

CONDIÇÕES GERAIS  
E ESPECIAIS

 Solução Saúde  
CUIDA



**FORTALEZA**  
SEGUROS

QUEM CONQUISTA, CUIDA



## Índice

SEGURO DE SAÚDE CUIDA.....	4
CONDIÇÕES GERAIS E ESPECIAIS DA APÓLICE .....	4
CLÁUSULA 1ª .....	4
CLÁUSULA 2ª .....	9
CLÁUSULA 3ª .....	10
CLÁUSULA 5ª .....	10
CLÁUSULA 6ª .....	11
CLÁUSULA 7ª .....	11
CLÁUSULA 8ª .....	11
CLÁUSULA 9ª .....	12
CLÁUSULA 10ª .....	12
CLÁUSULA 11ª .....	12
CLÁUSULA 12ª .....	13
CLÁUSULA 13ª .....	13
CLÁUSULA 14ª .....	13
CLÁUSULA 15ª .....	13
CLÁUSULA 16ª .....	16
CLÁUSULA 17ª .....	17
CLÁUSULA 18ª .....	17
CLÁUSULA 19ª .....	17
CLÁUSULA 20ª .....	18
CLÁUSULA 21ª .....	18
CLÁUSULA 22ª .....	19
CLÁUSULA 23ª .....	19
CLÁUSULA 24ª .....	19
CLÁUSULA 25ª .....	19
CLÁUSULA 26ª .....	21
CLÁUSULA 27ª .....	21
CLÁUSULA 28ª .....	21
CLÁUSULA 29ª .....	21
CLÁUSULA 30ª .....	22
CLÁUSULA 31ª .....	22
CLÁUSULA 32ª .....	22
CLÁUSULA 33ª .....	23
CLÁUSULA 34ª .....	23
CLÁUSULA 35ª .....	23
CLÁUSULA 36ª .....	23
CLÁUSULA 37ª .....	24

CLÁUSULA 38ª .....	24
CLÁUSULA 39ª .....	24
CLÁUSULA 40ª .....	24
CLÁUSULA 41ª .....	24
CLÁUSULA 42ª .....	24
CLÁUSULA 43ª .....	25
CLÁUSULA 44ª .....	25
CLÁUSULA 45ª .....	25
CLÁUSULA 46ª .....	25
CONDIÇÕES ESPECIAIS.....	25
A - COBERTURAS BASE .....	25
CONDIÇÃO ESPECIAL INTERNAMENTO - ASSISTÊNCIA CLÍNICA EM REGIME DE HOSPITALIZAÇÃO .....	25
CONDIÇÃO ESPECIAL AMBULATÓRIO - ASSISTÊNCIA CLÍNICA EM REGIME AMBULATÓRIO .....	26
CONSULTA POR TELEFONE OU POR VIDEO CONFERENCIA.....	28
B - COBERTURAS COMPLEMENTARES .....	28
CONDIÇÃO ESPECIAL - PARTO NORMAL E CESARIANA .....	28
CONDIÇÃO ESPECIAL - OFTALMOLOGIA .....	29
CONDIÇÃO ESPECIAL - ESTOMATOLOGIA E MEDICINA DENTÁRIA.....	30
CONDIÇÃO ESPECIAL - MEDICAMENTOS.....	30
CONDIÇÃO ESPECIAL - VACINAS.....	31
CONDIÇÃO ESPECIAL - ASSISTÊNCIA AO DOMICÍLIO .....	32
CONDIÇÃO ESPECIAL - PRÓTESES E ORTÓTESES.....	32
CONDIÇÃO ESPECIAL - EMERGENCIAS MÉDICAS EM ANGOLA - EVACUAÇÃO E REPATRIAMENTO.....	33
CONDIÇÃO ESPECIAL - REPATRIAMENTO POR MORTE PARA O PAÍS DE ORIGEM .....	34
CONDIÇÃO ESPECIAL - DESPESAS DE FUNERAL .....	34
C - EXTENSÕES DE COBERTURA.....	35
CONDIÇÃO ESPECIAL - 2ª OPINIÃO.....	35
D - ASSISTÊNCIA MÉDICA NO EXTERIOR - EXTENSÕES TERRITORIAIS .....	35
CONDIÇÃO ESPECIAL - ACESSO À PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS NO EXTERIOR DO PAÍS .....	35
CONDIÇÃO ESPECIAL - EXTENSÃO À REDE MÉDICA EM PORTUGAL.....	36
E - OUTROS SERVIÇOS COMPLEMENTARES.....	36
LINHA CUIDA - ATENDIMENTO 24 / 7 .....	36

## SEGURO DE SAÚDE CUIDA

### CONDIÇÕES GERAIS E ESPECIAIS DA APÓLICE

#### Condições Gerais

1. Entre a FORTALEZA Seguros - Companhia de Seguros SA, adiante designada Segurador, e o Tomador do seguro mencionado nas Condições Particulares, estabelece-se um contrato de seguro que se regula pelas presentes Condições Gerais e pelas Condições Particulares, e ainda, se contratadas, pelas Condições Especiais.

2. A individualização do presente contrato é efectuada nas Condições Particulares, com, entre outros, a identificação das partes e do respectivo domicílio, os dados do Segurado, os dados do representante do Segurador para efeito dos sinistros, e a determinação do prémio ou a fórmula do respectivo cálculo.

3. As Condições Especiais prevêm a cobertura de outros riscos e ou garantias além dos previstos nas presentes Condições Gerais e carecem de ser especificamente identificadas nas Condições Particulares.

#### Cláusula 1ª

#### DEFINIÇÕES

Definições de termos e expressões úteis para facilitar a percepção dos conceitos e conteúdos das condições contratuais do presente contrato de seguro:

#### 1. Relativos às Entidades envolvidas no contrato de seguro de saúde

**SEGURADORA:** A Fortaleza Segura – Companhia de Seguros, S.A., entidade legalmente autorizada a exercer a atividade Seguradora e que subscreve, com o Tomador, o contrato de seguro.

#### CUIDA

Marca exclusiva do produto de Saúde gerido pela Fortaleza Seguros - Companhia de Seguros S.A.

#### TOMADOR DO SEGURO

Entidade que celebra o contrato de seguro com a Seguradora, sendo responsável pelo pagamento do Prémio.

#### PESSOA SEGURA

Pessoa singular identificada nas Condições Particulares e titular de Certificado Individual de seguro, cuja saúde ou integridade física se segura, e que é beneficiária das garantias da Apólice.

#### AGREGADO FAMILIAR

Conjunto das pessoas identificadas nas Condições Particulares ou no Certificado Individual que viva em economia comum e que integra, além do Tomador do seguro, no caso dos seguros individuais, ou do Aderente, no caso dos seguros de grupo, o seu cônjuge ou pessoa que com ele viva em união de facto, assim como os seus descendentes ou ascendentes em linha recta ou colateral até ao 2º grau e que se encontrem na dependência económica do Tomador do seguro ou do Aderente.

Para todos os efeitos desta apólice, equipara-se a cônjuge a pessoa que viva com a pessoa segura em condições análogas às dos cônjuges e com carácter de permanência, e os filhos enteados e adoptados (incluindo os de criação).

#### 2. Relativos aos documentos que regulamentam e integram o contrato

**APÓLICE:** Documento que titula o contrato celebrado entre o Tomador do seguro e a Seguradora, de que fazem parte integrante as respetivas Condições gerais, Especiais e Particulares acordadas, bem como as Actas adicionais ao contrato. Todas as alterações que decorram durante a vigência do contrato, constarão de Acta Adicional

**CONDIÇÕES GERAIS:** Conjunto de cláusulas que definem e regulamentam obrigações genéricas e comuns inerentes ao contrato de seguro.

#### CONDIÇÕES ESPECIAIS:

Cláusulas que, completando ou especificando as Condições gerais, são de aplicação generalizada a determinadas coberturas, quando tenham sido contratadas, prevalecendo

sobre estas na interpretação dos termos contratuais.

#### CONDIÇÕES PARTICULARES:

Documento onde se encontram os elementos específicos de cada contrato de seguro, que se concretiza num Certificado Individual, que complementam as Condições Gerais e Especiais do contrato, para que o mesmo seja adaptado a cada contrato em particular.

#### ACTA ADICIONAL:

Documento que titula e formaliza uma alteração da Apólice.

#### 3. Relativos à subscrição do seguro de saúde:

##### SEGURO DE SAÚDE FORTALEZA SEGUROS - CUIDA:

Contrato de seguro de saúde celebrado entre a Seguradora e o Tomador do Seguro, titulado pela emissão de uma Apólice, pelo qual a Seguradora garante às Pessoas Seguras o acesso à rede de prestadores de cuidados de saúde convencionada, nos termos e limites convencionados com os mesmos, com determinação dos critérios de financiamento expressamente indicados, ou o reembolso parcial de despesas de saúde suportadas junto de Entidades não convencionadas, nos termos e limites fixados nas Condições Particulares da Apólice.

##### PROPOSTA DE SEGURO DE SAÚDE FORTALEZA SEGUROS - CUIDA

Documento, sob modelo de formulário da Seguradora, a ser preenchido e assinado pelo Tomador do seguro ou por cada Aderente (Proposta de adesão), do qual constam os elementos de informação essenciais para a aceitação do contrato de seguro ou da adesão individual. Este documento faz parte integrante da Apólice quando emitida e vincula todas as partes, ou seja, o Tomador do seguro, cada Aderente e a Seguradora.

##### QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL DE SAÚDE

Formulário contendo um conjunto de indicadores relativos a dados de saúde, de modo a constituir um perfil e historial clínico que permita a correta avaliação do risco, a assumir pela Seguradora, cujo preenchimento e assinatura pelo Aderente equivale a declaração pessoal exacta relativa aos seus dados de saúde, anexo à proposta de seguro.

##### BOLETIM DE ADESÃO

Documento preenchido pela pessoa segura, no seguro de grupo, em que esta se identifica e expressa a vontade de aderir à apólice.

#### CERTIFICADO INDIVIDUAL DE ADESÃO

Documento emitido pela Seguradora para cada uma das pessoas seguras, comprovativo da sua inclusão no seguro de grupo.

**Acto médico:** Acto realizado por médico legalmente habilitado pela respectiva Ordem, que integra a promoção da saúde, a prevenção e o tratamento da doença, bem como a reabilitação das pessoas que se sujeitam à sua intervenção, podendo determinar procedimentos complementares realizados por outros profissionais de saúde.

#### 4. Relativos aos valores referidos no contrato de seguro de saúde:

##### PRÉMIO

Preço pago pelo Tomador do seguro à Seguradora pela cobertura do risco, através da contratação do seguro. Em seguros de grupo em regime contributivo, o Prémio pode ser suportado, no todo ou em parte, pelas Pessoas Seguras.

##### ESTORNO

Devolução ao Tomador do seguro da totalidade ou de parte do prémio de seguro já pago.

##### CAPITAL SEGURO

O Capital seguro representa o valor máximo da prestação a pagar pela Seguradora por sinistro ou por anuidade de seguro por cada pessoa segura, definido para cada uma das coberturas contratadas e indicadas nas Condições Particulares, consoante o que esteja estabelecido no contrato.

##### FRANQUIA

Importância que, em caso de sinistro, fica a cargo da Pessoa segura, em função da cobertura e do Capital, e cujo montante é estipulado nas Condições Particulares ou no Certificado Individual.

##### COPAGAMENTO

Valor que fica a cargo da Pessoa segura por cada acto ou conjunto de actos médicos, nos termos estipulados nas Condições Particulares ou no Certificado Individual.

##### INDEXAÇÃO

Alteração, se contratada, do Capital garantido e do correspondente Prémio, em função de um índice expresso nas Condições Particulares ou Certificado Individual.

## COMPARTICIPAÇÃO POR FINANCIAMENTO

Valor suportado pela Seguradora no âmbito das prestações convencionadas e pago diretamente ao prestador de cuidados de saúde, sem prejuízo de exigibilidade de Copagamento ou franquias às Pessoas Seguras.

## COMPARTICIPAÇÃO POR REEMBOLSO

Valor reembolsado pela Seguradora, após dedução das Franquias e Copagamentos aplicáveis, à Pessoa segura ou pago ao prestador de cuidados de saúde quando tenha sido emitido um Termo de responsabilidade.

## TERMO DE RESPONSABILIDADE

Documento emitido pela Seguradora, que exprime a assunção de responsabilidade pelos encargos inerentes à realização de determinado ato médico ou procedimento, nos termos e limites das coberturas do seguro aplicáveis, até ao máximo do Capital garantido e disponível.

## 5. Relativos às garantias do contrato de seguro de saúde

### CONDIÇÕES DE ADESÃO

As estabelecidas nas Condições Particulares ou no Certificado Individual relativamente a cada Pessoa Segura, Agregado Familiar ou Grupo Seguro.

### 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.

### PRESTAÇÕES CONVENCIONADAS

Garantia do financiamento do acesso, nas condições previstas na Apólice, da Pessoa Segura a uma rede integrada de médicos e unidades de saúde convencionadas, conforme listagem própria ou indicação da Linha CUIDA ou a publicada no Site da Seguradora para consulta, de escolha livre e de acesso sujeito a critérios de utilização constantes do Guia CUIDA, nomeadamente intervenção do Médico Assistente ou necessidade de referência de especialidade médica ou autorização de actos e procedimentos.

### PRESTAÇÕES INDEMNIZATÓRIAS

Garantia do reembolso parcial de despesas efectuadas em consequência de um evento coberto pelas garantias da Apólice.

## PRESTAÇÕES NA REDE

Serviços de cuidados de saúde, garantidos pelo presente contrato, realizados em prestadores da(s) rede(s), nos quais a participação das despesas de saúde é suportada directamente pela Seguradora, nos termos do disposto nas Condições Especiais e Particulares.

## PRESTAÇÕES POR REEMBOLSO

Serviços de cuidados de saúde garantidos pelo presente contrato de seguro, nos quais as despesas de saúde são pagas pela pessoa segura, sendo posteriormente objecto de participação pela Seguradora, nos termos do disposto nas Condições Especiais e Particulares.

## OCORRÊNCIA / SINISTRO

Todo e qualquer evento ou série de eventos susceptível de desencadear o funcionamento das garantias do contrato.

## ACIDENTE

Acontecimento fortuito, súbito e anormal, devido a causa exterior e alheia à vontade da Pessoa Segura e que nesta origine lesões corporais, clínica e objectivamente constatadas e comprovados, suscetíveis de acionar as coberturas do contrato.

## DOENÇA

Toda a alteração involuntária do estado de saúde, não causada por acidente e diagnosticada por um médico, clínica e objectivamente comprovada.

## DOENÇA OU LESÃO PRÉ-EXISTENTE

Considera-se pré-existente ao contrato de seguro e por isso excluída do seu âmbito de cobertura a condição patológica ou lesão que a Pessoa Segura não poderia ignorar, pela evidência dos sintomas ou por ter recebido em relação à mesma aviso médico ou tratamento, ou da qual deveria ter conhecimento, anteriormente à data de início de vigência do seguro, nomeadamente por ter sido objecto de investigação clínica, tratamento prévio ou outro acto médico, ou ainda por ser manifesta a existência de sinais ou sintomas específicos da patologia em causa à data da referida subscrição, para a qual já houvesse sido estabelecido um diagnóstico, ainda que não definitivo.

## DOENÇA OU MALFORMAÇÃO CONGÉNITA

Doença ou Malformação presente à nascença, em resultado de fatores 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

## MÉDICO / MÉDICO DENTISTA

Licenciado por Faculdade de Medicina ou de Medicina Dentária, legalmente autorizado a exercer a profissão reconhecido pela lei do país onde o tratamento é prestado e que, ao prestar este tratamento, o faz dentro dos limites da sua licença e formação.

