes da pretendida modificação, a menos que a subsistência do contrato se revele impossível, caso em que se considera resolvido na data do vencimento do prémio não pago.
9. Nos casos em que a subsistência do contrato se revele impossível e tenha havido pagamento de algum prémio, haverá lugar a estorno do prémio relativo ao período do contrato não transcorrido.

#### **CLÁUSULA 19ª – ALTERAÇÃO OU ACTUALIZAÇÃO DOS PRÉMIOS**

1. Não havendo alteração das garantias ou do risco, qualquer alteração do prémio apenas poderá efectivar-se no vencimento anual, mediante aviso prévio ao Tomador do Seguro com a antecedência mínima de 30 (trinta) dias.
2. Nos contratos celebrados por um ano e renováveis anualmente, o prémio da anuidade a iniciar poderá ser recalculado para um novo prémio, nomeadamente com origem na evolução de custos e quantidade dos actos médicos pagos, mediante aviso prévio da Seguradora ao Tomador do Seguro com uma antecedência mínima de 30 (trinta) dias.
3. Os prémios serão actualizados no vencimento imediatamente a seguir à data de aniversário da pessoa segura, caso se verifique mudança de escalão etário da mesma.

#### **CLÁUSULA 20ª – ESTORNO DOS PRÉMIOS**

Quando, por força de alteração ou resolução do contrato, houver lugar, nos termos da lei, a estorno ou reembolso do prémio, este será calculado nos seguintes termos:

1. Se a iniciativa for do Tomador do Seguro, a Seguradora devolverá ao Tomador do Seguro, o prémio processado/pago, calculado proporcionalmente ao período de tempo não decorrido.

## **CAPÍTULO V – VALORES SEGUROS, FRANQUIAS, COMPARTICIPAÇÕES, CO-PAGAMENTOS, SUB-ROGAÇÃO, COMPENSAÇÃO DE CRÉDITOS E COEXISTÊNCIA DE CONTRATOS**

#### **CLÁUSULA 21ª – VALORES SEGUROS E FRANQUIAS**

1. Os valores máximos garantidos pela apólice, assim como as franquias, co-pagamentos e participações contratadas, constam das condições particulares e vigoram em cada anuidade do contrato.
2. A Seguradora garante à pessoa segura o pagamento das despesas efectuadas, até ao limite contratado, em cada período de vigência do contrato.

#### **CLÁUSULA 22ª – SUB-ROGAÇÃO**

1. A Seguradora, uma vez paga a indemnização, fica, nos termos da lei, sub-rogada, até à concorrência do valor da mesma, em todos os direitos da pessoa segura contra terceiro responsável pelos prejuízos, obrigando-se aquela a praticar o que necessário for para efectivar esses direitos.
2. A Pessoa segura responderá por perdas e danos por qualquer acto ou omissão voluntária que possa impedir ou prejudicar o exercício desses direitos.

#### **CLÁUSULA 23ª – COMPENSAÇÃO DE CRÉDITOS**

No acto de pagamento de qualquer importância ao abrigo deste contrato, a Seguradora, sempre que a lei o permita, poderá proceder ao desconto de quaisquer quantias que lhe sejam devidas pelo Tomador do Seguro ou pela pessoa segura.

#### **CLÁUSULA 24ª – COEXISTÊNCIA DE CONTRATOS**

1. O Tomador do Seguro e a pessoa segura ficam obrigados a participar à Seguradora, sob pena de responderem por perdas e danos, a existência de outros seguros com o mesmo objecto e garantia ainda que seja uma apólice emitida por outra seguradora.
2. No caso de um mesmo segurado estar coberto por duas apólices de seguro saúde da Unisaúde Seguros S. A., e sendo ele detentor de cartões de segurado de ambas, os sinistros serão imputados à apólice correspondente ao cartão apresentado pelo segurado ao prestador no momento do atendimento.
3. Caso um tratamento exceda o limite de cobertura da apólice cujo cartão foi apresentado, o segurado poderá apresentar o outro cartão para cobrir o valor correspondente ao excesso de limite. Analogamente, se durante um procedimento de internamento, por exemplo, houver o atingimento

do limite da cobertura do cartão utilizado para autorização do internamento, o segurado poderá informar ao prestador ou à Unisaúde Seguros S. A. directamente, e solicitar a utilização o limite remanescente da outra apólice da qual também é segurado.

4. Se à data do sinistro existir mais do que um contrato de seguro, com a mesma pessoa segura e cobertura, a presente apólice apenas funcionará em caso de inexistência, nulidade, ineficácia ou insuficiência de seguros anteriores.
5. Em caso algum a pessoa segura poderá receber um reembolso de valor superior ao montante das despesas realizadas.
6. Para efeito desta cláusula, são equiparados a seguros quaisquer sistemas que permitam o reembolso ou comparticipação de despesas de âmbito similar às garantidas por este contrato, de que seja beneficiária a pessoa segura.

