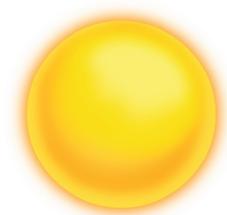




Seguro de **Saúde**

CONDIÇÕES GERAIS
E ESPECIAIS



SOL
Seguros

Seguro para todos nós

ARTIGO PRELIMINAR

Entre a SOL Seguros, S.A., adiante designada por Seguradora, e o Tomador do Seguro, identificado nas Condições Particulares, estabelece-se o presente contrato de Seguro que se rege pelas Condições Gerais, Especiais e Particulares da Apólice, de harmonia com as declarações constantes da Proposta que lhe serviu de base e da qual faz parte integrante.

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

CAPÍTULO I – DEFINIÇÕES, OBJECTO E GARANTIAS DO CONTRATO, COBERTURAS E EXCLUSÕES

Artigo 1º - DEFINIÇÕES

Para efeitos do presente contrato, sem prejuízo das definições constantes do Anexo I da Lei nº 1/00, de 3 de Fevereiro, Lei Geral da Actividade Seguradora, entende-se por:

Seguradora: A SOL Seguros, S.A., empresa que aceita o risco e emite a presente Apólice.

Tomador do Seguro: Pessoa ou entidade que celebra o presente contrato, responsável pelo pagamento do prémio.

Administrador de Sinistros: Entidade que, por conta da Seguradora, organiza a Rede de Prestadores e articula o pagamento das despesas médicas aos prestadores convencionados e às Pessoas Seguras.

Pessoa Segura: Pessoa singular identificada nas Condições Particulares cuja saúde ou integridade física se segura através do presente contrato.

Acidente: Acontecimento fortuito, súbito e anormal, devido a causa exterior e estranha à vontade da Pessoa Segura e que nesta origine lesões corporais.

Doença: Alteração involuntária do estado de saúde e não causada por acidente, que se revela por sinais ou sintomas e seja reconhecida como tal por médico.

Mesma doença: Todas as lesões e sequelas devidas à mesma causa ou a causas relacionadas.

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

Período de carência: Prazo que decorre entre a data de celebração do contrato e/ou a data de inclusão da Pessoa Segura na Apólice e a data de entrada em vigor das garantias.

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

Urgências: Situação clínica com potencial de falência de funções vitais.

Clínica/ Hospital: Instituição legalmente licenciada onde são prestados serviços permanentes de saúde às Pessoas Seguras, excluindo-se sanatórios, casas de repouso, centros de toxicod dependência e alcoólicos e outros estabelecimentos similares.

Cartão do Seguro: Cartão pessoal e intransmissível que identifica a Pessoa Segura e permite o seu acesso aos cuidados de saúde no âmbito da rede de prestadores.

Condições Gerais: Conjunto de cláusulas que definem e regulamentam obrigações genéricas e comuns inerentes a um ramo ou modalidade de seguro.

Condições Especiais: Cláusulas que visam esclarecer ou completar disposições das Condições Gerais.

Condições Particulares: Documentos onde se encontram os elementos específicos e individuais de cada Contrato, que o distingue de todos os outros.

Acta Adicional: Documento que titula uma alteração da Apólice.

Condições Preexistentes: Condições clínicas que se tenham manifestado antes do início da vigência do presente contrato, independentemente de terem sido ou não diagnosticadas. Entre as condições preexistentes incluem-se:

a) Qualquer condição clínica ou condição associada que tenha sido diagnosticada ou para a qual tenha sido recebido tratamento médico, incluindo medicamentos prescritos;

b) Condição para a qual tenha sido solicitado aconselhamento médico, incluindo check-ups;

c) Sintomas que denotem uma condição crónica não diagnosticada, quer seja investigada ou não.

Maternidade: Parto e cuidados pós-natais para a Pessoa Segura até aos limites e sublimites definidos nas Condições Especiais e Particulares da Apólice.

O benefício de maternidade, quando for incluído na Apólice, conceder-se-á apenas após o decurso de 270 (duzentos e setenta) dias, contados da data de início do contrato.

Para efeitos do benefício de maternidade consideram-se custos do parto os custos contraídos desde a data de internamento para o parto até à obtenção da alta hospitalar pela Pessoa Segura.