## IMPLANTE

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

## PRÓTESES E ORTÓTESES

Dispositivos que substituem total ou parcialmente um membro ou órgão ou ajudam a cumprir, no todo ou em parte, a sua função.

## 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.

## LESÃO

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

## PEQUENA CIRURGIA

Toda a intervenção cirúrgica que corresponda aos seguintes critérios cumulativos:

- Não necessitar de bloco operatório para a sua realização;
- Não exigir mudança completa de roupa pelo cirurgião;
- Ser realizada sob anestesia local;
- Não necessitar de cuidados especiais de recobro.

## UNIDADE DE SAÚDE

Estabelecimento, integrado ou não no Serviço Nacional de Saúde, que tenha por objecto a prestação de quaisquer serviços médicos ou outros cuidados de saúde e que se encontre licenciado nos termos legais aplicáveis, abrangendo Entidades com internamento ou sala de recobro, Entidades generalizadas para serviços de hospitalização e ambulatório e, ainda, Entidades especializadas para serviços de ambulatório e meios complementares de diagnóstico e

terapêutica, independentemente da designação e da forma jurídica adotada, incluindo Hospitais, Clínicas e Centros de meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

## UNIDADE HOSPITALAR

Estabelecimento legalmente autorizado a prestar serviços de cuidados de saúde, dispondo de assistência médica, cirúrgica e de enfermagem permanente, abrangendo Entidades com internamento e sala de recobro

## ACTO MÉDICO

Acto realizado por médico legalmente habilitado pela respetiva Ordem, que integra a promoção da saúde, a prevenção e o tratamento da doença, bem como a reabilitação das pessoas que se sujeitam à sua intervenção, podendo determinar procedimentos complementares realizados por outros profissionais de saúde.

## AMBIENTE HOSPITALAR

Conjunto de meios infraestruturais, 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.

## EMERGÊNCIA MÉDICA

Situação de risco iminente de vida ou sofrimento intenso que exijam, portanto, tratamento médico imediato.

## URGÊNCIA MÉDICA

É um estado em que não há risco imediato à vida ou à saúde, que, porém, se não for atendida num determinado período de tempo pode-se transformar numa situação de Emergência Médica.

## 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.

## COEFICIENTE k

Coefficiente de ponderação para a valorização de actos médicos, utilizado na tabela de valores de actos médicos.

## SERVIÇOS CLINICAMENTE NECESSÁRIOS

Serviços que forem consistentes com o quadro clínico do doente, de acordo com os protocolos e os padrões reconhecidos pela comunidade médica no âmbito do seguro.

## DESPESAS DE SAÚDE ELEGÍVEIS

Despesas diretamente relacionadas com a realização de actos médicos ou cirúrgicos, de carácter de diagnóstico ou terapêutico, executados por profissionais de saúde devidamente habilitados, como consequência de diagnóstico clínico e sempre sob supervisão e orientação médica a qual determina e limita o âmbito da responsabilidade dos intervenientes.

## DESPESAS DE SAÚDE NÃO ELEGÍVEIS

Despesas não consideradas no âmbito do seguro, tais como encargos derivados da realização de actos sem prescrição médica, bem como aquisição de bens, ainda que sob prescrição médica, cuja utilidade não se esgote na finalidade terapêutica, como, por exemplo, cosméticos, colchões, cadeiras, almofadas, desumidificadores, aspiradores, aparelhos de ar condicionado, bicicletas, aparelhos de musculação e banheiras de hidromassagem, óculos de sol, entre outros. Integram esta definição todos os consumíveis, enquanto bens cuja utilidade se esgote no próprio uso, mas que não tenham finalidade terapêutica ou não sejam objetivamente justificáveis mediante prescrição médica. Salvo indicação expressa em contrário, não são consideradas elegíveis para efeitos do Seguro quaisquer próteses ou ortóteses não cirúrgicas. De igual forma, também não são considerados elegíveis Copagamentos ou Franquias de outra Apólice na FORTALEZA Seguros em vigor para a mesma Pessoa Segura, até ao limite do Copagamento homólogo na Apólice accionada.

## PERÍODO DE CARÊNCIA

Espaço de tempo que medeia entre a data de adesão da pessoa segura e a data em que podem ser accionadas determinadas coberturas do seguro.

## SEGURO INDIVIDUAL

Seguro efetuado relativamente a pessoas singulares que, podendo incluir no âmbito de cobertura um Agregado familiar, não consubstancia um Seguro de Grupo.

## SEGURO DE GRUPO

Seguro de um conjunto de pessoas ligadas entre si e ao Tomador do seguro por um vínculo ou interesse comum que não o de segurar.

## SEGURO DE GRUPO EM REGIME CONTRIBUTIVO

Seguro de Grupo em que as Pessoas Seguras/Aderentes suportam, no todo ou em parte, o pagamento do montante correspondente ao prémio devido pelo Tomador do seguro.

## SEGURO DE GRUPO EM REGIME NÃO CONTRIBUTIVO

Seguro de Grupo em que o Tomador do seguro contribui

na totalidade para o pagamento do Prémio.

## GRUPO SEGURÁVEL

Conjunto de pessoas ligadas entre si e ao Tomador do seguro por um vínculo ou interesse comum que não o da própria efetivação do seguro.

## 6. Relativos ao Sistema Integrado de Cuidados de Saúde da Fortaleza Seguros - Rede CUIDA

### SISTEMA INTEGRADO DE CUIDADOS DE SAÚDE CUIDA – REDE CONVENCIONADA FORTALEZA SEGUROS

Organização que articula o financiamento direto, nos termos e limites convencionados, da Pessoa Segura aos prestadores em rede convencionada, nomeadamente médicos, hospitais, clínicas, centros de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, com as quais existe um acordo para a prestação de serviços às pessoas seguras, participados directamente pela Seguradora por conta da Pessoa Segura.

### REDE CONVENCIONADA

Conjunto de Entidades prestadoras de serviços convencionados no âmbito do sistema integrado de cuidados de saúde da FORTALEZA Seguros abrangendo pessoas singulares profissionais de saúde e pessoas coletivas gestoras de unidades de saúde.

### LINHA CUIDA 24/24

Apoio telefónico permanente à Pessoa Segura garantindo um serviço de registo de informação relativa às queixas apresentadas, bem como a suscetibilidade de a situação carecer de assistência médica e qual o grau de urgência desta, sugerindo os meios mais adequados à situação e alertando, ainda, para os sinais e sintomas que devem implicar outro tipo de ações, não constituindo este acto, em qualquer circunstância, um acto médico ou um diagnóstico clínico, através do qual a Pessoa Segura pode também ser encaminhada para os cuidados mais adequados, tendo em vista a melhoria da sua saúde e, se necessário, encaminhamento para a Teleconsulta, e informação de acções integradas de prevenção informativas, no âmbito da relação contratual existente entre a Pessoa Segura e a FORTALEZA Seguros.

### REDE FARMÁCIAS

Acesso à Rede de Farmácias aderentes que disponibilizam vários serviços com participação directa conforme as coberturas contratadas. As farmácias aderentes estão devidamente identificadas no Guia CUIDA disponível no site da FORTALEZA Seguros.

## CARTÃO SAÚDE CUIDA

Cartão pessoal e intransmissível, que identifica o respetivo titular, perante a Seguradora e perante a Rede CUIDA, da FORTALEZA Seguros, de modo a permitir-lhe o acesso ao sistema de cuidados de saúde, registando, no caso de integrar dispositivo próprio, as consultas, actos médicos e outros meios utilizados.

## REFERENCIAÇÃO

Requisito necessário para marcação de consultas de especialidade, realização de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica dentro de certas especialidades, que consiste na sua indicação expressa por Médico integrado na Rede Convencionada, ou outro Médico assistente. Pode o médico integrado na Rede Convencionada proceder a autorreferenciação, o que consiste na indicação para a mesma especialidade com vista ao acompanhamento sucessivo do paciente, dentro dos limites previstos nas Condições Particulares.

## AUTORIZAÇÃO

Acto através do qual os serviços clínicos da Seguradora permitem o acesso às coberturas de hospitalização, de alguns actos terapêuticos, de alguns meios complementares de diagnóstico e, ainda, de serviços de assistência à Pessoa segura, sem o qual os mesmos não podem ser financiados ou reembolsados. Consentimento para prestação de cuidados de saúde, solicitado pela Pessoa Segura aos serviços clínicos da Seguradora.

## MÉDICO / MÉDICO DENTISTA

Licenciado por faculdade de medicina ou medicina dentária 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.

## MÉDICO INTEGRADO DA REDE CONVENCIONADA

Médico de qualquer das especialidades reconhecidas pela Ordem competente que tenha sido contratado, pela Rede CUIDA, para a prestação de cuidados de saúde no âmbito da sua especialidade.

## MÉDICO DE CUIDADOS PRIMÁRIOS INTEGRADO

Médico que tenha aderido à Rede de prestadores de cuidados de saúde CUIDA e que se encontre habilitado nas especialidades de Medicina Geral e Familiar, Medicina Interna, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria, Oftalmologia, Estomatologia e Medicina Dentária.

## MÉDICO ESPECIALISTA INTEGRADO

Médico de outra especialidade que não as que integram a

rede de cuidados primários e que tenha aderido à rede de prestadores de cuidados de saúde CUIDA.

## MÉDICO ASSISTENTE REDE FORTALEZA SEGUROS – REDE CUIDA

Médico acessível e disponível via contacto telefónico da Linha de Rede – TeleConsulta – com conhecimento dos procedimentos da Seguradora e que, em articulação com a Linha CUIDA, auxilia no usufruto rápido e adequado dos benefícios do plano de saúde, garantindo uma gestão mais adequada das necessidades de saúde dos clientes CUIDA.

## SERVIÇO DE APOIO AO CLIENTE

Serviço de apoio ao cliente, através do qual o Tomador do Seguro e as pessoas seguras podem obter os esclarecimentos que necessitarem.

## SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA

Apoio informativo e de serviços, prestado, em nome da Seguradora, por uma empresa de assistência.

## SERVIÇO DE ATENDIMENTO PERMANENTE

Serviço disponível em qualquer momento do dia ou da noite, limitado a uma capacidade mínima de diagnóstico, nomeadamente consulta de clínica geral e exames auxiliares de diagnóstico básicos.

## SERVIÇOS CLINICAMENTE NECESSÁRIOS

Serviços de cuidados de saúde, adequados ao tratamento de doença ou acidente enquadrável nas garantias do contrato, cuja necessidade e validade seja clínica e objectivamente constatada.

## TELECONSULTA

Modalidade de telemedicina, que consiste numa consulta médica realizada à distância, não presencial, por telefone ou outro meio tecnológico de comunicação que permita o contacto áudio, entre o profissional de saúde e a Pessoa Segura.

## VIDEOCONSULTA

Modalidade de telemedicina, que consiste numa consulta médica realizada à distância, não presencial, através de uma aplicação móvel ou fixa de videochamada, entre o profissional de saúde e a Pessoa Segura.

## Cláusula 2ª OBJECTO

Pelo presente contrato, a Seguradora garante à Pessoa segura as coberturas, no domínio dos cuidados de saúde, integrando, isolada ou conjuntamente, prestações

convencionadas, prestações indemnizatórias e serviços de assistência, identificadas nas Condições Particulares da Apólice e cujo âmbito é definido nas respetivas Condições especiais e nas presentes Condições gerais.

Entre a Fortaleza Seguros – Companhia de Seguros, SA, adiante designada por Seguradora, e o Tomador do Seguro estabelece-se o presente contrato de seguro que se regula pelas condições gerais, especiais e particulares, de harmonia com as declarações constantes da proposta e questionários individuais de saúde que lhe serviram de base e que dele fazem parte integrante.

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, e a determinação do prémio ou a fórmula do respectivo cálculo.

### Cláusula 3ª BASE DO CONTRATO

1. Constituem a base do contrato de seguro e fazem parte integrante da Apólice, a Proposta de seguro, a Proposta individual de adesão, o Questionário Individual de Saúde de cada Pessoa Segura, bem como a documentação clínica necessária à aceitação pela Seguradora do contrato ou da adesão individual.

2. O Tomador do seguro deve informar as Pessoas Seguras sobre as coberturas contratadas e as suas exclusões, as obrigações e direitos em caso de sinistro, bem como sobre as alterações ao contrato, em conformidade com espécimen elaborado pela Seguradora, sob pena de incorrer em responsabilidade civil nos termos gerais.

### Cláusula 4ª ÂMBITO DAS COBERTURAS

O contrato de seguro pode garantir, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Especiais e Particulares, as seguintes coberturas:

#### A - Coberturas Base

- Internamento - ASSISTÊNCIA CLÍNICA EM REGIME DE HOSPITALIZAÇÃO

- Ambulatório - ASSISTÊNCIA CLÍNICA EM REGIME AMBULATÓRIO

- Teleconsulta

#### B - Coberturas Complementares

- Parto normal e cesariana;
- Oftalmologia
- Estomatologia e Medicina Dentária
- Medicamentos;
- Entrega de medicamentos
- Assistência ao Domicílio
- Próteses e Ortóteses
- Emergências Médicas em Angola, Evacuação e Repatriamento
- Repatriamento por morte para o país de origem
- Despesas de Funeral

#### C - EXTENSÕES DE COBERTURA

- 2ª Opinião Médica

#### D - EXTENSÕES TERRITORIAIS Assistência médica no exterior

- Acesso à prestação de serviços médicos no exterior do país
- Extensão à Rede Médica em Portugal
- Extensão à Rede Médica na Namíbia

#### E - OUTROS SERVIÇOS COMPLEMENTARES

- Linha CUIDA – Atendimento 24/7

As coberturas efectivamente contratadas constam das Condições Particulares.

O contrato de seguro pode, ainda, abranger outras coberturas, desde que devidamente identificadas nas Condições Particulares e definidas por condição especial própria.

#### Cláusula 5ª DEVER DE DECLARAÇÃO INICIAL DO RISCO

1. O Tomador do seguro ou a Pessoa Segura está obrigado, antes da celebração do contrato, a declarar com exatidão todas as circunstâncias que conheça e razoavelmente deva ter por significativas para a apreciação do risco pela Seguradora.

2. O disposto no número anterior é igualmente aplicável a circunstâncias cuja menção não seja solicitada em questionário

eventualmente fornecido pela Seguradora para o efeito.

3. A Seguradora que tenha aceite o contrato, salvo havendo dolo do Tomador do seguro ou da Pessoa Segura com o propósito de obter uma vantagem, não pode prevalecer-se:

- a) da omissão de resposta a pergunta do questionário;

- b) de resposta imprecisa a questão formulada em termos demasiado genéricos;

- c) de incoerência ou contradição evidente nas respostas ao questionário;

- d) de facto, que o seu representante, aquando da celebração do contrato, saiba ser inexacto ou, tendo sido omitido, conheça;

- e) de circunstâncias conhecidas da Seguradora, em especial quando são públicas e notórias.

4. A Seguradora, antes da celebração do contrato, deve esclarecer o eventual Tomador do seguro ou a Pessoa Segura acerca do dever referido no n.º 1, bem como do regime do seu incumprimento, sob pena de incorrer em responsabilidade civil, nos termos gerais.

#### Cláusula 6ª INCUMPRIMENTO DOLOSO DO DEVER DE DECLARAÇÃO INICIAL DO RISCO

1. Em caso de incumprimento doloso do dever referido no n.º 1 do artigo anterior, o contrato é anulável mediante declaração enviada pela Seguradora ao Tomador do seguro.

2. Não tendo ocorrido sinistro, a declaração referida no número anterior deve ser enviada no prazo de três meses a contar do conhecimento daquele incumprimento.

3. A Seguradora não está obrigada a cobrir o Sinistro que ocorra antes de ter tido conhecimento do incumprimento doloso referido no n.º 1 ou no decurso do prazo previsto no número anterior, seguindo-se o regime geral da anulabilidade.