## **CAPÍTULO VI – OBRIGAÇÕES E DIREITOS DAS PARTES CONTRATANTES E PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO**

### **CLÁUSULA 25ª – OBRIGAÇÕES E DIREITOS DO TOMADOR DO SEGURO E/OU DA PESSOA SEGURA**

1. O Tomador de Seguro deve informar as pessoas seguras sobre as coberturas e exclusões contratadas, as obrigações e direitos em caso de sinistro e as alterações que ocorram posteriormente conforme documento elaborado pela Seguradora.
2. O Tomador de Seguro deverá pagar o prémio do seguro nas datas e pelas importâncias estipuladas pela Seguradora.
3. O Tomador de Seguro obriga-se a comunicar por escrito à Seguradora qualquer mudança de residência/sede, considerando-se como recebida por ele toda a correspondência enviada para a sua última residência que conste nos registos e documentos da Seguradora.
4. Os médicos, clínicas e quaisquer outros prestadores de serviços são da livre escolha da pessoa segura, porém, a pessoa segura só terá direito a prestações convencionadas quando optar pela rede de prestadores.
5. A ocorrência de um erro administrativo não pode privar a pessoa segura das prestações devidas pelo contrato, do mesmo modo que, também, não pode criar o direito a benefícios não contratados.
6. Em caso de sinistro coberto pelo presente contrato, o Tomador do Seguro e a pessoa segura, sob pena de responderem por perdas e danos, obrigam-se a:

- a) Tomar as medidas ao seu alcance para evitar o agravamento do sinistro;
  - b) Participar o sinistro à Seguradora, por escrito, nos 8 (oito) dias imediatos à sua ocorrência;
  - c) Realizar, sempre que solicitados, exames que serão suportados pela Seguradora, em médicos por ela designados, cessando a responsabilidade da mesma se não o fizer;
  - d) Autorizar, no âmbito de sinistro que motive um pedido de prestação ou de reembolso por cuidados de saúde ao abrigo do contrato de seguro, os médicos e outros profissionais ou instituições de saúde a que tenha recorrido, a prestar ao médico que a Seguradora designar, as informações por este solicitadas relativas ao seu estado de saúde e aos serviços clínicos prestados.
  - e) Fornecer à Seguradora os meios de prova que razoavelmente estejam ao seu alcance e que se mostrem necessários e adequados a confirmar a veracidade das declarações.
7. No regime de prestações por reembolso, o Tomador do Seguro e a pessoa segura obrigam-se ainda a apresentar à Seguradora os recibos originais das despesas, no prazo máximo de 90 (noventa) dias a contar da data da sua realização.
  8. Sempre que os originais tenham sido utilizados pela pessoa segura para pedido de reembolso de despesas a outra entidade, podem ser apresentadas fotocópias dos mesmos, desde que acompanhados de declaração emitida pela mesma entidade que faça prova do valor total da despesa e do valor do reembolso.
  9. De igual modo, sempre que a Pessoa segura necessite de apresentar os originais para efeitos de pedido de reembolso posterior a outra entidade, apresentará, para o efeito, fotocópias dos mesmos, acompanhadas de declaração emitida pela Seguradora, por forma a fazer prova do valor total da despesa e do valor do reembolso.
  10. A Seguradora não assume a responsabilidade pelas consequências de atraso ou negligência imputáveis à pessoa segura no recurso à assistência, o mesmo acontecendo se ela se recusar a seguir os tratamentos prescritos.
  11. O Tomador do Seguro e a pessoa segura, respondem nos termos legais por perdas e danos, nos casos de fraude, simulação e falsidade para justificar despesas de saúde ou em qualquer outro uso de meios dolosos, que visem uma utilização abusiva do contrato para obter um benefício ilegítimo.

## **CLÁUSULA 26ª - PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO**

A pessoa segura, na utilização dos benefícios conferidos pelo presente contrato deve:

### **1. Nas prestações convencionadas:**

- a) Escolher e dirigir-se a um prestador da rede convencionada;
- b) Apresentar o seu cartão de saúde juntamente com um documento de identificação oficial, com fotografia;
- c) Pagar, no momento do atendimento, o valor que, de acordo com as condições particulares, for fixado a título de franquia, co-pagamento ou que exceda o capital seguro;
- d) Solicitar ao administrador de sinistros ou à Seguradora, nos termos do número 4 desta cláusula, a autorização para obtenção de determinados serviços médicos, conforme previsto nas condições particulares.

### **2. Nas prestações Indemnizatórias ou de reembolso:**

- a) Solicitar ao administrador de sinistros ou à Seguradora, nos termos do número 4 desta cláusula, a autorização para obtenção de determinados serviços médicos, conforme previsto nas condições particulares;
- b) Apresentar o impresso de participação de sinistros devidamente preenchido;
- c) Apresentar a prescrição médica para os exames complementares de diagnóstico e tratamentos realizados, bem como para os medicamentos, próteses e ortóteses adquiridos;
- d) Apresentar os originais dos recibos das despesas médicas realizadas, sem rasuras ou omissões sob pena de serem recusados, devendo obedecer aos seguintes requisitos:
  - i. Identificação da pessoa segura a que respeitam;
  - ii. Discriminação dos serviços prestados e das despesas feitas, incluindo, quando for o caso, o número de dias de hospitalização;
  - iii. Em papel timbrado e em obediência das normas legais, nomeadamente de natureza fiscal;
  - iv. Os recibos de honorários médicos deverão ainda indicar a especialidade médica.
- e) Apresentar os originais de todos os recibos das despesas, observando o disposto no n. 7 da CLÁUSULA 25ª - OBRIGAÇÕES E DIREITOS DO TOMADOR DO SEGURO E/OU DA PESSOA SEGURA.