Despesas médicas incorridas com o recém-nascido durante o período de internamento hospitalar da mãe e dentro dos limites e sublimites de capital definidos relativamente ao benefício de maternidade.

O recém-nascido só tem direito à primeira avaliação, feita pelo pediatra, dentro das 24 (vinte e quatro) horas após o seu nascimento.

Data de pagamento: Data de começo ou renovação da cobertura, como reflectido nas Condições Particulares, ou a data em que qualquer subsequente prestação de prémio deva ser realizada.

Dependentes: Cônjuge do segurado, excluindo aqueles legalmente separados, e/ou filhos, incluindo os legalmente adoptados, os de criação e enteados que dependam do apoio da Pessoa Segura, desde que não tenham mais de 18 (dezoito) anos, à data de inscrição ou renovação do plano, ou 24 (vinte e quatro) anos desde que se possa provar que o(a) filho(a) ou enteado(a) esteja a dar continuidade à sua educação a tempo inteiro.

Evacuação Médica de Emergência para o Exterior do País: Transporte de emergência durante a deslocação da Pessoa Segura em condição médica crítica.

Limites Globais: Benefícios agregados totais que poderão ser reclamados por uma Pessoa Segura durante o tempo correspondente ao período de vigência da Apólice.

Tais limites e sublimites estão identificados nas Condições Especiais e Particulares da Apólice.

Medicamentos: Medicamentos cuja venda e uso sejam legalmente restritos à prescrição de um médico.

Médico: Profissional legalmente licenciado, 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.

País de Origem: País do qual a Pessoa Segura possui um passaporte.

Se a Pessoa Segura possuir mais do que um passaporte, o país de origem será considerado o país que a Pessoa Segura declarou no formulário de inscrição.

Se a família for incluída no plano, considerar-se-á como país de origem para essa família o país declarado no formulário de inscrição.

Repatriamento de Restos Mortais: A preparação e o transporte dos restos mortais da Pessoa Segura desde o local da morte até ao país de origem ou o local indicado pelo seu representante legal.

O repatriamento de restos mortais é limitado à quantia definida nas Condições Especiais e Particulares da Apólice. Este benefício

não se aplica quando a morte ocorrer no país de emissão da Apólice ou no País de origem do passaporte apresentado no acto de subscrição do seguro.

A Seguradora é responsável pelas despesas do funeral ou cremação do corpo da Pessoa Segura quando os seus familiares / empresa decidirem realizar um destes actos no País onde tenha ocorrido a morte, desde que não seja o da origem do passaporte ou da emissão da Apólice, estando aquelas despesas limitadas à quantia estabelecida nas Condições Especiais e Particulares da Apólice.

Internamento Hospitalar: Serviços médicos, excluindo todos os transplantes de órgãos, prestados à Pessoa Segura como paciente interno registado num hospital por um período nunca inferior a 24 (vinte e quatro) horas.

Incluem-se nos serviços hospitalares as intervenções cirúrgicas em hospitais ou clínicas que impliquem um período de recuperação.

Consideram-se também, para efeitos do presente contrato, como internamento as acomodações em quartos de hospitais, as refeições, o acesso a todas as instalações médicas e a todos os tratamentos médicos e serviços ordenados por um Médico.

Os custos de acomodação em unidade de cuidados intensivos estarão cobertos se clinicamente necessários.

O internamento inclui ainda as acomodações hospitalares de um dos pais, caso o(a) filho(a) tenha até 12 (doze) anos de idade.

Ambulatório: Tratamentos médicos prestados à Pessoa Segura quando a mesma não estiver registada como paciente interno de um hospital ou em qualquer outra instituição de cuidados médicos.

Ambulatório inclui serviços prestados ou prescritos por um Médico licenciado em clínica geral, especialista ou consultor, exames laboratoriais, procedimentos de medicina nuclear e radiologia utilizados para diagnosticar e tratar condições médicas.

Os serviços de laboratórios, Raio-X e fisioterapia devem ser prestados ou prescritos por um Médico.

Transplante de Órgãos: Transplante de órgão, tecido ou células e os custos dos tratamentos médicos relacionados.