4. A Seguradora tem direito ao prémio devido até ao final do prazo referido no n.º 2, salvo se tiver ocorrido dolo ou negligência grosseira da Seguradora ou do seu representante.

5. Em caso de dolo do Tomador do seguro ou da Pessoa Segura com o propósito de obter uma vantagem, o Prémio é devido até ao termo do contrato.

#### Cláusula 7ª INCUMPRIMENTO NEGLIGENTE DO DEVER DE DECLARAÇÃO INICIAL DO RISCO

1. Em caso de incumprimento com negligência do dever referido no n.º 1 da Cláusula 4.ª a Seguradora pode, mediante declaração enviar ao Tomador do seguro, no prazo de três meses a contar do seu conhecimento:

- a) propor uma alteração do contrato, fixando um prazo, não inferior a 14 dias, para o envio da aceitação ou, caso a admita, contraproposta;

- b) fazer cessar o contrato, demonstrando que, em caso algum, celebra contratos para a cobertura de riscos relacionados com o facto omitido ou declarado inexatamente.

2. O contrato cessa os seus efeitos 30 dias após o envio da declaração de cessação ou 20 dias após a recepção pelo Tomador do seguro da proposta de alteração, caso este nada responda ou a rejeite.

3. No caso referido no número anterior, o prémio é devolvido pro rata temporis atendendo à cobertura havida.

4. Se, antes da cessação ou da alteração do contrato, ocorrer um Sinistro cuja verificação ou consequências tenham sido influenciadas por facto relativamente ao qual tenha havido omissões ou inexactidões negligentes:

- a) a Seguradora cobre o sinistro na proporção da diferença entre o prémio pago e o prémio que seria devido, caso, aquando da celebração do contrato, tivesse conhecido o facto omitido ou declarado inexatamente;

- b) a Seguradora, demonstrando que, em caso algum, teria celebrado o contrato se tivesse conhecido o facto omitido ou declarado inexatamente, não cobre o Sinistro e fica apenas vinculado à devolução do Prémio.

#### Cláusula 8ª ÂMBITO TERRITORIAL

1. Salvo quando o contrário resulte das Condições Especiais ou Particulares, o presente contrato tem o seu âmbito territorial limitado ao território nacional Angolano, podendo algumas coberturas e serviços ser extensíveis a Portugal, ou a outros países, conforme disposto nas Condições Particulares e nos termos das Condições Gerais e Especiais.

2. As garantias do contrato de seguro são suspensas, pelo período em que se verifique, relativamente a alguma

Pessoa Segura, ausência no estrangeiro, com duração superior a 60 dias, produzindo efeitos, tal suspensão, a partir da data do seu início, mesmo que a ausência apenas posteriormente seja conhecida pela Seguradora, salvo pedido e declaração expressa da Seguradora em contrário para extensão da garantia.

## Cláusula 9ª PESSOAS SEGURAS

1. Beneficiam das garantias conferidas pelo presente contrato as Pessoas Seguras que satisfaçam, cumulativamente, as seguintes condições à data da sua inclusão da Apólice, após aceitação expressa por parte da Seguradora:

a) preencham o Questionário Individual de Saúde com veracidade e exatidão;

b) sejam aceites pela Seguradora em conformidade com os seus critérios de aceitação em função dos parâmetros da avaliação do risco vigentes;

c) Aceitem as regras de acionamento das garantias seguras e da utilização do Sistema Integrado de Cuidados de Saúde CUIDA – Rede Convencionada – da FORTALEZA Seguros.

2. A aceitação do seguro, relativamente a cada Pessoa segura, é confirmada, pela Seguradora, através da emissão da Apólice ou do Certificado Individual, com posterior entrega de um Cartão de Acesso à Rede Convencionada – Cartão CUIDA, podendo algumas coberturas estar sujeitas a determinados períodos de carência, exclusões, franquias e a valores máximos indemnizáveis, de acordo com o previsto nas presentes condições gerais, nas condições especiais e nas Condições Particulares da apólice, para cada Pessoa Segura.

3. Na celebração, execução e cessação do contrato de seguro, são consideradas as práticas e técnicas de avaliação, seleção e aceitação de riscos próprias da Seguradora, tendo por base dados estatísticos e atuariais rigorosos considerados relevantes.

## Cláusula 10ª COBERTURAS E MODALIDADES

1. As coberturas são definidas nas Condições especiais, integrando o contrato de seguro as que sejam referidas nas Condições Particulares.

2. As coberturas integram as modalidades de prestações convencionadas (prestações na rede), prestações indemnizatórias (por reembolso) serviços de assistência, em regime de acesso à Rede, nos termos das cláusulas seguintes e das respetivas Condições Especiais.

3. A(s) modalidade(s) contratada constará das Condições Particulares da Apólice.

## Cláusula 11ª PRESTAÇÕES CONVENCIONADAS

1. No âmbito das prestações convencionadas, a Seguradora garante às Pessoas Seguras o acesso directo aos médicos, hospitais ou unidades de saúde, centros de meios complementares de diagnóstico e outros serviços de saúde que, em cada momento fizerem parte do Sistema Integrado de Cuidados de Saúde CUIDA, Rede Convencionada, cujas condições de utilização se encontram estabelecidas na Apólice e no Guia de Apoio CUIDA, disponível e permanentemente actualizada em [www.fortalezaseguros.ao](http://www.fortalezaseguros.ao), nos termos e limites fixados nas Condições Particulares da Apólice.

2. A(s) rede(s) integram serviços de cuidados de saúde de especialidades médicas e cirúrgicas, meios auxiliares de diagnóstico, serviços técnicas e terapêuticas complementares e internamento hospitalar.

3. Relativamente a serviços que não estejam contratados com os prestadores de cuidados de saúde referidos no número anterior é aplicável o regime de prestações indemnizatórias previsto na Cláusula seguinte (prestações por reembolso), desde que garantidas no âmbito das coberturas e limites contratados na apólice.

4. As condições de financiamento integram limites máximos, bem como Copagamentos ou franquias a cargo da Pessoa Segura, relativamente a actos médicos concretos, independentemente dos capitais garantidos ou disponíveis em cada momento. A Pessoa Segura suporta as participações, o copagamento e a franquia fixadas nas Condições Particulares da Apólice.

5. O accionamento das coberturas previstas nas Condições Particulares é objecto de análise de processo clínico e depende de autorização expressa dos serviços clínicos da Seguradora, a qual obedece, exclusivamente, a critérios de natureza médica, de acordo com os princípios da boa prática clínica.

6. O acesso a determinados serviços da rede pode necessitar de autorização prévia da Seguradora. Quando a Pessoa Segura recorrer aos referidos serviços, sem que tenha

sido concedida a autorização da Seguradora, aplicar-se-á às despesas o regime de prestações por reembolso, desde que garantidas no âmbito das coberturas e limites contratados na apólice.

7. Quando a Pessoa Segura recorrer a qualquer prestador dentro da rede ou serviço, sem se identificar com o seu Cartão CUIDA, aplicar-se-á às despesas o regime de prestações por reembolso, salvo se houver um motivo devidamente fundamentado e não imputável à Pessoa Segura.

8. Quando por indisponibilidade do sistema informático ou outro motivo devidamente fundamentado e não imputável à Pessoa Segura, não for possível o processamento da franquia e/ou do copagamento ou o acesso aos serviços, a Pessoa Segura suporta a despesa de saúde na totalidade e envia-a posteriormente à Seguradora para se efectuar o respectivo reembolso, desde que garantidas no âmbito das coberturas e limites contratados na apólice.

9. A Seguradora faculta à Pessoa Segura o Guia CUIDA, Guia de apoio, com a lista de prestadores de serviços que integram a Rede CUIDA, disponível e permanentemente actualizada em [www.FortalezaSeguros.ao](http://www.FortalezaSeguros.ao) ficando ao critério da Pessoa Segura a escolha da Entidade adequada ao seu estado, excepto relativamente às consultas de especialidade e à realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica que requeiram Referenciação ou Autorização.

10. Quando a Pessoa Segura recorrer a uma Entidade que não integre a Rede CUIDA aplica-se o regime previsto na Cláusula seguinte (prestações por reembolso).

11. Em caso nenhum serão consideradas reposições de Capital da Apólice, seja qual for a causa.

Único: A informação sobre os prestadores que integram a Rede CUIDA em Angola, está disponível e permanentemente actualizada em [www.fortalezaseguros.ao](http://www.fortalezaseguros.ao).

## Cláusula 12ª PRESTAÇÕES INDEMNIZATÓRIAS PRESTAÇÕES POR REEMBOLSO

1. A Seguradora obriga-se, nos termos e com os limites fixados nas Condições Gerais, Especiais e Particulares, ao reembolso das despesas realizadas pela Pessoa Segura junto de prestadores de serviços clínicos não integrados na Rede CUIDA, sujeito aos parâmetros de valoração dos actos médicos de acordo com as tabelas de valores relativos de actos médicos comumente aceites e praticadas.

2. Quando a Pessoa Segura recorrer a uma Entidade integrante da Rede CUIDA na modalidade de prestações indemnizatórias tem direito ao montante do reembolso previsto nas Condições Especiais e Particulares.

3. Em caso nenhum serão consideradas reposições de Capital da Apólice, seja qual for a causa.

## Cláusula 13ª REGIME DO ACESSO À REDE

Nesta modalidade, a Seguradora garante o acesso da pessoa segura a serviços de cuidados de saúde, realizados em prestadores da rede, suportando a pessoa segura na totalidade os respectivos custos, nos termos e limites fixados nas Condições Especiais e Particulares.

## Cláusula 14ª ASSISTÊNCIA

A Seguradora, nos termos e limites do âmbito territorial deste contrato e conforme o estabelecido em Condição Especial, garante a prestação de serviços de assistência em Angola e no estrangeiro, relativamente a acidentes ou doenças garantidas pela Apólice.

## Cláusula 15ª EXCLUSÕES

1. Ficam sempre excluídos do presente contrato as prestações decorrentes de:

a) doenças, lesões ou alterações funcionais, queixas pré-existentes ou que sejam consequência de acidentes ocorridos antes da data de início ou de adesão ao seguro;

b) acidentes de viação, acidentes de trabalho ou doenças profissionais, bem como outros acidentes e doenças cobertas por outros seguros obrigatórios;

c) doenças infetocontagiosas, quando em situação de epidemia ou pandemia declarada pelas autoridades de saúde;

d) quaisquer patologias resultantes, directa ou indirectamente, da acção do Vírus, ou do próprio vírus, da Imunodeficiência Humana (HIV);

e) perturbações do foro da saúde mental, salvo expressa convenção em contrário relativa a consultas de

psiquiatria nos termos estabelecidos nas Condições Particulares. Excluem-se igualmente quaisquer prestações

decorrentes de assistência de psicologia, consultas ou tratamentos de psicanálise, hipnose e terapia do sono, assim como internamentos psiquiátricos;

**f)** tratamentos relacionados com problemas do desenvolvimento físico, cognitivo ou da linguagem, bem como de aprendizagem ou comportamentais, designadamente dislexia, défice de atenção ou hiperatividade;

**g)** perturbações resultantes de intoxicação alcoólica, consumo excessivo de bebidas alcoólicas e doenças daí resultantes, uso de estupefacientes ou narcóticos não prescritos por médico, ou da utilização abusiva de medicamentos;

**h)** utilização abusiva de medicamentos;

**i)** doenças ou ferimentos em consequência da prática de quaisquer actos dolosos ou gravemente culposos da Pessoa Segura, autoinfligidos ou resultantes de actos ilícitos praticados pela Pessoa Segura, intervenção em duelos e rixas;

**j)** qualquer método de controlo de natalidade e planeamento familiar e ainda de interrupção voluntária da gravidez, assim como todos os actos médicos com ela relacionados, ou efectuadas para reverter os efeitos de uma cirurgia de esterilização voluntariamente realizada;

**k)** disfunções sexuais, qualquer que seja a sua causa, excepto em consequência de doença garantida pela apólice;

**l)** consultas, tratamentos e teste de infertilidade, bem como os métodos de inseminação e fecundação artificial, fertilização in vitro ou procedimentos de transferência embrionária e suas consequências, excepto em caso de risco de vida;

**m)** qualquer tratamento:

**i)** ou intervenção cirúrgica realizada com a intenção de melhorar a aparência pessoal ou remover tecido corporal são e suas consequências;

**ii)** ou terapêutica esclerosante de insuficiência crónica dos membros inferiores;

**iii)** ou cirurgias de cariz estético ou reconstrutivo e suas consequências, exceto se incluídas no tratamento de

doença maligna ou consequentes de acidente ocorrido durante a vigência da Apólice;

**iv)** de correção da obesidade, tratamento de emagrecimento e afins e suas consequências.

**n)** tratamentos, cirurgia e outros actos destinados à correção de doenças ou malformações congénitas, salvo convenção expressa em contrário nos termos estipulados nas Condições Particulares no que respeite a recém-nascidos garantidos por Apólice da Seguradora desde o seu nascimento;

**o)** tratamentos de hemodiálise por patologias crónicas;

**p)** Tratamentos relacionados, directa ou indirectamente, com infecção por vírus da hepatite, exceptuando os resultantes da hepatite A;

**q)** transplantes de órgãos e suas implicações, salvo convenção expressa em contrário nos termos de cobertura adicional quando especialmente contratada;

**r)** tratamentos em sanatórios, termas, casa de repouso, lares para a terceira idade e outros estabelecimentos similares, consultas e tratamentos de hidroterapia, medicina complementar, homeopatia, osteopatia e quiropraxia, ou práticas semelhantes, bem como quaisquer actos médicos ou terapêuticos que não sejam reconhecidos pela Ordem dos Médicos angolana;

**s)** medicamentos cuja introdução no mercado ainda não foi autorizada pela Entidade competente;

**t)** acidentes ocorridos e doenças contraídas em virtude de:

**i)** prática profissional de desportos e participação, como amador, em provas desportivas integrada sem campeonatos e respetivos treinos;

**ii)** participação em competições desportivas e respetivos treinos com veículos, providos ou não de motor (skate, BTT, rafting, asa-delta, parapente e ultraleve incluídos);

**iii)** prática de ski na neve e aquático, surf, snowboard, caça submarina, mergulho com escafandro autónomo, caça de animais perigosos ou que reconhecidamente sejam considerados perigosos, pugilismo, artes marciais, para-queda, tauromaquia, largadas de touros ou rezes, barragem/saltos em equitação, espeleologia, canyoning, descidas de torrentes ou correntes originadas por desniveis nos cursos de água escalada, rappel e slide, alpinismo, espeleologia, bungee-jumping e outros

desportos análogos na sua perigosidade;

**iv)** cataclismos da natureza, actos de guerra, declarada ou não, ações de terrorismo, sabotagem, perturbações da ordem pública e utilização de armas químicas ou bacteriológicas;

**v)** consequências da exposição a radiações, incluindo consequências de utilização de armas bacteriológicas e/ou de agentes químicos.