### **3. Informação clínica:**

As pessoas seguras devem em qualquer dos casos previstos nos números anteriores:

- a) Informar com verdade o administrador de sinistros ou a Seguradora sobre as circunstâncias e consequências da doença ou acidente, no prazo máximo de 8 (oito) dias após constatação do facto;
- b) No caso de acidente deverão proceder a descrição detalhada: (data, local, hora, causas e consequências, o estabelecimento hospitalar a que recorreu, as testemunhas, as autoridades que dele tomaram conhecimento e a identificação do eventual responsável);
- c) Cumprir as prescrições do médico a que tenha recorrido e remeter à Seguradora, em conjunto com a participação, o relatório médico relativo ao sinistro e tratamento;
- d) Sujeitar-se a exames, por médicos designados pela entidade gestora ou pela Seguradora, caso estes o considerem necessários;
- e) Autorizar os médicos e hospitais a que tenham recorrido a facultar aos serviços clínicos da entidade gestora ou da Seguradora, os relatórios clínicos e quaisquer outros elementos que estes tenham por convenientes para documentar o processo, incluindo informações sobre o estado de saúde anterior ao sinistro.

### **4. Autorizações:**

A pessoa segura deverá solicitar, junto do prestador da rede credenciada, do administrador de sinistros ou da Seguradora, de acordo com o definido nas presentes condições gerais e especiais a autorização para a realização dos actos médicos.

- a) A autorização, em caso de hospitalização e/ou cirurgia, deve ser requerida com uma antecedência mínima de 72 (setenta e duas) horas.
- b) Em caso de uma situação de emergência que impeça a pessoa segura de requerer antecipadamente a autorização, a Seguradora garante as primeiras 24 horas de internamento hospitalar.
- c) Caso se verifique posteriormente que o evento ou a patologia que deu origem ao sinistro se encontra excluído pelas condições gerais e/ou especiais da apólice, as despesas assumidas pela seguradora ser-lhe-ão ressarcidas pelo Tomador do Seguro num prazo máximo de 60 (sessenta) dias.
- d) O Tomador de Seguro e/ou as pessoas seguras responderão por eventuais perdas e danos caso não sejam seguidos os procedimentos previstos nos números

anteriores, sem prejuízo do direito às prestações a que a pessoa segura tenha direito, sempre que o acto médico venha a ser posteriormente autorizado pela Seguradora ou pelo administrador de sinistros.

- e) O administrador de sinistros ou a Seguradora deverão informar as pessoas seguras sempre que futuramente outros serviços clínicos necessitem de autorização.
- f) Quando a pessoa segura solicitar um termo de responsabilidade em que, atendendo ao tipo de actos médicos a realizar, seja previsível que o valor das despesas exceda o capital seguro disponível para o efeito, o termo de responsabilidade que seja emitido pela Seguradora ficará limitado ao capital seguro disponível, ficando a pessoa segura responsável pelo valor excedente.
- g) Os pagamentos devidos pela Seguradora são efectuados em Angola, em Moeda Nacional - Kwanza. No caso de despesas efectuadas em moeda estrangeira, a conversão em Kwanza é feita nos termos da CLÁUSULA 37ª - MOEDA.

#### **CLÁUSULA 27ª - OBRIGAÇÕES DA SEGURADORA**

Constitui obrigação da Seguradora, directamente ou por intermédio do administrador de sinistros, o cumprimento pontual dos seus compromissos perante o Tomador do Seguro e as pessoas seguras, nomeadamente:

1. Informar o Tomador de Seguro das condições de celebração e vigência do contrato, esclarecer sobre todos os factos necessários ao entendimento e às condições do seguro que possam influir na sua vontade em formalizar o mesmo.
2. Informar o Tomador de Seguro das situações de incumprimento contratual e respectivas obrigações e consequências da inobservância das mesmas.
3. Fornecer o cartão *Unisaúde Seguros* de acesso à rede convencionada, bem como disponibilizar informações sobre os serviços da rede.
4. Analisar com prontidão e diligência os pedidos de autorização, decidindo sobre os mesmos em prazo não superior a 3 dias úteis, contados desde a data em que forem recebidos todos os elementos necessários à sua apreciação.
5. Proceder ao reembolso das prestações, no prazo máximo de 30 (trinta) dias úteis a contar da data em que foi efectuado o apuramento das participações a pagar, de acordo com o estipulado nas condições particulares. Se decorrido este prazo, a Seguradora, na posse de todos os elementos indispensáveis ao reembolso das

prestações, não tiver realizado essa obrigação, por causa não justificada ou que lhe seja imputável, incorrerá em mora, vencendo a indemnização juros à taxa legal em vigor.

### **CAPÍTULO VII - REDES DE PRESTADORES, TRATAMENTO FORA DA REDE DE PRESTADORES E RECLAMAÇÃO**

#### **CLÁUSULA 28ª - REDE DE PRESTADORES**

1. A pessoa segura, em caso de necessidade de tratamento médico, deve dirigir-se à rede de prestadores convencionados de serviços médicos.
2. A Seguradora e o administrador de sinistros deverão utilizar critérios profissionais prudentes na selecção dos seus prestadores de serviços, não sendo, porém, responsáveis pelos seus actos, omissões ou atrasos causados por greves ou condicionalismos que estejam para além do seu controlo.
3. Fica acordado e entendido que a Seguradora e/ou o administrador de sinistros podem, a qualquer momento, alterar a rede de prestadores, cuja composição se encontra permanentemente actualizada em [www.unisaudeseguros.co.ao](http://www.unisaudeseguros.co.ao).