Tratamentos Dentários de Emergência: Tratamento dentário recebido para restaurar ou substituir dentes naturais, em bom estado, perdidos ou danificados em consequência de acidentes.

Tratamentos Pós-hospitalar: Tratamentos médicos de consulta externa recebidos dentro de um período de 30 (trinta) dias imediatamente após alta hospitalar, prestados por um especialista ou consultor, que directamente resultem de uma doença ou ferimento para a qual a Pessoa Segura tenha sido, previamente, tratada como paciente interno de um hospital, até ao limite máximo referido nas Condições Especiais e Particulares da Apólice.

Estomatologia: Todos os serviços médicos prestados no âmbito da especialidade de Estomatologia, nomeadamente: Consultas, Tratamentos estomatológicos (Dentisteria, Endodontia, Periodontologia, entre outros), Meios complementares de diagnóstico, Cirurgia estomatológica ou maxilo-facial em caso de doença, Implantologia Oral, Próteses estomatológicas, Ortodontia, Tratamentos de profilaxia/Medicina Preventiva e Tratamentos estéticos (Branqueamentos).

Oftalmologia: Todos os serviços prestados no âmbito de ortóteses oftalmológicas em caso de prescrição médica, nomeadamente: Armações, Lentes normais, Lentes de contacto e Óculos de sol.

Assistência Médica no Exterior: Todos os serviços médicos, cobertos pelo produto de seguro contratado, que sejam prestados no estrangeiro por vontade da Pessoa Segura. A assistência médica no exterior exclui quaisquer custos de transporte e/ ou deslocação para obtenção de tratamento médico.

Pré-autorização: Aprovação dada pelos serviços clínicos da Seguradora, quando exigível nos termos da Apólice, que permite às Pessoas Seguras o acesso aos cuidados de saúde garantidos

pelo presente contrato.

Rede de Prestadores: Conjunto de prestadores de serviços médicos e medicamentosos e outras unidades de saúde, localizados no território nacional, com as quais a Seguradora e/ou o Administrador de Sinistros tenham celebrado um contrato de prestação de serviços que assegure à Pessoa Segura a prestação dos serviços garantidos no presente contrato.

A Seguradora e/ou o Administrador de Sinistros disponibilizarão ao Tomador do Seguro e/ou Pessoa Segura informação sempre actualizada da Rede de Prestadores, cuja selecção e acesso é escolhido pelas mesmas.

A Seguradora e/ou o Administrador de Sinistros poderão, quando observados cumulativamente os pressupostos de uma oferta de serviços mais abrangente, com custos menos onerosos para a Pessoa Segura, aconselhar e/ou direccionar a mesma para o Prestador que reúna os pressupostos acima referidos, para a satisfação das necessidades da Pessoa Segura.

Franquia: Montante que o Tomador do Seguro ou a Pessoa Segura tem a seu cargo nas despesas definidas pelas Condições Gerais.

Prestações indemnizatórias: Despesas médicas efectuadas pela Pessoa Segura que dão origem a um reembolso directo da Seguradora à mesma, de acordo com a percentagem, franquias, limites e sublimites estipulados nas Condições Particulares.

Prestações convencionadas: Despesas médicas efectuadas pela Seguradora à Rede de Prestadores, podendo englobar directamente a comparticipação da Pessoa Segura.

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

Despesa médica: Despesa realizada pela Pessoa Segura na aquisição de serviços clinicamente necessários, desde que prescritos ou realizados por um Médico.

Co-pagamento: Parte das despesas médicas, expressa em montante ou percentagem, que fica a cargo da Pessoa Segura, não sendo reembolsável.

Outros Encargos da Pessoa Segura: Valor a cargo da Pessoa Segura por exceder o limite de capital para as despesas médicas realizadas na Rede de Prestadores, desde que não correspondam a franquia ou co-pagamentos.

Serviço Clinicamente Necessário: Serviço necessário para o tratamento de doença ou de lesão resultante de acidente da Pessoa Segura, adequados à situação diagnosticada e de reconhecida validade clínica, prestados da forma mais eficiente em termos de custos e mais adequada face ao quadro clínico desta.