**u)** despesas realizadas com médicos que sejam cônjuges, pais, filhos ou irmãos da Pessoa Segura;

**v)** tratamentos de enfermagem prestados no domicílio ou em internamento hospitalar não contemplados nos serviços do hospital, salvo no caso dos serviços no domicílio se contratada por Condição Especial e nos termos e limites fixados;

**w)** procedimentos de carácter experimental, assim como todos os procedimentos diagnósticos e terapêuticos cuja segurança e eficácia clínica não estejam igualmente comprovados cientificamente, de acordo com a prática médica;

**x)** cuidados continuados, entendidos como os serviços clínicos que não careçam de internamento em instituição hospitalar, podendo e devendo ser prestados em internamento em unidade própria;

**y)** despesas com serviços que não sejam clinicamente necessários, assim como assistência e tratamento hospitalar por razões de carácter social;

**z)** despesas de transporte do Segurado relacionadas com fisioterapia e diálise;

**aa)** 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;

**bb)** despesas efectuadas por acompanhantes da Pessoa Segura excepto em caso de internamento hospitalar de menores ou iguais de 14 anos;

**cc)** consultas e tratamentos em áreas não reconhecidas pela(s) Ordens dos Médicos de Angola;

**dd)** consultas ou exames médicos que sejam necessários para a emissão de atestados, declarações, certificados

ou informação de qualquer tipo de documento que não tenha fins assistenciais ou terapêuticos;

**ee)** consultas e tratamentos em áreas não reconhecidas pela lei.

**2.** No âmbito da Assistência Hospitalar e Cirúrgica ficam sempre excluídas do presente contrato:

**a)** todas e quaisquer técnicas cirúrgicas destinadas a corrigir erros de refração da visão, incluindo:

**i)** queratotomia radial;

**ii)** queratotomia fotorefrativa (queratotomia com laser excimer/lasix);

**iii)** queratomielesis por laser in situ;

**iv)** inserção de lentes fáquicas intraoculares;

**v)** miopia, astigmatismo e hipermetropia,

**b)** tratamento cirúrgico da roncopatia, excepto em caso de apneia, devidamente comprovada com estudo do sono;

**c)** plastias mamárias de aumento ou redução de volume e suas consequências, quaisquer que sejam as indicações cirúrgicas ou remoção de material de prótese mamária, exceto os casos de tratamento de doença oncológica;

**d)** tratamentos e Cirurgias que constituam consequência directa de procedimentos anteriormente recusados pela Seguradora.

**3.** Salvo convenção expressa em contrário nas Condições Particulares, no Certificado Individual ou ao abrigo de Condição Especial, estão igualmente excluídas as prestações decorrentes de:

**a)** estomatologia e medicina dentária, exceto cirurgia em consequência de acidente abrangido por este contrato e ocorrido durante a sua vigência;

**b)** implantes e todos os procedimentos relacionados, nomeadamente férulas de diagnóstico e cirurgias, regeneração óssea guiada, pilares transeptiliais, montagem em articulador, coroas provisórias e definitivas sobre implantes entre outros, salvo convenção em contrário disposta nas Condições Particulares;

**c)** medicamentos;



**d)** próteses e ortóteses não cirúrgicas;

**e)** parto;

**f)** exames gerais de saúde (check-up);

**g)** terapia ocupacional, fisioterapia, terapia da fala, psiquiatria, psicologia;

**h)** copagamentos ou franquias resultantes de actos ou procedimentos médicos garantidos por outra Apólice da Fortaleza Seguros em vigor para a mesma Pessoa Segura, apresentados à Seguradora no regime de prestações indemnizatórias, até ao limite do Copagamento para o mesmo acto ou procedimento médico garantido por essa mesma Apólice;

**i)** serviços ao domicílio.

## CLÁUSULA 16.ª PERÍODOS DE CARÊNCIA

**1.** São fixados, nas Condições Particulares e nas Condições Especiais aplicáveis, os períodos que medeiam entre a data de início do seguro ou, tratando-se de um seguro de grupo, da adesão ao mesmo, e a data em que as respetivas garantias podem ser acionadas.

**2.** Salvo condição em contrário são fixados os seguintes Períodos de Carência:

Cobertura/Garantia	Período de Carência
Internamento - Assistência Clínica em Regime de Hospitalização	90 dias
Ambulatório - Assistência Clínica em Regime de Ambulatório	30 dias
Vacinas	30 dias
Parto Normal e Cesariana	365 dias
Oftalmologia	30 dias
Estomatologia e Medicina Dentária	30 dias
Medicamentos	30 dias
Próteses e ortóteses	90 dias
Assistência ao Domicílio	30 dias
Emergências Médicas em Angola - Evacuação e Repatriamento	não aplicável
Despesas de Funeral	180 dias

Repatriamento para o País de Origem	não aplicável
2ª Opinião	30 dias
Extensão Rede Médica em Portugal	de acordo com a cobertura aplicável

**3.** Sem prejuízo do disposto nos números anteriores, estão ainda sujeitas a Período de Carência de 12 meses (365 dias), as coberturas relativas às prestações ou actos médicos decorrentes de:

**a)** tratamento cirúrgico ou por outros métodos invasivos da hipertrofia benigna da próstata;

**b)** tratamento cirúrgico ou por outros métodos invasivos de patologia benigna do útero;

**c)** tratamento cirúrgico de cistocelo e rectocelo;

**d)** tratamento cirúrgico de varizes dos membros inferiores;

**e)** tratamento cirúrgico de hérnia discal;

**f)** hemorroidectomia e outros tratamentos da doença hemorroidária bem como tratamento cirúrgico da fistula perianal;

**g)** tratamento de patologia articular por via artroscópica;

**h)** septoplastia;

**i)** amigdalectomia, adenoidectomia, miringotomias com ou sem aplicação de tubos de ventilação;

**j)** rinoseptoplastia, desde que não seja por motivos estéticos;

**k)** excisão cirúrgica de lesões benignas da pele e tecido celular subcutâneo;

**l)** tratamentos com laser a lesões benignas da pele;

**m)** tratamento cirúrgico da apneia do sono;

**n)** litotricia renal e vesicular;

**o)** intervenção cirúrgica a úlcera gastroduodenal;

**p)** hemorroidectomia;

**q)** colecistectomia;

**r)** tratamentos refractivos à miopia, astigmatismo e hipermetropia;

**s)** operações aos ouvidos, nariz e garganta;

**t)** qualquer acto cirúrgico ao joelho;

**u)** extracção de quistos, nevos, sinais, verrugas e nódulos subcutâneos;

**v)** tratamentos às cataratas.

**w)** Mastectomia ou tiroidectomia por patologias benignas.

§ Único: Os períodos de carência não se aplicam sempre que a ocorrência resulte de acidente no âmbito das garantias da Apólice.

## CLÁUSULA 17.ª INÍCIO E DURAÇÃO DO CONTRATO

**1.** Desde que o prémio ou fracção inicial seja pago, o presente contrato produz os seus efeitos a partir das zero horas do dia imediato ao da aceitação da proposta pela Seguradora, salvo se, por acordo das partes, for estabelecida outra data para a produção de efeitos, a qual não pode, todavia, ser anterior à da recepção da proposta pela Seguradora, sem prejuízo do disposto quanto a períodos de carência ou outros prazos suspensivos. Tratando-se de seguro de grupo, as garantias do contrato entram em vigor às zero horas do dia indicado no certificado individual de adesão.

**2.** O contrato, tratando-se de seguro individual em que o Tomador do Seguro seja uma pessoa singular, considera-se aceite no 15º dia a contar da data de recepção da proposta pela Seguradora, a menos que entretanto o candidato a Tomador do Seguro seja notificado da recusa ou da sua antecipada aprovação, ou ainda da necessidade de recolher esclarecimentos essenciais para a avaliação do risco, ficando a aprovação, neste caso, dependente do envio e análise dos elementos solicitados. A aceitação será confirmada pela Seguradora através de meio escrito (ou por outro meio do qual fique registo duradouro) para a morada do Tomador do Seguro ou da emissão do cartão CUIDA da FORTALEZA Seguros e respectivas Condições Particulares.

**3.** As Condições Particulares identificam as coberturas sujeitas a período de carência, bem como a franquias e a valores máximos indemnizáveis, de acordo com o previsto nas presentes condições gerais e nas condições especiais da apólice.

**4.** A duração do contrato é a que for estipulada nas Condições Particulares da Apólice, podendo ser por um prazo certo e determinado ou por um ano a continuar pelos seguintes.

**5.** Quando celebrado por um período determinado, o contrato cessa os seus efeitos às 24 horas do último dia do prazo estabelecido.

**6.** Quando for celebrado por um ano a continuar pelos seguintes, considera-se o mesmo automaticamente e sucessivamente renovado por períodos anuais, exceto se qualquer das partes o denunciar, por correio registado ou por outro meio do qual fique registo escrito, com a antecedência mínima de 30 dias em relação ao termo da anuidade.

**7.** As prestações garantidas pela Seguradora respeitam exclusivamente a cada período de vigência do contrato, não havendo lugar a qualquer prorrogação ou extensão das garantias para além da data do seu vencimento, sem prejuízo do disposto relativamente à não renovação do contrato ou da adesão, resolução ou exclusão, encontrando-se apenas garantidas as prestações convencionadas ou as despesas efectuadas em cada ano de vigência do contrato

## CLÁUSULA 18.ª INÍCIO E DURAÇÃO DAS GARANTIAS

**1.** Só poderão ser admitidos os candidatos a pessoas seguras cuja idade respeite o limite definido pela Seguradora e desde que hajam preenchido o respectivo questionário individual de saúde.

**2.** As garantias do contrato produzem os seus efeitos após o decurso dos períodos de carência, indicados para cada cobertura nas condições especiais ou nas Condições Particulares, sendo os mesmos contados a partir da data de adesão de cada pessoa segura.

**3.** Em caso de acidente ou doença súbita, que implique tratamento hospitalar urgente em regime de internamento ou ambulatório, não são aplicáveis os períodos de carência.

## CLÁUSULA 19.ª TERMO DO CONTRATO

**1.** As garantias conferidas pelo presente contrato deixam, automaticamente, de produzir os seus efeitos em relação a cada Pessoa Segura, salvo convenção expressa em contrário, nos seguintes casos:

**a)** vencimento da anuidade em que a Pessoa Segura atinja a idade limite prevista nas Condições Particulares;

**b)** no caso de membros do Agregado Familiar, quando percam a qualidade de dependentes nos termos da

definição constante da Cláusula 1.ª;

**c)** no termo da anuidade em que perca a qualidade de Aderente ou membro do grupo pelo qual aderiu ao contrato de seguro;

**d)** falta de pagamento do Prémio, nos termos legais aplicáveis;

**e)** em caso de não renovação do contrato ou de não renovação da adesão.

**2.** O presente contrato ou, tratando-se de um seguro de grupo, a adesão ao mesmo, pode ser denunciado por qualquer das partes, na data do seu vencimento anual, mediante carta registada ou outro meio do qual fique registo escrito, enviado à outra parte com a antecedência mínima de 30 dias em relação à data do vencimento.

**3.** Em caso de não renovação do contrato ou de não renovação da adesão, a responsabilidade da Seguradora cessa na data de termo, sem prejuízo do disposto no número seguinte.

**4.** Em ambos os casos previstos no número anterior, a Seguradora permanece obrigado às prestações garantidas, pelo período de dois anos e até esgotar o Capital Seguro no último período de vigência do contrato, relativamente a doenças manifestadas durante o período de vigência do contrato ou a acidentes e outros factos geradores de indemnização ocorridos no mesmo período, desde que cobertos pelo contrato e declarados até 30 dias após o seu termo, salvo justo impedimento.

**5.** O Cartão CUIDA é propriedade da Seguradora, obrigando-se o seu titular a não fazer uso do mesmo e a devolvê-lo logo que cesse a vigência do contrato de seguro ao abrigo do qual foi emitido, sob pena de incorrer na responsabilidade civil e criminal que ao facto couber. Em caso de extravio, abuso de confiança, furto ou roubo do cartão, o titular obriga-se a participar a ocorrência à FORTALEZA Seguros, no prazo máximo de 72 horas, sob pena de incorrer em responsabilidade civil no caso de utilização indevida.

## **CLÁUSULA 20.ª** **PAGAMENTO DO PRÉMIO**

**1.** A cobertura dos riscos depende do prévio pagamento do Prémio.

**2.** O Prémio correspondente a cada período de duração do contrato de seguro é devido por inteiro, sem prejuízo de poder ser fraccionado para efeitos de pagamento, por acordo entre

a Seguradora e o Tomador do seguro.

**3.** O pagamento do prémio anual do seguro, por acordo entre a Seguradora e o Tomador do Seguro, pode ser repartido em fracções mensais, trimestrais ou semestrais, sujeito a encargos de fraccionamento.

**4.** Salvo quando tenha sido acordado que a Pessoa segura pague diretamente o Prémio a Seguradora, a obrigação de pagamento do Prémio impende sobre o Tomador do seguro.

**5.** O Prémio ou fração inicial é devido na data de celebração do contrato. Tratando-se de um seguro de grupo, o Prémio ou fração inicial correspondente a cada adesão, é devido na data da respetiva aceitação.

**6.** As fracções seguintes do Prémio inicial, o Prémio de anuidades subsequentes e as sucessivas fracções deste são devidos nas datas estabelecidas no contrato.

**7.** A parte do Prémio de montante variável relativa a acerto do valor e, quando seja o caso, a parte do Prémio correspondente a alterações ao contrato são devidas nas datas indicadas nos respetivos avisos.

**8.** Em caso de cessação antecipada do contrato de seguro, por qualquer causa, o Prémio ou fração devido pelo Tomador do seguro é calculado proporcionalmente ao período decorrido até ao momento da cessação, havendo lugar ao estorno correspondente ao período não decorridos se o Tomador do seguro já houver pago a totalidade do Prémio ou da fração, no entanto não haverá lugar a qualquer devolução de prémio do período não decorrido relativamente à Pessoa Segura se tiver ocorrido qualquer OCORRÊNCIA / SINISTRO ao abrigo da Apólice na anuidade.

**9.** O Tomador do seguro ou a Pessoa Segura, quando seja o caso, indica na proposta de adesão que subscreve, ou em documento autónomo, o Número de Identificação Bancária IBAN relativo à sua conta bancária que pretenda que seja debitada pelo valor do Prémio e creditada pelo valor das prestações da Seguradora.

## **CLÁUSULA 21.ª** **AVISO DE PAGAMENTO DO PRÉMIO**

**1.** Na vigência do contrato, a Seguradora avisa por escrito o Tomador do seguro ou a Pessoa Segura, no caso de ter sido acordado que esta pague diretamente o prémio à Seguradora, do montante a pagar, assim como da forma e do lugar de pagamento, com uma antecedência mínima de 30 dias em relação à data em que se vence o Prémio ou fracções deste.

**2.** Nos contratos de seguro em que seja convencionado o pagamento do prémio em fracções de periodicidade igual ou inferior a três meses e em cuja documentação contratual se indiquem as datas de vencimento das sucessivas fracções do Prémio e os respetivos valores a pagar, bem como as consequências do seu não pagamento, a Seguradora pode optar por não enviar o aviso referido no n.º1, cabendo-lhe, nesse caso, a prova da emissão, da aceitação e do envio ao Tomador do seguro da documentação contratual referida neste número.

## **CLÁUSULA 22.ª** **FALTA DE PAGAMENTO DO PRÉMIO**

**1.** A falta de pagamento do Prémio inicial, ou da primeira fração deste, na data do vencimento, determina a resolução automática do contrato a partir da data da sua celebração.

**2.** A falta de pagamento determina a resolução automática do contrato na data do vencimento de:

- a)** uma fração do Prémio no decurso de uma anuidade;
- b)** um Prémio adicional resultante de uma modificação do contrato fundada num agravamento superveniente do risco.

**3.** No seguro de grupo contributivo, quando a Pessoa Segura não entregue ao Tomador do seguro a quantia destinada ao pagamento do Prémio ou, tendo sido acordado que a Pessoa Segura pague diretamente o Prémio à Seguradora, tal pagamento não se verifique, a Pessoa Segura é excluída da cobertura do seguro.

**4.** A falta de pagamento do Prémio de anuidades subsequentes, ou da primeira fração deste, na data de vencimento, impede a prorrogação do contrato ou da cobertura da Pessoa Segura em causa.

**5.** 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 ou a cobertura com o âmbito e nas condições que vigoravam antes da pretendida modificação, a menos que a sua subsistência se revele impossível, caso em que ocorrerá a respetiva cessação na data do vencimento do Prémio não pago.