#### **CLÁUSULA 29ª - TRATAMENTO FORA DA REDE DE PRESTADORES**

1. O recurso a unidades de tratamento fora da rede de prestadores de serviços médicos referidos na cláusula anterior sendo as despesas médicas e medicamentosas contraídas pela pessoa segura reembolsadas pela Seguradora na percentagem e limites previstos nas condições particulares.
2. As despesas médicas pré-autorizadas pelo administrador de sinistros ou pela seguradora têm garantia de reembolso integral na percentagem e limites previstos nas condições particulares.
3. O valor reembolsável fica limitado ao custo médio praticado, para os mesmos procedimentos, pelas unidades de saúde do mercado nacional.
4. Em caso de tratamento fora da rede de prestadores, a pessoa segura deve, no prazo de 48 (quarenta e oito) horas, contadas do início da ocorrência médica, comunicar à Seguradora essa situação, sob pena desta não se responsabilizar pelo pagamento do reembolso referido nos números anteriores.

#### **CLÁUSULA 30ª - RECLAMAÇÃO**

1. A pessoa segura que esteja a ser submetida a tratamento médico pode apresentar reclamação, desde o início do tratamento até à altura em que é clinicamente confirmado que o mesmo já não é

necessário ou até o expirar do período de vigência da apólice, seja qual for o evento que ocorrer primeiro.

2. A reclamação da pessoa segura deve ser acompanhada de documentação original, incluindo passaporte em caso de despesas médicas e medicamentosas contraídas no exterior do país, facturas de apoio e recibos, devendo posteriormente ser submetida com um formulário de reclamação totalmente preenchido e assinado pela pessoa segura ou pelo seu representante legal.
3. As reclamações relativas à execução do presente contrato serão resolvidas de acordo com o estabelecido nas normas em vigor, designadamente no Aviso n.º 1/15, de 13 de Outubro, da Agência Angolana de Regulação e Supervisão de Seguros, sobre o Centro de Reclamações e o Provedor de Clientes, publicado no Diário da República da II Série – N.º 182.
4. A falta de reclamação, dentro do prazo estabelecido pelas condições gerais, não deverá invalidar ou reduzir reclamações futuras se se provar que não foi razoavelmente possível apresentar tal reclamação e respectiva documentação dentro do tempo requerido e que a mesma teria sido feita tão cedo quanto razoavelmente possível.
5. Fica acordado e entendido que, sempre que for apresentada reclamação pelo tratamento médico recebido e a pessoa segura subsequentemente reclamar por um novo tratamento, o qual não esteja de forma alguma relacionado com o tratamento anterior, a reclamação subsequente será considerada uma nova reclamação.

## **CAPÍTULO VII – DISPOSIÇÕES DIVERSAS**

### **CLÁUSULA 34ª – COMUNICAÇÕES E NOTIFICAÇÕES ENTRE AS PARTES**

1. As comunicações ou notificações do Tomador do Seguro ou da pessoa segura previstas nesta apólice consideram-se válidas e eficazes caso sejam efectuadas para a sede social da Seguradora.
2. As comunicações previstas no presente contrato devem revestir forma escrita ou ser prestadas por outro meio de que fique registo duradouro.
3. A Seguradora só está obrigada a enviar as comunicações previstas no presente contrato se o destinatário das mesmas estiver devidamente identificado no contrato, considerando-se validamente efectuadas se remetidas para o respectivo endereço constante da apólice.
4. A alteração de morada ou de sede do Tomador do Seguro ou do segurado deve ser comunicada à

Seguradora, nos trinta dias subsequentes à data em que se verifica, por correio registado ou outro meio de que fique registo escrito, sob pena de as comunicações ou notificações que a Seguradora venha a efectuar para a morada desactualizada se terem por válidas e eficazes.

### **CLÁUSULA 35ª – EFICÁCIA EM RELAÇÃO A TERCEIROS**

As excepções, invalidades e demais disposições que, de acordo com o presente contrato ou com a lei, sejam invocáveis face ao Tomador do Seguro ou à pessoa segura, sê-lo-ão igualmente em relação a terceiros que dele beneficiem.

### **CLÁUSULA 36ª – INTERVENÇÃO DO MEDIADOR DE SEGUROS**

Nenhum mediador de seguros se presume autorizado a, em nome da Seguradora, celebrar ou extinguir contratos de seguro, a contrair ou alterar as obrigações deles emergentes ou a validar declarações adicionais.

### **CLÁUSULA 37ª – MOEDA**

1. Qualquer indemnização devida ao abrigo da apólice será paga em Moeda Nacional vigente.
2. Havendo referência no contrato a capitais expressos em moeda estrangeira, os mesmos serão convertidos e a indemnização paga em Moeda Nacional Vigente, sendo o contravalor calculado com base na taxa de câmbio de venda da moeda estrangeira, publicada pelo Banco Nacional de Angola à data de ocorrência do sinistro.

### **CLÁUSULA 38ª – CONFIDENCIALIDADE DA INFORMAÇÃO**

O Tomador do Seguro e as pessoas seguras autorizam a Seguradora a facultar ao administrador de sinistros toda a informação confidencial deste contrato.

### **CLÁUSULA 39ª – LEGISLAÇÃO APLICÁVEL**

A lei aplicável a este contrato é a lei angolana.

### **CLÁUSULA 40ª – ARBITRAGEM**

Todas as divergências que possam surgir em relação à aplicação deste contrato de seguro podem ser resolvidas por meio de arbitragem, nos termos da lei em vigor.