Serviços Locais de Ambulância: Serviços necessários para situações de internamento, em que se verifique falta de meios técnicos e/ou humanos para prestar a devida assistência médica à Pessoa Segura, havendo, assim, necessidade da mesma ser transportada com os necessários cuidados para um outro prestador.

A transferência de pacientes é aplicável entre prestadores convencionados, bem como entre prestadores convencionados e hospitais públicos.

Artigo 2º - OBJECTO DO CONTRATO

O presente contrato garante, nos termos do disposto nas presentes Condições Gerais e Condições Especiais contratadas e até aos limites e sublimites estabelecidos nas Condições Especiais e Particulares da Apólice, o pagamento de prestações convencionadas e o pagamento à Pessoa Segura de prestações indemnizatórias em consequência de doença ou acidente ocorridos durante a sua vigência.

Artigo 3º - BASE DO CONTRATO

A proposta de seguro, assinada pelo respectivo Tomador do Seguro, o questionário individual de saúde e o boletim de adesão de cada Pessoa Segura, bem como toda a documentação

de carácter clínico necessária à aceitação do risco por parte da Seguradora, constituem a base deste contrato e dele fazem parte integrante, determinando, em particular, o risco coberto.

Artigo 4º - ENTRADA EM VIGOR DAS GARANTIAS

1. Em caso de doença e salvo disposição em contrário nas Condições Particulares, a entrada em vigor das garantias, associada à Apólice, só se verificará após um período de carência de 30 (trinta) dias, contados a partir do início da vigência da Apólice.

2. Relativamente às intervenções cirúrgicas (cirurgias electivas), o período de carência é alargado para 180 (cento e oitenta) dias, ininterruptos, contados a partir do início da vigência do presente contrato,

3. Relativamente aos benefícios de Maternidade, o período de carência é alargado para 270 (duzentos e setenta) dias, ininterruptos, contados a partir do início da vigência do presente contrato.

4. Fica acordado e entendido que não haverá lugar a aplicação de qualquer período de carência relativamente a acidentes que requeiram tratamento de urgência em clínica ou hospital convencionado pela Seguradora, quer em regime de internamento, quer em regime ambulatorio.

5. Para efeito do estabelecido no número anterior, considera-se tratamento de urgência o que deve ser efectuado dentro do prazo de 24 (vinte e quatro) horas após o sinistro.

Artigo 5º - PLANOS EM VIGOR

1. A Seguradora garante, nos termos, limites e sublimites estabelecidos nas Condições Especiais e Particulares da Apólice, os seguintes planos:

- a) SOL Saúde Basic;
- b) SOL Saúde Plus;
- c) SOL Saúde Gold.

2. Os benefícios correspondentes aos planos supracitados estão sujeitos aos limites e sublimites definidos nas Condições Especiais e Particulares da Apólice.

3. Os benefícios inerentes aos planos acima apresentados estão sujeitos a co-pagamentos pela Pessoa Segura nas coberturas Internamento, Ambulatório, Medicamentos, Estomatologia e Oftalmologia de acordo com as condições estabelecidas nas Condições Especiais e Particulares da Apólice.

4. O plano SOL Saúde Basic, compreende o pagamento de prestações resultantes dos benefícios das seguintes coberturas:

- a) Internamento Hospitalar;
- b) Ambulatório;
- c) Medicamentos.

5. O plano SOL Saúde Plus, compreende o pagamento de prestações resultantes dos benefícios das seguintes coberturas:

- a) Internamento Hospitalar;
- b) Maternidade;
- c) Ambulatório;
- d) Medicamentos;
- e) Estomatologia;
- f) Oftalmologia;
- g) Evacuação e Repatriamento.

6. O plano SOL Saúde Gold compreende o pagamento de prestações resultantes dos benefícios cobertos pelo plano SOL Saúde Plus, diferenciando-se apenas nos limites de capital associados.

7. Fica acordado e entendido que, sem prejuízo do disposto nos números anteriores, o presente contrato admite coberturas com co-pagamentos, as quais implicam a comparticipação da Pessoa Segura no pagamento de despesas convencionadas para cada benefício estabelecido nas Condições Especiais e/ ou Particulares da Apólice.