## **CLÁUSULA 23.ª** **ALTERAÇÃO DO PRÉMIO**

**1.** Não havendo alteração no risco, qualquer alteração do prémio aplicável ao contrato apenas poderá efectuar-se no

vencimento anual seguinte, mediante aviso da Seguradora ao Tomador do Seguro, com uma antecedência mínima de 30 dias sobre a data da renovação do contrato.

**2.** No entanto, haverá lugar a alteração automática do prémio do contrato, sempre que se verifique mudança de escalão etário da pessoa segura, sendo para este efeito considerada a idade da mesma no primeiro dia de cada anuidade de seguro.

## **CLÁUSULA 24.ª** **ESTORNO DO PRÉMIO**

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 da Seguradora, esta devolverá ao Tomador do Seguro uma parte do prémio, calculado proporcionalmente ao período não decorrido até à data do vencimento;

**2.** Se a iniciativa for do Tomador do Seguro, a Seguradora devolverá ao Tomador do Seguro uma parte ou percentagem do prémio indicados nas Condições Particulares da apólice, calculado proporcionalmente ao período não decorrido até à data do vencimento, deduzida do custo de emissão da apólice;

**3.** Existindo sinistralidade relativa às pessoas a excluir, não será processado qualquer estorno.

## **CLÁUSULA 25.ª** **ACESSO, PROCEDIMENTOS E REGULARIZAÇÃO**

**1.** Em caso de necessidade de cuidados de saúde garantidos por este contrato, e consoante se trate de prestações convencionadas ou de prestações indemnizatórias, pode a Pessoa segura aceder ao sistema integrado de cuidados de saúde CUIDA ou recorrer, à sua escolha, a qualquer médico, hospital ou clínica em caso de necessidade de internamento, devendo observar, em qualquer dos casos, as prescrições do médico que a assista e os procedimentos previstos nos números seguintes.

**2.** Em caso de Prestações Convencionadas, a Pessoa Segura pode:

**a)** escolher um Médico da Rede CUIDA (rede convencionada);

**b)** consultar um médico do Sistema Integrado de Cuidados de Saúde CUIDA (rede convencionada) ou contactar

a Linha CUIDA que lhe indica um médico ou serviço de saúde adequado a cada caso. Se necessário, qualquer destes contactos indicará um médico especialista ou uma unidade de saúde da Rede CUIDA;

**c)** contactar a Linha CUIDA da qual um enfermeiro regista a informação relativa às queixas apresentadas, bem como a suscetibilidade de a situação carecer de assistência médica e qual o grau de urgência desta, sugerindo os meios mais adequados à situação e alertando, ainda, para os sinais e sintomas que devem implicar outro tipo de ações, não constituindo este acto, em qualquer circunstância, um acto médico ou um diagnóstico clínico.

**3.** Em qualquer dos casos previstos no número anterior, de modo a permitir a aplicação da máxima extensão das respectivas coberturas, deve ser observado o seguinte procedimento pela Pessoa segura:

**a)** identificar-se como titular de Seguro de Saúde CUIDA ou exibir o seu Cartão CUIDA perante os prestadores de serviços da Rede CUIDA;

**b)** fornecer a informação necessária à correcta avaliação do seu estado de saúde;

**c)** obter uma referência, quando tal seja obrigatório nos termos do respectivo plano de coberturas, para consulta com médico especialista integrado na Rede CUIDA ou realização de meios complementares de diagnóstico e terapêuticos em unidade de saúde integrada na Rede CUIDA;

**d)** submeter-se a exame por médico designado pela Seguradora, caso este o considere necessário.

**4.** O recurso a médicos não integrados nas unidades de saúde da Rede CUIDA ou que não estejam com as mesmas convenções é considerado como prestação fora do Sistema Integrado de Cuidados de Saúde CUIDA e reembolsado como prestação indemnizatória, nos termos e limites das coberturas expressos nas Condições Particulares aplicáveis.

**5.** Em caso de Prestações Indemnizatórias, a Pessoa Segura deve:

**a)** comunicar à Seguradora a situação clínica assim como os actos médicos prestados, enviando conjuntamente o relatório do médico discriminando os mesmos;

**b)** submeter-se a exame por médico designado pela Seguradora, caso este o considere necessário.

**6.** O reembolso das despesas efectuadas ao abrigo deste

contrato é efetuado depois de entregues os documentos comprovativos, válidos segundo as normas legais em vigor e observado os seguintes procedimentos:

**a)** menção, em caso de acidente, da data, hora, local, intervenientes, causas e consequências da sua ocorrência, testemunhas, autoridade que tenha lavrado auto e identificação do eventual responsável;

**b)** apresentação, no prazo máximo de 120 dias a contar da data da efectivação da despesa, sob pena de caducidade do direito ao reembolso, de todos os documentos originais justificativos das despesas realizadas, os quais discriminem serviços prestados, acompanhados de prescrição médica, podendo, no entanto, a Seguradora aceitar fotocópias se a Pessoa Segura necessitar dos originais para efeitos de pedido de reembolso a outra Entidade, caso em que deverá fazer prova do montante despendido e do reembolso recebido da mesma;

**c)** submeter-se a exame por médico designado pela Seguradora, caso este o considere necessário.

**7.** Em qualquer das circunstâncias previstas nos números anteriores, os serviços clínicos da Seguradora ficam autorizados pela Pessoa Segura a informar-se, em qualquer momento, junto dos médicos que a assistam e a obter cópias de relatórios clínicos ou de quaisquer outros documentos referentes à assistência prestada, com estrita observância de dever de confidencialidade e da legislação em vigor.

**8.** Sem prejuízo do disposto nas Condições Especiais e Particulares da Apólice, o montante do reembolso das despesas médicas incide sobre o valor efetivamente suportado pela Pessoa Segura e não reembolsado por outra Entidade, desde que observados os seguintes procedimentos:

**a)** quando apresentados os documentos originais comprovativos de qualquer despesa, será sobre a totalidade do seu valor que incidirá uma percentagem de reembolso;

**b)** quando apresentados documentos provenientes de outra Entidade, comprovativos da despesa e respectiva comparticipação a que a Pessoa Segura tenha previamente recorrido, a percentagem de reembolso incidirá apenas sobre o remanescente da despesa não comparticipada.

**9.** O reembolso das despesas médicas pode estar sujeito a limites máximos de comparticipação, independentemente do Capital garantido e disponível, nos termos das Condições Particulares aplicáveis.

## **CLÁUSULA 26.ª** **SUB-ROGAÇÃO**

Até à concorrência das indemnizações pagas a título de reembolso, ou até ao valor de financiamento suportado no âmbito das prestações convencionadas, a Seguradora fica sub-rogado, em todos os direitos da Pessoa Segura perante terceiros civilmente responsáveis pelas mesmas, obrigando-se o Tomador do seguro e a Pessoa Segura a facultar a Seguradora todos os elementos relevantes para o exercício de tais direitos, sob pena de responder por perdas e danos.

## **CLÁUSULA 27.ª** **ALTERAÇÕES AOS TERMOS DO CONTRATO PELA SEGURADORA**

**1.** A Seguradora pode propor a alteração das coberturas, das exclusões, dos capitais seguros, Franquias, Copagamentos, períodos de carência e dos Prémios, 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 ou à Pessoa Segura com 30 dias de antecedência relativamente à data de renovação do contrato ou da cobertura.

**2.** As alterações têm-se por aceites se o Tomador do seguro ou a Pessoa Segura nada disser no prazo de 15 dias contados da receção da proposta, e aprovada a modificação proposta, e a apólice em vigor caso venha a ser pago o prémio correspondente à anuidade subsequente ou primeira fracção paga.

**3.** Caso as alterações propostas pela Seguradora não sejam aceites, o contrato extingue-se na data de renovação do contrato ou da cobertura.

**4.** Os capitais seguros, os Prémios e Franquias, podem estar sujeitos a uma indexação anual, a considerar automaticamente no vencimento da Apólice, nos termos previstos nas Condições Particulares.

**5.** Sempre que se baseiem em escalões etários, os Prémios correspondentes às mudanças de escalão da Pessoa Segura tornam-se exigíveis na data de renovação seguinte do contrato.

**6.** A Seguradora formaliza as alterações ao contrato em documento escrito.

## **CLÁUSULA 28.ª** **ALTERAÇÕES AOS TERMOS DO CONTRATO PELO TOMADOR DO SEGURO**

**1.** A inclusão de pessoas seguras que integrem o agregado familiar é solicitada mediante comunicação à Seguradora, com preenchimento de proposta e questionário individual de saúde. A inclusão de recém-nascidos num contrato que tenha como pessoa segura pelo menos um dos pais é aceite sem períodos de carência, sem doenças pré-existentes e sem exclusão de doenças e malformações congénitas, desde que seja efectuada uma pré-adesão até ao 6º mês de gravidez. Para aplicação destas condições, a adesão definitiva deve ser feita nos primeiros 30 dias de vida da criança, mediante o preenchimento de proposta e questionário individual de saúde.

**2.** A exclusão de pessoas seguras é solicitada mediante comunicação à Seguradora, com uma antecedência mínima de 30 dias em relação à data de produção de efeitos. A Seguradora procederá ao estorno do prémio pago relativo ao período não decorrido.

**3.** A transferência da titularidade do plano contratado é solicitada pelo Tomador do Seguro mediante comunicação à Seguradora, com uma antecedência mínima de 30 dias em relação à data de produção de efeitos, incluindo a aceitação da Pessoa Segura que será titular do novo contrato, iniciando-se o mesmo no dia seguinte, com preenchimento de proposta, mas sem necessidade de novo questionário individual de saúde.

**4.** A alteração do plano contratado é solicitada pelo Tomador do Seguro, mediante comunicação à Seguradora, com uma antecedência mínima de 60 dias em relação à data de vencimento, no âmbito dos planos em comercialização. 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.

## **CLÁUSULA 29.ª** **RESOLUÇÃO DO CONTRATO E EXCLUSÃO DA PESSOA SEGURA**

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

**2.** A resolução do contrato por falta de pagamento do prémio fica sujeita ao disposto nas disposições legais e contratuais aplicáveis.

**3.** A resolução do contrato produz os seus efeitos às 24 horas do próprio dia em que se verifique.

**4.** O Tomador de Seguro que seja pessoa singular, dispõe de 30 dias, a contar da recepção da apólice, para resolver o contrato, mediante comunicação por escrito em suporte de papel ou de outro meio do qual fique registo duradouro;

**a.** O prazo atrás referido conta-se a partir da data efectiva de celebração do contrato;

**b.** O exercício do direito de livre resolução determina a cessação do contrato, extinguindo-se todas as obrigações decorrentes, com efeitos a partir da celebração do mesmo, tendo a Seguradora direito:

**i.** Ao valor do prémio calculado pro rata temporis, na medida em que tenha suportado o risco até à resolução do contrato;

**ii.** Ao montante das despesas que tenha efectuado com exames médicos sempre que esse valor seja imputado contratualmente ao Tomador do Seguro, e ainda quaisquer futuras despesas, a qualquer título, relativas e em consequência de actos, exames, tratamentos, ou outras, com origem no período anterior à resolução da apólice.

**5.** A pessoa segura poderá, no seguro de grupo contributivo, ser excluída do seguro quando não entregue ao Tomador do Seguro ou à Seguradora, consoante o que estiver convencionado, a quantia destinada ao pagamento do prémio, aplicando-se, com as devidas adaptações, as regras sobre a falta de pagamento de prémios no que respeita à adesão.

**6.** A pessoa segura poderá, ainda, ser excluída quando ela ou o beneficiário, com conhecimento daquela, pratique actos fraudulentos em prejuízo da Seguradora ou do Tomador do Seguro.

**7.** A exclusão da pessoa segura prevista no antecedente número 5 não tem eficácia retroactiva e deve ser exercida, por declaração escrita, com aviso prévio de 8 dias, pela Seguradora.

### **CLÁUSULA 30.ª** **CADUCIDADE DO CONTRATO**

**1.** O contrato de seguro caduca automaticamente na data do seu termo, tratando-se de seguro celebrado por um período certo e determinado.

**2.** Tratando-se de seguro celebrado por um ano a continuar pelos anos seguintes, cada uma das adesões caduca

automaticamente:

**a.** No termo da anuidade de seguro em que a pessoa segura deixe de reunir as condições que lhe permitiram integrar o grupo seguro;

**b.** No termo da anuidade em que a pessoa segura completar a idade limite estabelecida pela Seguradora nas Condições Particulares;

**c.** No termo da anuidade em que a pessoa segura deixe de fazer parte do agregado familiar, ou no caso de descendente ou adoptado, deixe de estar abrangido pelo esquema oficial de concessão do abono de família.

### **CLÁUSULA 31.ª** **VALORES SEGUROS E FRANQUIAS**

**1.** Os valores máximos garantidos por esta apólice, assim como as franquias 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.

**3.** Salvo convenção em contrário, nas situações de acerto de vencimento, os valores garantidos são proporcionais ao tempo em risco.

### **CLÁUSULA 32.ª** **COORDENAÇÃO DE PRESTAÇÕES**

**1.** A Pessoa Segura informa a Seguradora de outros seguros de natureza idêntica à do presente contrato logo que tome conhecimento da sua verificação, bem como aquando da participação do sinistro, para que, sendo caso disso, se proceda à coordenação das prestações convencionadas ou indemnizatórias devidas ao abrigo dos vários contratos.

**2.** A omissão fraudulenta da informação referida no número anterior exonera a Seguradora da respetiva prestação.

**3.** Para efeitos desta cláusula são equiparados a seguros quaisquer sistemas que permitam o reembolso ou participação de despesas de âmbito similar às garantidas por este contrato, de que seja beneficiária a Pessoa Segura.

### **CLÁUSULA 33.ª** **COEXISTÊNCIA DE CONTRATOS**

**1.** O Tomador do Seguro e/ou segurado ficam obrigados a participar à Seguradora, sob pena de responderem por perdas e danos, à existência de outros seguros com o mesmo objecto e garantia.

**2.** Se à data do sinistro existir mais do que um contrato de seguro, com o mesmo objecto e cobertura, a presente apólice apenas funcionará em caso de inexistência, nulidade, ineficácia ou insuficiência de seguros anteriores.

### **CLÁUSULA 34.ª** **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 35.ª** **OBRIGAÇÕES DO TOMADOR DO SEGURO E DA PESSOA SEGURA**

**1.** 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 dias imediatos à sua ocorrência;

**c.** Realizar, sempre que solicitados, exames que serão suportados pela Seguradora em médicos por ele designados, cessando a responsabilidade do mesmo se o não 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.

**2.** 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 120 dias a contar da data da sua realização. 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; 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.

**3.** 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.

**4.** 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 36.ª** **OBRIGAÇÕES DA SEGURADORA**

Constitui obrigação da Seguradora o cumprimento pontual dos seus compromissos perante o Tomador do Seguro e as pessoas seguras, nomeadamente:

**a.** Fornecer o cartão CUIDA, bem como disponibilizar informações sobre os serviços da(s) rede(s);

**b.** Analisar com prontidão e diligência os pedidos de autorização, decidindo sobre os mesmos em prazo não superior a 5 dias úteis, contados desde a data em que forem recebidos todos os elementos necessários à sua apreciação;

**c.** Proceder ao reembolso das prestações, no prazo máximo de 30 dias úteis a contar da data em que foi efectuado o apuramento das participações a pagar, de acordo com o estipulado nas Condições Particulares, e se na posse de todos os elementos indispensáveis ao reembolso das mesmas.