### **CLÁUSULA 41ª – FORO**

O foro competente para dirimir qualquer litígio emergente deste contrato é o do local de emissão da apólice.



ANEXO I  
CONDIÇÕES ESPECIAIS

## ANEXO I – CONDIÇÕES ESPECIAIS

### DISPOSIÇÕES COMUNS

Na parte aqui não especificamente regulamentada, aplicam-se às condições especiais a seguir indicadas as disposições constantes das condições gerais.

As garantias destas condições especiais só são aplicáveis quando previamente contratadas e para o efeito expressamente mencionados nas condições particulares.

### 1. INTERNAMENTO HOSPITALAR

#### Cláusula 1ª – Âmbito da cobertura

Ao abrigo desta condição especial, a Seguradora garante, até ao limite estabelecido nas condições particulares, o pagamento de despesas com os actos de diagnóstico e terapêutica, realizadas em ambiente hospitalar e com internamento igual ou superior a 24 (vinte e quatro) horas. Considera-se igualmente garantidas por esta condição especial as despesas de permanência na unidade hospitalar de duração inferior a 24 (vinte e quatro) horas, quando decorrentes de cirurgia realizada em bloco operatório, com recurso a anestesia e recuperação em sala de recobro.

Consideram-se garantidas as despesas relacionadas com:

- a) Utilização das instalações e equipamentos necessários à realização dos actos em ambiente hospitalar, tais como quarto, enfermaria, bloco operatório, sala de recobro;
- b) Honorários relacionados com os actos realizados em ambiente hospitalar, tais como honorários de médicos, técnicos e de equipas cirúrgicas;
- c) Meios complementares de diagnóstico e terapêutica associados aos actos realizados em ambiente hospitalar;
- d) Medicamentos administrados durante o período de hospitalização e associados aos actos realizados;
- e) Materiais, equipamentos e produtos associados aos actos realizados em ambiente hospitalar;
- f) Material de osteossíntese e próteses intra-cirúrgicas quando previamente autorizadas pela Seguradora;
- g) Cirurgia maxilo-facial, estomatologia e medicina dentária decorrentes de acidente coberto pelo contrato e do qual resulte internamento hospitalar;
- h) Transporte de ambulância, entre estabelecimentos clínicos ou hospitalares,

desde que o estado de saúde da pessoa segura o justifique.

#### Cláusula 2ª - Exclusões

Sem prejuízo das exclusões previstas na cláusula 5ª das condições gerais, não fica garantido ao abrigo da presente condição especial de internamento hospitalar, o pagamento de despesas decorrentes ou relacionadas com:

- a) Pequenas cirurgias realizadas sem recurso ao bloco operatório;
- b) Gravidez, parto ou interrupção de gravidez;
- c) Despesas de natureza particular ou que não tenham natureza clínica;
- d) Internamento e despesas consequentes de cuidados continuados, internamento com finalidade meramente paliativa por convalescença, reabilitação ou recuperação;
- e) Internamento com a finalidade específica de realizar exames auxiliares de diagnóstico, salvo quando previamente autorizada pela Seguradora mediante necessidade médica objectiva.

#### Cláusula 3ª - Regime de prestações

As garantias desta condição especial podem ocorrer na modalidade de prestações na rede e/ou na modalidade de prestações indemnizatórias, ou conforme definido nas condições particulares.

O acesso aos serviços garantidos pela presente condição especial, carece sempre de uma prévia autorização que deverá ser solicitada ao administrador de sinistros ou à Seguradora.

Numa situação de acidente em que justificadamente não tenha sido possível solicitar autorização nos termos referidos, o internamento considera-se garantido por um período de 24 (vinte e quatro) horas contados desde a data de admissão.

A Seguradora ficará isenta de responsabilidade pelas despesas realizadas sem a respectiva autorização.

### 2. ASSISTÊNCIA AMBULATORIA

#### Cláusula 1ª – Âmbito da cobertura

Ao abrigo desta condição especial, a Seguradora garante, até ao limite estabelecido nas condições particulares, o pagamento das despesas de actos médicos, de diagnóstico ou terapêutica, que não requeiram meios e serviços específicos em ambiente hospitalar para a sua realização, mesmo que neste ocorram.

Consideram-se garantidas as despesas relacionadas com:

- a) Honorários de consultas médicas;

- b) Honorários médicos e de enfermagem decorrentes de actos médicos praticados em regime de ambulatório;
- c) Utilização de equipamentos e materiais de consumo associados à realização de actos médicos praticados em regime de ambulatório;
- d) Exames auxiliares de diagnóstico e terapêutica;
- e) Medicina física e de reabilitação, incluindo terapia da fala, desde que prescritas pelo médico.

#### **Cláusula 2ª - Exclusões**

Sem prejuízo das exclusões previstas na cláusula 5ª das condições gerais, não fica garantido ao abrigo da presente condição especial o pagamento de despesas relacionadas com:

- a) Assistência domiciliária e enfermagem privativa, sob qualquer forma;
- b) Estomatologia e/ou maxilo-facial;
- c) Exercícios de ortóptica;
- d) Medicamentos, mesmo que prescritos por médico;
- e) Aquisição e/ou colocação de próteses e ortóteses;
- f) Consultas e outros cuidados relacionados com gravidez ou parto.

#### **Cláusula 3ª - Regime das prestações**

As coberturas desta condição especial podem ocorrer em regime de prestações na rede e/ou em regime de prestações indemnizatórias, ou conforme definido nas condições particulares.

O acesso aos serviços garantidos pela presente condição especial, carece de informação médica e justificação clínica, nomeadamente, mas não exclusivamente, para os seguintes casos:

- a) Cirurgia;
- b) Litotricia;
- c) Tratamentos do foro da medicina física e de reabilitação incluindo terapia da fala;
- d) Imagiologia avançada;
- e) Meios invasivos de diagnóstico e terapêutica, em cardiologia;
- f) Meios invasivos de diagnóstico e terapêutica vascular;
- g) Procedimentos invasivos tais como punções, infiltrações, biópsias e endoscopias;
- h) Estudos electrofisiológicos, procedimentos ou exames com sedação;

### **3. MEDICAMENTOS**

#### **Cláusula 1ª - Âmbito da cobertura**

Ao abrigo desta condição especial, a Seguradora garante, até ao limite estabelecido nas condições particulares, o pagamento das despesas efectuadas pela pessoa segura com a aquisição de medicamentos que se encontrem classificados como tal pela autoridade competente do Ministério da Saúde, desde que prescritos pelo médico para o tratamento de doença ou acidente garantido pelo contrato.

A presente garantia é extensível aos medicamentos de venda livre, quando prescritos por um médico da Rede Credenciada, com carácter essencialmente terapêutico para o tratamento de uma doença diagnosticada

#### **Cláusula 2ª - Exclusões**

Sem prejuízo das exclusões previstas na cláusula 5.ª das condições gerais, não fica garantido ao abrigo da presente condição especial o reembolso de despesas com:

- a) Produtos de estética, cosmética e higiene, tais como champôs, sabonetes, pastas medicinais e similares;
- b) Produtos dietéticos, homeopáticos ou manipulados, produtos alimentares, estimulantes e inibidores de apetite, vitaminas e sais minerais;
- c) Medicamento para tratamento de obesidade, infertilidade e disfunção sexual;
- d) Vacinas;
- e) Medicamentos não , , prescritos por um médico ou ou não autorizados pelas autoridades médicas angolanas;
- f) Anticoncepcionais, dispositivos intra-uterinos e respectiva manutenção;
- g) Material de penso;
- h) Artigos sanitários e anti-sépticos.

#### **Cláusula 3ª - Regime das prestações**

A cobertura prevista nesta condição especial pode ocorrer na modalidade de prestações na rede e/ou na modalidade de prestações indemnizatórias, ou conforme definido nas condições particulares.

### **4. MATERNIDADE**

#### **Cláusula 1ª - Âmbito da cobertura**

Ao abrigo desta condição especial, a Seguradora garante, até ao limite estabelecido nas condições particulares, o pagamento das despesas médicas efectuadas pela pessoa segura directamente originadas pelo acompanhamento da gravidez, parto, normal ou cesariana, bem como à interrupção

involuntária da gravidez que requeiram meios e serviços específicos de ambiente hospitalar.

Consideram-se garantidas as despesas médicas relacionadas com:

- a) Consultas e exames relacionados com o acompanhamento da gravidez;
- b) Honorários médicos e de enfermagem;
- c) Utilização das instalações e equipamentos necessários à realização dos actos em ambiente hospitalar, tais como consultório, quarto, enfermaria, bloco operatório, sala de recobro;
- d) Exames auxiliares de diagnóstico realizados durante o período de hospitalização e associados aos procedimentos garantidos;
- e) Medicamentos administrados durante o período de hospitalização e associados aos actos realizados;
- f) Despesas médicas incorridas com o recém-nascido, durante o período de internamento hospitalar da mãe, determinado pelo parto, e dentro dos limites definidos relativamente ao benefício de maternidade.
- g)

#### **Cláusula 2ª - Exclusões**

Sem prejuízo das exclusões previstas na cláusula 5ª das condições gerais, não fica garantido ao abrigo da presente condição especial o pagamento de despesas relacionadas com:

- a) Acompanhantes da pessoa segura;
- b) Despesas de natureza particular ou que não tenham natureza clínica;
- c) Honorários de parteira ou enfermagem privativa;
- d) Partos resultantes de fertilizações *in-vitro* ou técnicas similares;

#### **Cláusula 3ª - Regime das prestações**

As coberturas desta condição especial são garantidas na modalidade de prestações na rede e/ou na modalidade de prestações indemnizatórias, ou conforme definido nas condições particulares.

O acesso aos serviços garantidos pela presente condição especial, carece sempre de autorização prévia.

### **5. ESTOMATOLOGIA**

#### **Cláusula 1ª - Âmbito da cobertura**

Ao abrigo desta condição especial, a Seguradora garante, até ao limite estabelecido nas condições particulares, o pagamento das despesas médicas decorrentes dos actos de diagnóstico e terapêutica do foro estomatológico que consistam em:

- a) Honorários médicos;

- b) Exames auxiliares de diagnóstico;
- c) Materiais e produtos associados à realização dos actos médicos garantidos;
- d) Utilização de espaços e equipamentos adequados à realização dos actos médicos garantidos em ambiente hospitalar;
- e) Medicamentos ministrados durante o procedimento.