### **CLÁUSULA 37.ª** **COMUNICAÇÕES E NOTIFICAÇÕES**

**1.** As comunicações ou notificações previstas nesta Apólice

consideram-se válidas e plenamente eficazes caso sejam efectuadas, por correio registado ou por outro meio do qual fique registo escrito, incluindo registos eletrónicos, para a sede social da Seguradora ou para a morada do Tomador do seguro ou da Pessoa Segura constante do contrato.

**2.** Em caso de alteração de morada o Tomador do seguro ou a Pessoa Segura comunicam à Seguradora nos 30 dias subsequentes à data em que se verifique a alteração, sob pena de as comunicações ou notificações que a Seguradora venha a efectuar para a última morada conhecida se terem por válidas e eficazes.

**3.** Toda a documentação contendo informação clínica apenas pode ser disponibilizada por intermédio de médicos e prestadores de serviços autorizados, salvaguardando a devida confidencialidade e sigilo relativo aos dados pessoais e de saúde.

## **CLÁUSULA 38.ª** **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 39.ª** **MOEDA**

**1.** O contrato de seguro pode ser efectuado em moeda nacional vigente ou em moeda estrangeira, de conformidade com a legislação monetária e cambial em vigor no País.

**2.** Sem prejuízo do (Capital/valor) seguro estar expresso em moeda nacional vigente ou em moeda estrangeira, qualquer indemnização a que haja lugar será paga em moeda nacional vigente.

**3.** As despesas de reembolso que sejam efectuadas em moeda estrangeira a indemnização será paga na taxa de câmbio para a moeda nacional publicada pelo Banco Nacional de Angola na data de ocorrência.

**4.** No caso de o (Capital/valor) seguro estar expresso em moeda estrangeira, a indemnização será paga em moeda nacional vigente, sendo o contra valor calculado com base na taxa de câmbio moeda nacional vigente/moeda estrangeira, publicada pelo Banco Nacional de Angola à data de ocorrência do sinistro quando aplicável a Cláusula de Flutuação Cambial ou à taxa de câmbio moeda nacional vigente/moeda

estrangeira em vigor na data de celebração do contrato de seguro ou de renovação da anuidade, caso a respectiva taxa de câmbio aí considerada seja inferior à vigente na data de ocorrência do sinistro, nas situações em que a Cláusula de Flutuação Cambial não seja aplicável.

## **CLÁUSULA 40.ª** **FLUTUAÇÃO CAMBIAL**

**1.** Fica acordado entre as partes que em caso de flutuação cambial superior a 5% da Moeda Nacional de Angola em relação aos dólares norte americanos, reserva-se o direito à Seguradora de emissão de recibo compensatório desde a data em que ocorra a flutuação até ao término do contrato, em base pro rata temporis.

**2.** Os valores de referência a considerar para efeitos da presente cláusula serão aferidos quinzenalmente no primeiro e no décimo sexto dia de cada mês através de análise aos valores médios da quinzena anterior. Os valores de referência utilizados serão aqueles que forem publicados pelo BNA – Banco Nacional de Angola – no seu Sítio da Internet.

## **CLÁUSULA 41.ª** **CARTÃO CUIDA**

**1.** Para beneficiar dos serviços garantidos pelo presente contrato na(s) rede(s), a pessoa segura deve apresentar o seu cartão CUIDA e um documento válido de identificação com fotografia (passaporte, bilhete de identidade, carta de condução, e no caso de recém-nascidos, sem bilhete de identidade, cédula de nascimento). Em caso de extravio do cartão CUIDA, a pessoa segura ou o Tomador do Seguro, devem comunicá-lo à Seguradora através do serviço de apoio ao cliente, no prazo máximo de 72 horas, a fim de o mesmo ser anulado e se proceder à emissão de um novo cartão.

**2.** O cartão CUIDA é propriedade da Seguradora e só pode ser utilizado pelo seu titular, nos termos e para os efeitos previstos no presente contrato.

## **CLÁUSULA 42.ª** **DADOS PESSOAIS**

**1.** O tratamento de dados pessoais é efectuado pela Seguradora e pelos seus subcontratantes com o consentimento inequívoco do seu titular, sendo o seu tratamento necessário para a execução do contrato de seguro e para efeitos da gestão da prestação de cuidados ou tratamentos médicos ou de gestão de serviços de saúde e realizado por profissionais

de saúde obrigados a sigilo ou por pessoas sujeitas igualmente a segredo profissional.

**2.** A Seguradora é responsável pelo tratamento e garantia das medidas adequadas de segurança dos dados, com a finalidade prevista no número anterior, sendo assegurado às Pessoas Seguras o direito de acesso e de retificação dos mesmos.

## **CLÁUSULA 43.ª** **RECLAMAÇÕES**

A apresentação de qualquer reclamação relacionada com o presente contrato ou com as obrigações e direitos decorrentes, pode ser efectuada directamente à Seguradora ou através do instituto de supervisão de seguros, autoridade de supervisão da actividade Seguradora.

## **CLÁUSULA 44.ª** **ÓNUS DA PROVA**

Impende sobre a pessoa segura o ónus da prova de veracidade das declarações, podendo a Seguradora exigir-lhe os meios de prova adequados e que estejam ao seu alcance.

## **CLÁUSULA 45.ª** **LEI APLICÁVEL E FORO COMPETENTE**

**1.** Quando as partes não tenham escolhido, dentro dos limites legais, outra lei que lhe seja aplicável, este contrato é regido pela Lei Angolana.

**2.** O foro competente para dirimir os litígios emergentes deste contrato é o determinado na Lei Civil.

## **CLÁUSULA 46.ª** **ARBITRAGEM**

**1.** Se, no que respeita a questões de natureza exclusivamente clínica, for controverso o direito da Pessoa Segura às prestações da Seguradora, pode haver recurso a arbitragem.

**2.** No caso enunciado no número anterior, cada parte designa um médico que a representa, cabendo aos designados acordarem na nomeação de um outro médico que preside.

**3.** Os custos associados ao processo de arbitragem são suportados por cada parte em relação ao árbitro que designe e em metade relativamente ao árbitro presidente.

# **CONDIÇÕES ESPECIAIS**

## **Disposições comuns**

Na parte aqui não especificamente regulamentada, aplicam-se às Condições Especiais a seguir indicadas as disposições constantes das Condições Gerais do seguro de saúde CUIDA da FORTALEZA Seguros.

# **A - COBERTURAS BASE**

## **CONDIÇÃO ESPECIAL INTERNAMENTO ASSISTÊNCIA CLÍNICA EM REGIME DE HOSPITALIZAÇÃO**

**1.** Nos termos desta Condição Especial, quando contratada a cobertura, garante-se, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, após cumprido o Período de Carência ,o pagamento de despesas efectuadas, adiante indicadas, com os actos de diagnóstico ou terapêutica, cuja realização requeira os meios e serviços específicos de ambiente hospitalar, com internamento por período igual ou superior a 24 horas. Ainda que o internamento tenha duração inferior a 24 horas, está também garantido o pagamento das despesas acima referidas, quando decorrentes de cirurgia de ambulatório, devidamente justificada e aceite pela Seguradora.

**2.** A Seguradora obriga-se a:

**a)** no âmbito das Prestações Convencionadas (rede), financiar o acesso da Pessoa Segura a prestadores de serviços clínicos relativos a assistência clínica em ambiente hospitalar integrados na Rede CUIDA, nos termos e com os limites fixados nas Condições Particulares; para a prestação em rede carecem sempre de autorização;

**b)** no âmbito das prestações indemnizatórias, reembolsar a Pessoa Segura das despesas efectuadas com a assistência clínica que requeira meios e serviços específicos em ambiente hospitalar, nos termos e com os limites fixados nas Condições Particulares.

**3.** O âmbito de incidência desta cobertura abrange a prestação de cuidados de saúde em hospital, incluindo a assistência hospitalar em regime externo, desde que a necessidade de ambiente hospitalar para a realização dos mesmos seja clinicamente comprovada.

**4.** Sem prejuízo do disposto na **CLÁUSULA 16.ª - PERÍODOS DE CARÊNCIA** a cobertura de Internamento encontra-se sujeita a um Período de Carência de 90 dias.

**5.** Constituem despesas financiáveis no âmbito da Rede CUIDA ou reembolsáveis, as efectuadas em pagamento de actos médicos, cirúrgicos ou diagnósticos que requeiram meios e serviços específicos imprescindíveis em ambiente hospitalar para a sua realização, nomeadamente:

**a)** honorários relacionados com os actos realizados em ambiente hospitalar, tais como honorários de médico, cirurgião, anestesista, ajudante e instrumentista;

**b)** meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica associados aos actos realizados em ambiente hospitalar;

**c)** medicamentos quando administrados durante o período de hospitalização e associados aos actos realizados;

**d)** materiais, equipamentos e produtos quando associados aos actos realizados em ambiente hospitalar;

**e)** acomodação em enfermaria e utilização de instalações necessárias à realização dos actos em ambiente hospitalar, tais como diárias, bloco operatório, sala de recobro e equipamentos;

**f)** transporte de ambulância, de e para o estabelecimento hospitalar, desde que o estado de saúde da Pessoa Segura o justifique;

**g)** material de osteosíntese e próteses implantadas cirurgicamente (Intra cirúrgicas);

**h)** cirurgias de estomatologia, medicina dentária e cirurgia maxilo-facial que resultem de acidente coberto pela apólice;

**i)** cirurgias de oftalmologia que resultem de acidente coberto pela apólice;

**j)** tratamentos de quimioterapia citostática e radioterapia, ainda que realizadas em ambulatório;

**k)** interrupção involuntária da gravidez por indicação médica;

**l)** outros actos ou procedimentos contidos nos termos convencionados de preços fechados, quando aplicáveis.

**6.** As Comparticipações, Reembolsos, Capitais, Franquias e Copagamentos encontram-se previstos nas Condições Particulares.

**7.** Não são reembolsáveis as despesas de carácter particular ou que não tenham natureza clínica.

**8.** Caso exista uma situação de Emergência Médica (risco de vida) ou Urgência Médica (sem risco de vida, mas precisa de tratamento imediato e internamento), em que não é possível pedir pré-autorização antes de atendimento, a Fortaleza Seguros garante as primeiras 24 horas de internamento hospitalar que são as consideradas necessárias para estabilização e definição do diagnóstico. 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 poderão ser ressarcidas pelo tomador do seguro mediante avaliação e decisão da Fortaleza Seguros.

Caso a Fortaleza Seguros pretenda exercer o direito de regresso acima referido, o tomador de seguros deve devolver o valor no prazo de 30 dias a contar da data de notificação.

**9.** Para além das exclusões previstas nas Condições Gerais, a presente condição não garante as despesas:

**a)** decorrentes da realização de pequena cirurgia, qualquer que seja o período de permanência na unidade hospitalar;

**b)** decorrentes de parto normal, cesariana e interrupção voluntária da gravidez;

**c)** cirurgias de estomatologia, medicina dentária e cirurgia maxilo-facial que não resultem de acidente coberto pela apólice;

**d)** cirurgias de oftalmologia que não resultem de acidente coberto pela apólice;

**e)** efectuadas por acompanhantes da pessoa segura, excepto em caso de internamento hospitalar de menores ou iguais de 14 anos;

**f)** Despesas de natureza particular.

## CONDIÇÃO ESPECIAL AMBULATÓRIO - ASSISTÊNCIA CLÍNICA EM REGIME AMBULATÓRIO

A presente condição especial garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, após cumprido o Período de Carência, o pagamento de despesas efectuadas com os actos de diagnóstico ou terapêutica, que não requeiram os meios e serviços específicos de ambiente hospitalar, mesmo que nele sejam realizados.

**1.** Nos termos desta Condição Especial, quando contratada a cobertura, a Seguradora obriga-se a:

**a)** no âmbito das Prestações Convencionadas, financiar o acesso da Pessoa Segura a prestadores de serviços clínicos em regime ambulatório integrados na Rede CUIDA, nos termos e com os limites fixados nas Condições Particulares;

**b)** no âmbito das Prestações Indemnizatórias, reembolsar a Pessoa Segura das despesas efectuadas com cuidados médicos em regime ambulatório, nos termos e com os limites fixados nas Condições Particulares.

**2.** Constituem despesas financiáveis ao abrigo do regime de acesso a prestadores de serviços clínicos integrados ou reembolsáveis, as efectuadas em pagamento de actos médicos, cirúrgicos ou diagnósticos que não requeiram meios e serviços específicos em ambiente hospitalar para a sua realização, mesmo que neste ocorram:

**a)** consultas médicas;

**b)** honorários médicos relacionados com os actos realizados em ambiente não hospitalar;

**c)** meios complementares de diagnóstico e terapêutica realizados em ambiente não hospitalar;

**d)** materiais e equipamentos quando associados a actos específicos e utilizados durante a execução destes;

**e)** honorários de enfermagem relacionados com os actos realizados em ambiente não hospitalar;

**f)** transporte de ambulância, de e para unidades de saúde, desde que o estado de saúde da Pessoa Segura o justifique.

**3.** Constituem ainda, quando explicitamente contratadas e constantes das Condições Particulares da Apólice, as despesas financiáveis ao abrigo do regime de acesso a prestadores de serviços clínicos integrados ou reembolsáveis, as efectuadas em pagamento de actos médicos, cirúrgicos ou diagnósticos que não requeiram meios e serviços específicos em ambiente hospitalar para a sua realização, mesmo que neste ocorram:

**a)** Consultas de nutrição;

**b)** Consultas de psicologia e psiquiatria;

**c)** Fisioterapia;

**d)** Terapia da fala e cinesioterapia

**e)** Pré-natal, quando contratada a cobertura de parto.

**4.** Sem prejuízo do disposto na **CLÁUSULA 16.ª - PERÍODOS DE CARÊNCIA** a cobertura de Ambulatório encontra-se sujeita

a um Período de Carência de 30 dias.

**5.** As Comparticipações, Reembolsos, Capitais, Franquias e Copagamentos encontram-se previstos nas Condições Particulares.

**6.** O acesso aos serviços garantidos por esta condição especial carece de prévia autorização nos seguintes casos:

**5.1.** Consultas de:

**a.** Genética.

**5.2.** Exames auxiliares de diagnóstico e meios terapêuticos de:

**a.** Polissonografia;

**b.** Tratamentos e exames especiais;

**b.** Ressonância magnética nuclear e TAC (tomografia axial computadorizada);

**c.** Meios invasivos de diagnóstico e terapêutica em cardiologia;

**d.** Meios invasivos de diagnóstico e terapêutica vascular;

**e.** Hemodiálise;

**f.** Radioterapia;

**g.** Tratamentos do foro da medicina física e de reabilitação.

**7.** Teleconsulta

**7.1** Cobertura

A presente Condição Especial garante à Pessoa Segura, através de pedido telefónico, a possibilidade de obter apoio e aconselhamento para adopção de medidas que visem a melhoria da sua saúde, tratando-se de uma consulta não presencial com recurso às tecnologias de informação e comunicação.

Este serviço é prestado por uma equipa de médicos. O aconselhamento e apoio concedido dentro desta Condição Especial, visa a identificação dos sinais e sintomas que a Pessoa Segura comunique. Caberá ao serviço de apoio de especialistas sugerir a utilização dos meios mais adequados ao tipo de situação, com indicação da eventualidade de a mesma carecer de cuidados médicos presenciais ou de outro tipo de acções. A responsabilidade desta cobertura fica, pois, limitada à responsabilidade decorrente deste tipo

de acto médico nas circunstâncias não presenciais em que é praticado.

**7.2** Os serviços que integram a presente cobertura são os seguintes:

## CONSULTA POR TELEFONE OU POR VIDEO CONFERENCIA

Na consulta por vídeo conferência a pessoa segura poderá fazer o envio de imagens e de exames médicos para que os médicos possam avaliar a respetiva situação clínica.