#### **Cláusula 2ª - Exclusões**

Sem prejuízo das exclusões previstas na cláusula 5ª das condições gerais, não fica garantido ao abrigo da presente condição especial o pagamento de despesas relacionadas com:

- a) Aparelhos de ortodôntica, implantes, próteses e ortóteses estomatológicas, bem como os respectivos moldes e estudos;
- b) Reabilitação de dentes em falta ou reabilitados com prótese à data de celebração do contrato;
- c) Despesas relacionadas com branqueamento dentário, selantes e qualquer procedimento estético;
- d) Cirurgias relacionada com doença óssea da mandíbula ou qualquer tratamento relacionado com deficiente funcionamento da articulação temporomandibular.

#### **Cláusula 3ª - Regime das prestações**

As coberturas desta condição especial são garantidas na modalidade de prestações na rede e/ou na modalidade de prestações indemnizatórias, ou conforme definido nas condições particulares.

O acesso aos serviços garantidos pela presente condição especial, carece sempre de autorização prévia.

### **6. PRÓTESES E ORTÓTESES**

#### **Cláusula 1ª - Âmbito da cobertura**

Ao abrigo desta condição especial, a Seguradora garante, até ao limite estabelecido nas condições particulares, o pagamento das despesas efectuadas com aquisição de próteses ou ortóteses, desde que prescritas por um médico da especialidade ou por optometrista.

Para efeitos da presente condição especial, considera-se:

Fica garantido o pagamento das despesas relacionadas com:

- a) Próteses e ortóteses auditivas e ortopédicas;
- b) Ortóteses oculares:
  - i. Óculos graduados (aros e lentes);
  - ii. Lentes de contacto graduadas.

## Cláusula 2ª - Exclusões

Sem prejuízo das exclusões previstas na cláusula 5ª das condições gerais, não fica garantido, ao abrigo da presente condição especial, o pagamento de despesas efectuadas com:

- a) Próteses intra-cirúrgicas;
- b) Próteses e ortóteses do foro estomatológico;
- c) Calçado ortopédico;
- d) Collants, meias elásticas e cintas medicinais;
- e) Colchões e almofadas ortopédicas;
- f) Testes optométricos;
- g) Aquisição ou aluguer de equipamentos;
- h) Óculos de sol, adquiridos isoladamente ou em conjunto com armações e/ou lentes graduadas ou não.
- i) Lentes de contacto cosméticas;
- j) Aquisição isolada de aros;
- k) Quebra, furto, roubo ou simples desaparecimento de óculos.

## Cláusula 3ª – Funcionamento das garantias

A garantia de próteses de foro oftalmológico prevista nesta condição especial depende da observação dos seguintes procedimentos e condições:

1. Uma nova comparticipação de despesas com óculos (aros e/ou lentes) só será comparticipada depois de decorrido um período mínimo de 3 (três) anos sobre a data da sua última aquisição, salvo por necessidade de alteração do grau de deficiência visual da pessoa segura, ou em consequência de acidente garantido pela apólice.
2. A comparticipação prevista no número anterior deve ser comprovada por relatório médico que ateste a o acidente a alteração do grau de deficiência visual ou as lesões decorrentes do acidente.

## Cláusula 4ª - Regime das prestações

As coberturas desta condição especial são garantidas na modalidade de prestações na rede e/ou na modalidade de prestações indemnizatórias, ou conforme definido nas condições particulares.

O acesso aos serviços garantidos pela presente condição especial, carece sempre de autorização prévia.

## 7. EVACUAÇÃO E REPATRIAMENTO

### Cláusula 1ª – Âmbito da cobertura

Ao abrigo desta condição especial, a Seguradora garante, em consequência de sinistro coberto pela apólice e até ao limite estabelecido nas condições particulares, em caso de lesão ou doença grave que não seja objectivamente passível de tratamento

localmente por falta de meios técnicos ou humanos, o custeamento das despesas com a evacuação da pessoa segura para a unidade hospitalar mais próxima que reúna os meios adequados ao tratamento.

Consideram-se garantidas as despesas relacionadas com:

### I. Aconselhamento e orientação médica

Através da *Linha Unisaúde* a Seguradora prestará apoio para esclarecimento médico e aconselhamento adequados à melhoria da condição de saúde da pessoa segura, sendo ainda possível accionar as garantias disponibilizadas pela presente condição especial.

### II. Transporte da pessoa segura

O transporte será realizado em ambulância terrestre, ou qualquer outro transporte com serviços de linha regular. Quando a situação clínica assim o exigir, o recurso a ambulância aérea é participado.

A Seguradora reserva-se ao direito de, após avaliação da natureza e gravidade da situação clínica a realizar pela sua equipa médica em conjunto com o médico assistente, decidir a necessidade de evacuação, a oportunidade da sua realização, o destino da evacuação e os meios envolvidos.

O transporte médico apenas poderá ser organizado após obtenção das autorizações administrativas. A Seguradora não se responsabiliza pelos procedimentos ou custos obtenção de visto ou outros documentos.

### III. Organização da admissão da pessoa segura no hospital

No caso de necessidade de internamento numa unidade hospitalar, a Seguradora prestará a assistência necessária à admissão da pessoa segura na unidade hospitalar.

### IV. Acompanhante de viagem

A Seguradora suportará até ao limite fixado nas condições particulares, o custo de deslocação em transporte de linha regular e um subsídio diário a um familiar para o acompanhamento local e apoio à pessoa segura no processo de tratamento, bem como, na eventualidade do falecimento, fazer o acompanhamento dos restos mortais.