### 7.3 Exclusões

Para além das exclusões previstas nas Condições Gerais, a presente Condição Especial não garante:

Eventuais danos por atrasos ou dificuldades no acesso a este serviço, em consequência de anomalias nas redes de telecomunicações;

Eventuais consequências de atraso ou negligência imputáveis à Pessoa Segura no recurso à assistência médica, bem com as consequências de informação deficiente, incorrecta ou inexacta por ela prestada ou por terceiros sob as suas instruções;

Eventuais consequências de não cumprimento, por parte da Pessoa Segura, das indicações fornecidas através do serviço.

### 7.4 Regime de prestações

As coberturas desta condição especial são garantidas no regime de prestações na rede convencionada.

### 8. Exclusões

Para além das exclusões previstas nas Condições Gerais, a presente condição especial não garante:

Consultas, tratamentos, cirurgia e próteses do foro estomacológico;

Consultas, tratamentos, cirurgia e próteses do foro oftalmológico;

Exercícios de ortóptica;

Próteses e ortóteses;

Medicamentos;

A presente condição especial garante ainda, nos termos e

limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, o acesso aos seguintes serviços:

## B - COBERTURAS COMPLEMENTARES

### CONDIÇÃO ESPECIAL – PARTO NORMAL E CESARIANA

**1.** Nos termos desta Condição Especial, quando contratada a cobertura, a Seguradora obriga-se a financiar o acesso da Pessoa Segura a prestadores de serviços clínicos de parto, que requeiram os meios e serviços específicos de ambiente hospitalar, com causa de exclusão da ilicitude e se, em caso de decurso do período normal de gestação, o parto ocorreria após o termo do Período de Carência, nos termos dos números seguintes e com os limites fixados nas Condições Particulares:

**a)** no âmbito das prestações convencionadas, assegurar o acesso da Pessoa Segura a prestadores de serviços clínicos integrados. Para a prestação em rede carecem sempre de autorização.

**b)** no âmbito das prestações indemnizatórias, reembolsar a Pessoa Segura das despesas efectuadas.

**2.** Constituem despesas reembolsáveis, ou financiáveis ao abrigo do regime de acesso a prestadores de serviços clínicos integrados, as efectuadas em pagamentos de:

**a)** honorários médicos do obstetra;

**b)** honorários do anestesista, ajudante e instrumentista, quando tal se justifique;

**c)** honorários médicos de pediatria, enquanto durar o internamento da parturiente ao abrigo desta Condição Especial;

**d)** meios complementares de diagnósticos realizados durante o período de hospitalização;

**e)** medicamentos quando administrados durante o período de hospitalização;

**f)** materiais, produtos e equipamentos quando associados aos actos realizados durante o período de hospitalização;

**g)** acomodação instalações necessárias à realização dos actos (bloco operatório, sala de recobro, sala de partos, enfermaria);

**h)** diária do recém-nascido, enquanto durar o internamento da parturiente ao abrigo desta Condição Especial;

**i)** transporte de ambulância, de e para o estabelecimento hospitalar, desde que o estado de saúde da parturiente o justifique.

**3.** Sem prejuízo do disposto na **CLÁUSULA 16.ª - PERÍODOS DE CARÊNCIA** a cobertura de Parto encontra-se sujeita a um Período de Carência de 365 dias.

**4.** As Comparticipações, Reembolsos, Capitais, Franquias e Copagamentos encontram-se previstos nas Condições Particulares.

### 5. Exclusões

As despesas necessárias para com o recém-nascido, após alta da mãe, só ficam garantidas se o Tomador do Seguro solicitar à Seguradora a pré-adesão até ao 6º mês de gravidez, complementada com uma adesão definitiva até 30 dias após o nascimento. Neste caso, aceite a inclusão do recém-nascido como pessoa segura, será devido o correspondente prémio a partir do seu nascimento.

Para além das exclusões previstas nas condições gerais, a presente condição especial não garante

**a.** Despesas de natureza particular;

**b.** Despesas com acompanhantes.

### CONDIÇÃO ESPECIAL – OFTALMOLOGIA

A presente condição especial garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, o pagamento de despesas efectuadas, após o termo do Período de Carência, com os actos de diagnóstico ou terapêutica, do foro oftalmológico.

**1.** Nos termos desta Condição Especial, quando contratada a cobertura, a Seguradora obriga-se a:

**a)** no âmbito das Prestações Convencionadas, financiar o acesso da Pessoa Segura a prestadores de serviços clínicos de oftalmologia integrados na Rede CUIDA, nos termos e com os limites fixados nas Condições Particulares;

**b)** no âmbito das Prestações Indemnizatórias, reembolsar a Pessoa Segura das despesas efectuadas com cuidados médicos de oftalmologia, nos termos e com os limites fixados nas Condições Particulares.

**2.** Constituem despesas financiáveis ao abrigo do regime de acesso à Rede CUIDA, ou reembolsáveis, as efectuadas

no caso de:

**a)** Honorários médicos;

**b)** consultas;

**c)** exames auxiliares de diagnóstico;

**d)** meios complementares de diagnóstico e terapêutica;

**e)** materiais e todos os produtos associados aos actos médicos;

**f)** acomodação e utilização das infraestruturas necessárias para a realização dos actos médicos realizados em ambiente hospitalar (diárias, bloco operatório e equipamento).

• Em caso e consequência de acidente ficam garantidas ao cobertura de Internamento Hospitalar;

**g)** medicamentos ministrados durante o internamento hospitalar;

**3.** Ficam ainda garantidas as despensas com a aquisição de lentes oculares relativamente às quais as coberturas garantidas pela presente condição especial, são aceites pela Seguradora mediante a aplicação dos procedimentos a seguir indicados:

**a)** Na primeira apresentação de despesa de lentes oculares (a partir de 2 dioptrias), a mesma só será comparticipada quando acompanhada da respectiva prescrição efectuada por médico ou optometrista. Nas apresentações seguintes, a comparticipação de despesas só será efectuada quando se verificar a existência de alteração da correcção relativamente à prescrição anterior;

**b)** Considera-se como vida útil para as lentes o prazo de três anos, findo o qual estes passam a ser comparticipáveis, mesmo que não se verifique a existência de alteração da correcção relativamente à prescrição anterior. Este prazo de vida útil não é aplicável a lentes de contacto descartáveis;

**c)** No caso de menores de 16 anos, as lentes poderão ser comparticipáveis sem que se verifique a referida alteração, desde que na prescrição médica seja explícita a necessidade de trocar de graduação em consequência do seu crescimento;

**d)** Não serão nunca consideradas as situações de furto,

roubo, extravio ou quebra de lentes, excepto quando conseqüente de acidente garantido pelo contrato, desde que a respectiva participação de acidente seja acompanhada de documento comprovativo das lesões físicas provocadas na pessoa segura, elaborado pelo médico, ou unidade hospitalar que prestou assistência.

**4.** A cobertura de Oftalmologia encontra-se sujeita a Período de Carência de 30 dias, com excepção das Próteses em que se aplica um Período de Carência de 90 dias.

**5.** As garantias previstas nesta Condição Especial admitem o estabelecimento de Franquias, bem como valores mínimos e máximos a reembolsar, devidamente estipulados nas Condições Particulares.

## 6. Exclusões

Para além das exclusões previstas nas condições gerais, a presente condição especial não garante:

- Armações;

## CONDIÇÃO ESPECIAL - ESTOMATOLOGIA E MEDICINA DENTÁRIA

A presente condição especial garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, o pagamento de despesas efectuadas, após o termo do Período de Carência, com os actos de diagnóstico ou terapêutica, do foro estomatológico

**7.** Nos termos desta Condição Especial, quando contratada a cobertura, a Seguradora obriga-se a:

**a)** no âmbito das Prestações Convencionadas, financiar o acesso da Pessoa Segura a prestadores de serviços clínicos de estomatologia e medicina dentária integrados na Rede CUIDA, nos termos e com os limites fixados nas Condições Particulares;

**b)** no âmbito das Prestações Indemnizatórias, reembolsar a Pessoa Segura das despesas efectuadas com cuidados médicos de estomatologia e medicina dentária, nos termos e com os limites fixados nas Condições Particulares.

**8.** Constituem despesas financiáveis ao abrigo do regime de acesso à Rede CUIDA, ou reembolsáveis, as efectuadas no caso de:

**h)** Honorários médicos;

**i)** consultas;

**j)** exames auxiliares de diagnóstico;

**k)** meios complementares de diagnóstico e terapêutica;

**l)** materiais e todos os produtos associados aos actos médicos;

**m)** acomodação e utilização das infraestruturas necessárias para a realização dos actos médicos realizados em ambiente hospitalar (diárias, bloco operatório e equipamento).

- Em caso e consequência de acidente ficam garantidas ao cobertura de Internamento Hospitalar;

**n)** medicamentos ministrados durante o internamento hospitalar.

**9.** A cobertura de Estomatologia e Medicina Dentária encontra-se sujeita a Período de Carência de 30 dias.

**10.** As garantias previstas nesta Condição Especial admitem o estabelecimento de Franquias, bem como valores mínimos e máximos a reembolsar, devidamente estipulados nas Condições Particulares.

## 11. Exclusões

Para além das exclusões previstas nas condições gerais, a presente condição especial não garante:

**o)** Aparelhos de ortodôncia e respectivos moldes e estudos;

**p)** Tratamentos efectuados com utilização de metais preciosos;

**q)** Reabilitação de dentes em falta ou reabilitados com prótese à data da celebração do contrato;

**r)** Próteses estomatológicas.

## CONDIÇÃO ESPECIAL - MEDICAMENTOS

**1.** Nos termos desta Condição Especial, a Seguradora, quando contratada a cobertura, obriga-se a reembolsar a Pessoa Segura, nos termos e limites fixados nas Condições Particulares, após o termo do Período de Carência, das despesas efectuadas com a aquisição de medicamentos, que como tal se encontram classificados pela autoridade competente do Ministério da Saúde, desde que prescritos por um médico para tratamento de doença ou acidente que tenham cobertura na apólice.

**2.** Não constituem despesas reembolsáveis as efectuadas em pagamento de:

**a)** medicamentos não sujeitos a receita médica (venda livre);

**b)** Vacinas, excepto quando a sua cobertura tenha sido expressamente contratada e se encontre prevista nas Condições Particulares da Apólice, nos termos da Condição Especial aplicável;

**c)** alimentação infantil;

**d)** produtos dietéticos, naturistas, suplementos e manipulados, homeopáticos;

**e)** produtos de estética e cosmética, higiene geral, incluindo bucal e dental;

**f)** artigos sanitários e antissépticos;

**g)** material de penso;

**h)** artigos sanitários e antissépticos, champôs, sabonetes, pastas medicinais e similares;

**i)** produtos para tratamento de obesidade.

**3.** A cobertura de Medicamentos encontra-se sujeita a Período de Carência de 30 dias.

**4.** O reembolso das despesas efectuadas fica dependente da verificação dos seguintes pressupostos:

**a)** os medicamentos deverão ser prescritos por um médico e destinar-se ao tratamento de lesões conseqüentes de situações clínicas cuja cobertura seja contratualmente garantida;

**5.** Esta cobertura funciona no regime de rede convencionada e no de prestações por reembolso.

**6.** Deverão ser enviados à Seguradora, conforme os casos, o original ou a cópia da prescrição médica, firmados pela farmácia fornecedora e com a exibição das vinhetas ou códigos de barras ou número de registo dos medicamentos prescritos, e ainda o correspondente recibo, com a menção expressa e legível dos medicamentos fornecidos e das importâncias que, após dedução do montante da participação, se a houver, ficam a cargo da Pessoa Segura, nos termos dispostos quanto à coordenação de prestações. A Seguradora não procede ao reembolso de despesas relativamente às quais não possua os necessários elementos de prova.

**7.** As Comparticipações, Reembolsos, Capitais, Franquias e Copagamentos encontram-se previstos nas Condições Particulares.

## 8. Entrega de Medicamentos

### 8.1 Objecto do Serviço

Na sequência de prescrição médica e a pedido da Pessoa Segura o Serviço de Assistência contratualizado pela Seguradora, mediante Protocolo celebrado com a Seguradora e os prestadores do serviço especializados, disponibilizar-se-á no seu domicílio os medicamentos indispensáveis, no período, termos e limites fixados nas Condições Particulares, ficando a cargo da Pessoa Segura, o custo dos medicamentos e do transporte utilizado.

Esta garantia apenas funciona em caso de urgência e na presença de uma necessidade justificada e comprovada de impossibilidade física ou de saúde para se deslocar.

### 8.2 Âmbito Territorial

As Garantias previstas na presente Condição Especial são válidas exclusivamente em Luanda e em outras Províncias onde existam condições materiais e humanas para o assegurar.

§ Único: Este serviço só será disponibilizado se existirem condições materiais de prestadores que o possam assegurar cumprindo todos os requisitos de ordem legal e devidamente autorizados e licenciados para o efeito.

## CONDIÇÃO ESPECIAL - VACINAS

**1.** Nos termos desta Condição Especial, a Seguradora, quando contratada a cobertura, obriga-se a reembolsar a Pessoa Segura, nos termos e limites fixados nas Condições Particulares, após o termo do Período de Carência, das despesas relativas ao acto médico.

**2.** Estão excluídos os custos propriamente ditos com as vacinas que fazem parte do Plano Nacional de Vacinas, aplicando-se, no entanto, o previsto no número anterior quanto aos custos do acto médico.

**3.** São garantidos os custos com outras vacinas não incluídas no Plano Nacional de Vacinas desde que comprovadamente necessárias e acompanhadas obrigatoriamente de prescrição médica.



## CONDIÇÃO ESPECIAL - ASSISTÊNCIA AO DOMICÍLIO

### 1. Serviço de Assistência

Estrutura de atendimento permanente, mediante Protocolo celebrado com a Seguradora e o prestador do serviço, após o termo do Período de Carência, substituindo-se a este nas obrigações decorrentes da presente Condição Especial.

### 1. Âmbito da Garantia

Pelo presente contrato, a Seguradora, através do Serviço de Assistência, garante a cobertura dos riscos referidos no número 3 da presente Condição Especial, dentro dos limites consignados nas Condições Particulares, observando-se os preceitos e exclusões que nesses números e nas Condições Gerais se estabelecem.

### 2. Garantias Principais

#### 1. Consultas

Incluindo as Taxas de Deslocação

#### 2. Enfermagem ao Domicílio

Mediante a existência de prescrição médica o Serviço de Assistência assumirá a deslocação de um profissional de enfermagem para a realização dos actos de enfermagem discriminados.

Estão previstos nesta garantia os seguintes actos de enfermagem:

- Tratamento de feridas, úlceras de pressão e/ou escaras;
- Injeções;
- Algalias;
- Entubações naso-gástricas;
- Colocação de soro;
- Retirar pontos e agrafos;
- Taxas de Deslocação.

Por cada pedido de deslocação efetuado, ficará a cargo da Pessoa Segura o valor dos consumíveis utilizados nos actos a prestar, nos termos e limites nas Condições Particulares.

### 3. Transporte da Pessoa Segura aos Serviços Médicos

Em caso de comprovada necessidade, o Serviço de Assistência organizará o transporte da Pessoa Segura em ambulância ou táxi, para deslocações a Unidades de Saúde, a fim de realizar Exames Complementares de Diagnóstico, Consultas, Internamentos e Altas Hospitalares.

3. A cobertura de Assistência ao Domicílio encontra-se sujeita a Período de Carência de 30 dias.

### 4. Âmbito Territorial

As Garantias previstas na presente Condição Especial são válidas em Luanda e nas províncias onde existam condições materiais e humanas para garantir este atendimento.

## CONDIÇÃO ESPECIAL - PRÓTESES E ORTÓTESES

1. Nos termos desta Condição Especial, quando contratada a cobertura, a Seguradora nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, após o termo do Período de Carência, 90 dias, garante o pagamento de despesas efectuadas com a aquisição ou aluguer, segundo prescrição médica, de próteses e ortóteses, desde que prescritas por um médico da especialidade ou optometrista.