### V. Repatriamento

Na eventual evacuação para o estrangeiro, a Seguradora suportará o custo com a viagem de regresso ao seu país de residência habitual, em classe económica ou similar, logo que tal seja possível.

### VI. Repatriamento de restos morais

Quando a pessoa segura tenha sido evacuada para o estrangeiro e aí venha a falecer, a Seguradora

suportará até ao limite fixado nas condições particulares, o custo com o transporte dos restos mortais para o seu país de origem, logo que tal seja possível e pelo meio que a Seguradora considere mais adequado. Esta garantia funciona na modalidade de reembolso a favor daquele que, comprovadamente tenha suportado o custo.

#### **Cláusula 2ª – Exclusões**

Sem prejuízo das exclusões previstas na cláusula 5ª das condições gerais, não fica garantido ao abrigo da presente condição especial o pagamento de despesas relacionadas com:

- a) Situações decorrentes de doenças, lesões ou acidentes não cobertos pelo presente contrato de seguro;
- b) Os serviços que o Tomador do Seguro, segurado ou pessoa segura, tenha contratado por conta própria, sem aviso prévio ou sem o consentimento da Seguradora;
- c) Todas as despesas ou custos incorridos que não sejam cobertos pelo presente contrato e não especificamente garantidas pela presente condição especial;
- d) Quaisquer despesas relativas a uma evacuação médica ou repatriamento não associada a uma condição médica grave garantida pelo presente contrato;
- e) Os custos associados aos testes médicos e biológicos que não se encontram cobertos pela apólice do seguro de saúde;
- f) Quaisquer custos associados a uma condição previamente conhecida e existente;
- g) Quaisquer despesas que não tenham sido previamente aprovadas e/ou organizadas pela Seguradora;
- h) Todos os casos de evacuação em que, à priori, os limites garantidos ou disponíveis se revelem insuficientes para fazer face a todas as despesas razoavelmente estimadas;
- i) Repatriamentos decorrentes de seguimento do tratamento (monitorização, tratamento adicional, recaídas) de uma condição anterior;
- j) O agravamento ou adicionais de custos que a Seguradora venha a incorrer em consequência de demora ou recusa, imputável à pessoa segura ou ao seu responsável, que impossibilite ou condicione a prestação das garantias da presente condição especial, que já tenham sido autorizadas e aprovadas pela equipa médica e pela Seguradora.

#### **Cláusula 3ª – Regime das prestações**

As coberturas desta condição especial são garantidas na modalidade de prestações na rede e/ou na modalidade de prestações indemnizatórias, ou conforme definido nas condições particulares.

O acesso aos serviços garantidos pela presente condição especial, carece sempre de autorização prévia.

### **8. EVACUAÇÕES MÉDICAS EM ANGOLA**

#### **Cláusula 1ª – Âmbito da cobertura**

Ao abrigo desta condição especial, a Seguradora garante, em consequência de sinistro coberto pela apólice e até ao limite estabelecido nas condições particulares, em caso de lesão ou doença grave que não seja objectivamente passível de tratamento localmente por falta de meios técnicos ou humanos, o custeamento das despesas com a evacuação da pessoa segura para a unidade hospitalar mais próxima, situada em Angola, que reúna os meios mais adequados ao tratamento.

São correspondentemente aplicáveis as disposições da Cláusula 1ª da Condição Especial 07 – Evacuação e Repatriamento, relativas a:

- I. Aconselhamento e orientação médica
- II. Transporte da pessoa segura
- III. Organização da admissão da pessoa segura no hospital

#### **Cláusula 2ª – Exclusões**

São aplicáveis as exclusões previstas na Cláusula 2ª da Condição Especial 07 - Evacuação e Repatriamento.

#### **Cláusula 3ª – Regime das prestações**

É aplicável o regime das prestações disposto na Cláusula 3ª da Condição Especial 07 - Evacuação e Repatriamento.

### **9. MEDICINA PREVENTIVA**

#### **Cláusula 1ª – Âmbito da cobertura**

Ao abrigo desta condição especial, a Seguradora garante, até ao limite estabelecido nas condições particulares, as despesas efectuadas com a realização de procedimentos adequados à prevenção de doenças da pessoa segura.

Consideram-se garantidas as despesas relacionadas com:

- a) Vacinas incluídas no plano nacional de vacinação em vigor em Angola, hepatite A, meningite, tríplice viral (sarampo, rubéola e caxumba) e varicela.
- b) Saúde da mulher (avaliação ginecológica anual incluindo os exames de rotina adequados para cada faixa etária);

- c) Saúde do homem (avaliação andro/urológica anual incluindo os exames de rotina adequados para cada faixa etária).

#### **Cláusula 2ª – Exclusões**

Sem prejuízo das exclusões previstas na cláusula 5ª das condições gerais, não fica garantido ao abrigo da presente condição especial o pagamento de despesas relacionadas com:

- a) Exames ou procedimentos cuja necessidade seja decorrente de uma situação de doença em investigação ou anteriormente diagnosticada.

#### **Cláusula 3ª - Regime das prestações**

As coberturas desta condição especial são garantidas na modalidade de prestações na rede.

O acesso aos serviços garantidos pela presente condição especial, carece sempre de autorização prévia.

Unisaúde Seguros, S.A.  
Avenida AL 7  
Largo do Condomínio Riviera  
Edifício Kende  
Talatona – Luanda – Angola  
NIF 5403104291  
[unisaudeseguros.co.ao](http://unisaudeseguros.co.ao)