2. Constituem despesas reembolsáveis no âmbito das prestações indemnizatórias as efectuadas em pagamentos (apenas são garantidas no regime de prestações de reembolso) de:

- a. Próteses e ortóteses.

3. Para efeitos da presente Condição Especial, considera-se:

Prótese - todo o instrumento clinicamente concebido ou recomendado, que tem por finalidade a substituição total ou parcial de um membro ou órgão;

Ortótese - todo o instrumento clinicamente concebido ou recomendado, que tem por finalidade ajudar um membro ou órgão a cumprir, no todo ou em parte, a sua função.

4. Ao abrigo da presente Condição Especial, é atribuída participação nas despesas com a aquisição de:

- a) próteses auditivas e não oftalmológicas;
- b) aluguer ou aquisição de cadeira de rodas e canadianas desde que o valor do aluguer não exceda o valor de aquisição.

5. Para atribuição de participação nas despesas de aquisição de próteses ou ortóteses, é necessária a apresentação dos seguintes documentos:

- a) fotocópia da prescrição do médico no caso Próteses auditivas, correção do calçado ortopédico, cadeira de rodas e canadianas;
- b) recibo da Entidade fornecedora da prótese ou ortótese, indicando, nomeada e expressamente, a qualidade, quantidade e o preço dos materiais adquiridos.

6. Para além das exclusões previstas nas Condições Gerais da Apólice, a presente cobertura não garante:

- a) próteses estomatológicas;
- b) próteses do foro oftalmológico;
- c) cintas medicinais, meias elásticas, colchões ortopédicos, almofadas ortopédicas ou calçado ortopédico;
- d) outros equipamentos classificados como ajudas técnicas;
- e) óculos de sol, incluindo, isoladamente ou em conjunto, armações e lentes graduadas ou não;
- f) Calçado ortopédico;
- g) Aquisição isolada de aros oculares;
- h) Extravio, furto, roubo ou quebra

7. A cobertura de Próteses e Ortóteses encontra-se sujeita a Período de Carência de 90 dias.

8. As Participações, Reembolsos, Capitais, Franquias e Copagamentos encontram-se previstos nas Condições Particulares.

## CONDIÇÃO ESPECIAL - EMERGENCIAS MÉDICAS EM ANGOLA - EVACUAÇÃO E REPATRIAMENTO

As garantias conferidas por esta condição especial só são accionáveis se se verificar uma emergência médica em Angola.

Para efeitos desta Cobertura são consideradas EMERGENCIAS MÉDICAS as situações decorrentes de doença súbita ou acidente (traumatismo), que coloquem em causa a sobrevivência da Pessoa Segura, ou susceptíveis de gerar incapacidade permanente grave, que necessitam de ser tratadas num curto intervalo de tempo e cujo tratamento

que não possa ser prestado numa Unidade Hospitalar em Angola.

Ao abrigo da presente Condição Especial são disponibilizadas as garantias adiante indicadas, as quais apenas são accionáveis, caso se verifique uma situação de emergência médica em Angola e seja solicitada a intervenção da Companhia para a prestação das mesmas.

1. Avaliação Telefónica da Natureza e Gravidade da Ocorrência

Caso se verifique o internamento da Pessoa Segura, a Seguradora garante, através da sua equipa médica e em conjunto com o Médico assistente da Pessoa Segura, a avaliação da natureza e gravidade da situação clínica, bem como o acompanhamento da sua evolução, disponibilizando essa informação à família, caso tal seja solicitado.

2. Aconselhamento e Informação Médica de Emergência

A Seguradora garante à Pessoa Segura a possibilidade de, em caso de emergência, contactar o serviço telefónico de aconselhamento e informação médica, que prestará o seu apoio, tendo em vista a adopção de medidas que visem a melhoria da saúde da Pessoa Segura, podendo accionar os meios de socorro disponíveis e indicados para tais situações.

O aconselhamento e apoio médico concedidos ao abrigo desta Condição Especial visam a identificação dos sintomas que a Pessoa Segura comunicar telefonicamente ao serviço, cabendo a este sugerir a utilização dos meios mais adequados ao tipo de situação comunicada, com indicação eventual da necessidade de recurso a cuidados médicos presenciais ou de outro tipo de acções. A responsabilidade desta garantia fica, pois, limitada à responsabilidade decorrente deste tipo de acto médico nas circunstâncias não presenciais em que é praticado.

3. Transporte de Urgência da Pessoa Segura para Unidade Hospitalar Apropriada

A Seguradora garante, sempre que o estado de saúde da Pessoa Segura o justifique, até ao limite de referido na Tabela de Garantias, o direito a:

- a) Transporte de urgência em ambulância até à unidade hospitalar mais próxima;
- b) Transporte desde a unidade hospitalar em que se encontra internada para outra unidade hospitalar que lhe seja indicada;

c) Transporte de regresso ao seu domicílio habitual, após alta médica.

#### 4. Transporte Sanitário

Se a Pessoa Segura necessitar de tratamento que não possa ser prestado em Unidade Hospitalar em Angola, a Seguradora providenciará a sua transferência, pelo meio adequado, para Unidade Hospitalar em Portugal ou outro país na região, onde possam ser prestados os cuidados médicos necessários. Cada evacuação será decidida e supervisionada pela equipa médica da Seguradora.

Se a Pessoa Segura for hospitalizada e caso o seu internamento se preveja de duração superior a 7 dias ou seja menor de idade ou cidadão portador de deficiência congénita ou adquirida, a Seguradora suportará igualmente as despesas de transporte de um seu familiar (viagem de ida e volta) para a acompanhar, bem como as despesas de alojamento no hospital ou noutra local, caso não seja possível ficar no próprio hospital, até ao limite referido na Tabela de Garantias.

#### 5. Despesas de Internamento

Em consequência do accionamento da garantia de Transporte Sanitário, a Seguradora garante, até ao limite referido na Tabela de Garantias, o pagamento do internamento em Unidade Hospitalar no Estrangeiro, onde possam ser prestados os cuidados médicos de que a Pessoa Segura necessitar.

#### 6. Repatriamento da Pessoa Segura Doente ou dos seus Restos Mortais para Angola

Se a Pessoa Segura tiver sido transportada para o estrangeiro, ao abrigo da garantia de transporte sanitário, a Seguradora garantirá, até ao limite referido na Tabela de Garantias, o seu repatriamento para Angola, quando tal for clinicamente aconselhável ou caso faleça em consequência do Acidente ou Doença que deu origem ao referido transporte

#### 7. Exclusões

Estão expressamente excluídas quaisquer prestações que não tenham sido previamente solicitadas à Companhia e assim tenham sido realizadas sem o seu acordo prévio e expresso.

### CONDIÇÃO ESPECIAL - REPATRIAMENTO POR MORTE PARA O PAÍS DE ORIGEM

Confere-se por esta cobertura, quando contratada, em caso de morte da Pessoa Segura, a Seguradora garantirá

o seu repatriamento para Angola ou país da sua nacionalidade, caso faleça em consequência de acidente ou doença que deu origem ao acontecimento.

Ficam garantidas as despesas de pagamento e tratamento das formalidades no local e as despesas de transporte do corpo até ao local do enterro, até ao limite fixado nas Condições Particulares da apólice.

Estão expressamente excluídas as despesas de repatriamento, bem como quaisquer outras prestações, que não tenham sido previamente solicitadas à Seguradora e assim tenham sido realizadas sem o seu acordo prévio e expresso.

A cobertura desta Condição Especial é garantida no regime de Prestações na Rede, devendo ser solicitada através do Serviço de Apoio ao Cliente.

### CONDIÇÃO ESPECIAL - DESPESAS DE FUNERAL

1. A Seguradora garante, em caso de Morte da Pessoa Segura em consequência de Acidente ou Doença, cobertos pela Apólice, nos termos destas Condições Gerais e Especiais e nas condições descritas neste artigo, o pagamento das Despesas de Funeral, nos termos dos números seguintes.

2. Os riscos efectivamente cobertos e as importâncias seguras respeitantes às Pessoas Seguras abrangidas por este contrato encontram-se nas Condições Particulares ou nos Certificados Individuais e poderão ser ajustados anualmente.

3. No caso de morte por acidente coberto pela apólice, as despesas de funeral são garantidas de imediato nos termos das Condições Gerais e Especiais da Apólice, sem qualquer Período de Carência.

4. No caso de Morte por Doença, as Despesas de Funeral são garantidas na condição da Pessoa Segura morrer após os seis primeiros meses de contrato.

5. Para os efeitos deste contrato entende-se como Capital seguro, o valor das Despesas de Funeral, entendendo-se estas como sendo as necessárias para acesso aos serviços fúnebres e outros de logística relacionada ao dia de funeral, tais como a preparação do corpo, aquisição de urna, carro funerário, cortejo fúnebre, transporte, cenário de enterro, hidratação, e similares, e as Despesas de Trasladação, quando a estes houver lugar, de acordo com o montante (Capital) contratado.

#### 6. Coberturas:

Pelo presente contrato, a Seguradora, em consequência de

acidente ou doença sofrido pela Pessoa Segura, desde que abrangido pela cobertura e mencionadas no Certificado Individual, nas Condições Particulares, nas Condições Especiais ou em Acta Adicional, garante o pagamento até aos limites aí previstos, da correspondente indemnização, por

- Despesas de Funeral, em consequência de Morte por Acidente ou Doença

#### 7. Despesas de Funeral

a) Em caso de realização de Despesas de Funeral da Pessoa Segura, o Segurador procederá ao reembolso, até à quantia para o efeito fixada no Certificado Individual, Condições Particulares, Condições Especiais ou em Acta Adicional, das despesas com esse funeral.

b) Até ao limite da cobertura, garante-se ainda a trasladação, entendendo-se como tal o transporte do corpo do local da morte até ao local do funeral, exclusivamente em território nacional (Angola).

c) O reembolso das Despesas de Funeral e de Trasladação será efectuado contraentrega da documentação original comprovativa, a quem demonstrar ter pago essas despesas, até ao limite do Capital seguro, para o conjunto das Despesas de Funeral e de Trasladação, havendo lugar a um só e único Capital que corresponde à soma de todas as Despesas de Funeral e de Trasladação.

8. A cobertura de Despesas de Funeral não funciona isoladamente, pelo que, só funciona em consequência directa de Morte por Acidente ou Doença, nos termos das Condições da Apólice.

## C – EXTENSÕES DE COBERTURA

### CONDIÇÃO ESPECIAL - 2ª OPINIÃO

1. Nos termos desta Condição Especial, a Seguradora obriga-se a garantir à Pessoa Segura o acesso, de acordo com os limites fixados nas Condições Particulares, ao serviço de 2ª opinião médica prestado por Entidade especializada contratada pela CUIDA, mediante solicitação prévia através da Linha CUIDA.

2. As prestações convencionadas previstas nesta Condição Especial são válidas quando realizadas pela Entidade especializada contratada pela CUIDA.

#### 3. O que fica garantido

3.1. No âmbito da presente Condição Especial, o contrato

de seguro garante à Pessoa Segura, de acordo com os limites fixados nas Condições Particulares e para as doenças referidas no ponto 3.2, o acesso ao serviço de 2ª opinião médica, o que se consubstancia na análise não presencial da situação clínica, no respetivo diagnóstico e indicação dos cuidados médicos mais adequados.

3.2. Para efeitos desta Condição Especial, consideram-se como doenças ou situações clínicas aquelas que tenham sido diagnosticadas por um médico, mas não abrangendo os diagnósticos efetuados por especialistas em Medicina Geral e Familiar ou Pediatria.

4. Fica excluído o financiamento de quaisquer actos médicos adicionais, ainda que resultantes de recomendação obtida no âmbito desta Condição Especial.

5. Ficam excluídas desta cobertura: surtos agudos de doenças de curta duração, doenças psiquiátricas, odontologia, segundas opiniões sobre doentes hospitalizados e sobre admissões hospitalares.

6. Fica garantido um único serviço para a mesma patologia, podendo, no entanto, estar coberta uma nova consulta pela mesma doença caso exista um novo diagnóstico que implique agravamento significativo da mesma ou modificação substancial do tratamento, devidamente suportado por relatório médico.

7. A cobertura de 2ª opinião médica, encontra-se sujeita a Período de Carência de 30 dias.

8. As Participações, Reembolsos, Capitais Seguros, Franquias e Copagamentos encontram-se previstos nas Condições Particulares.

## D – ASSISTÊNCIA MÉDICA NO EXTERIOR - EXTENSÕES TERRITORIAIS

### CONDIÇÃO ESPECIAL - ACESSO À PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS NO EXTERIOR DO PAÍS

1. Nos termos desta Condição Especial, a Seguradora garante, nos termos e limites fixados nas Condições Particulares da Apólice para cada cobertura e garantia, o pagamento de despesas com cuidados de saúde no estrangeiro, relativamente a situação clínica garantida por esta Apólice, até ao limite fixado nas Condições Particulares.

2. Salvo convenção, condição especial ou autorização em contrário, esta garantia funciona em regime de prestações indemnizatórias previsto nas Condições Gerais e Especiais

desta apólice (prestações por reembolso).

**3.** Consideram-se despesas reembolsáveis, nos termos e limites fixados as Condições Particulares da apólice para cada cobertura contratada, as elegíveis como se em Angola tivessem tido lugar.

**4.** As Comparticipações, Reembolsos, Capitais, Franquias e Copagamentos encontram-se previstos nas Condições Particulares.

### **CONDIÇÃO ESPECIAL - EXTENSÃO À REDE MÉDICA EM PORTUGAL**

**1.** Nos termos desta Condição Especial, a Seguradora garante, nos termos e limites fixados nas Condições Particulares da Apólice para cada cobertura e garantia, o pagamento de despesas com cuidados de saúde em Portugal, relativamente a situação clínica garantida por esta Apólice, até ao limite fixado nas Condições Particulares;

**2.** Esta garantia funciona em regime de acesso à rede convencionada.

**a)** A Seguradora garante o acesso da pessoa segura a serviços de cuidados de saúde, realizados em prestadores da rede convencionada em Portugal, suportando a pessoa segura os custos indicados no momento de acesso à rede convencionada, nos termos e limites fixados nas Condições Especiais e Particulares;

**3.** As Comparticipações, Reembolsos, Capitais, Franquias e Copagamentos encontram-se previstos nas Condições Particulares;

§ Único: A informação sobre os prestadores que integram a Rede Convencionada em Portugal, está disponível e permanentemente actualizada em [www.FortalezaSeguros.ao](http://www.FortalezaSeguros.ao).

## **E - OUTROS SERVIÇOS COMPLEMENTARES**

### **LINHA CUIDA – ATENDIMENTO 24 / 7**

Apoio telefónico permanente à Pessoa Segura garantindo um serviço de registo de informação relativa às queixas apresentadas, bem como a suscetibilidade de a situação carecer de assistência médica e qual o grau de urgência desta, sugerindo os meios mais adequados à situação e alertando, ainda, para os sinais e sintomas que devem implicar outro tipo de ações, não constituindo este acto, em qualquer circunstância, um acto médico ou um diagnóstico clínico, através do qual a Pessoa Segura pode também ser

encaminhada para os cuidados mais adequados, tendo em vista a melhoria da sua saúde e, se necessário, encaminhamento para a Teleconsulta, e informação de acções integradas de prevenção informativas, no âmbito da relação contratual existente entre a Pessoa Segura e a FORTALEZA Seguros.

Apoio telefónico permanente, através do qual a Pessoa Segura pode ser encaminhada para os cuidados mais adequados, tendo em vista a melhoria da sua saúde e, se necessário, contacto telefónico com um Médico.