Artigo 6º - ALTERAÇÃO DO PLANO

1. O Tomador do Seguro pode, mediante aviso prévio por escrito à Seguradora, com uma antecedência mínima de 30 (trinta) dias da data do término de vigência da Apólice, solicitar alteração do plano contratado.

2. A alteração referida no número anterior só produzirá efeitos na renovação do presente contrato e determina que, relativamente aos benefícios do novo plano, o contrato fica sujeito a novos períodos de carência.

Artigo 7º - ELEGIBILIDADE

1. As pessoas com 70 anos ou mais devem realizar exames médicos requeridos pela Seguradora para ter acesso ao seguro de saúde.

Artigo 8º - EXCLUSÕES

Ficam excluídas do âmbito do presente contrato o pagamento de prestações resultantes de:

1. Acidentes de trabalho e doenças profissionais;
2. Acidentes e doenças com cobertura em seguros obrigatórios;
3. Acidentes derivados de corridas de qualquer forma, para além dos derivados de corridas feitas a pé, ralis, em grutas, escalamento de rochas ou alpinismo, normalmente envolvendo o uso de cordas ou guias, desportos de Inverno, pára-quedismo "bungee jumping", artes marciais, qualquer desporto exercido a título profissional ou competitivo e actividades análogas na sua perigosidade;
4. Acidentes emergentes de cataclismos da natureza, actos de guerra, declarada ou não, de terrorismo, de sabotagem e de perturbações da ordem pública;
5. Acidentes emergentes de participação em competições desportivas e respectivos treinos, quer como profissional quer como amador;
6. Aquisição de órgão e todas as despesas relacionadas com o doador;
7. Alcoolismo e tratamentos relativos à toxic dependência, bem como todas as doenças ou lesões adquiridas pela Pessoa Segura por ter agido sob influência de álcool, estupefacientes, outras drogas ou produtos tóxicos, quando não prescritos por receita médica;
8. Actos médicos praticados em consequência de doença ou acidente que tenham sido intencionalmente provocados pela Pessoa Segura, incluindo tentativa de suicídio ou agravamento do seu estado de saúde;
9. Cirurgia cosmética facultativa;
10. Consultas, exames e tratamentos de obesidade, rejuvenescimento ou qualquer outro tratamento de carácter cirúrgico;
11. Curas de repouso, exames de rotina e check-up;
12. Doenças epidémicas declaradas pelas entidades competentes;
13. Doenças ou ferimentos auto-infligidos, decorrentes de tentativa de suicídio, abuso ou vício alcoólico, uso de drogas ou substâncias psicotrópicas, excepto se decorrentes da tentativa de salvar vida humana;
14. Doenças resultantes dos efeitos de radioactividade;
15. Dermocosméticos, produtos alimentares e hormonais, meias elásticas, cintas e colchões ortopédicos, aparelhos de audição, cama articulada, cadeira de rodas e outros equipamentos auxiliares;
16. Disfunções sexuais, excepto em consequência de doença garantida pela Apólice

17. Evacuação e repatriamento não aprovados previamente pela Seguradora, excepto como estabelecido em contrário pelas Condições Gerais;

18. Exames médicos e consultas de rotina, no interior e/ou exterior do país, incluindo vacinação, emissão de certificados médicos e autenticações, exames de aptidão para emprego e viagem, exames de rotina aos olhos e ouvidos, incluindo os custos de óculos, lentes de contacto e aparelhos auditivos, excepto se estes ou outros benefícios estiver(em) incluídos na Apólice contratada.

19. Ferimentos contraídos enquanto servindo como membro duma força ou unidade militar ou policial;

20. Gravidez ou parto, excepto se os benefícios de cuidados de maternidade estiverem incluídos na Apólice ou se aqueles forem provenientes de complicações não esperadas como gravidez ectópica;

21. H.I.V., S.I.D.A. e suas implicações;

22. Implantes de coração artificial ou aparelho (s) de assistência mono ou biventricular;

23. Interrupção voluntária da gravidez, incluindo situações clínicas dela decorrentes

24. Perturbações mentais (doenças psiquiátricas), incluindo consultas, tratamento e medicamentos a elas relativos;

25. Placas dentárias ou trabalhos dentários cosméticos, a não ser os necessários e decorrentes de um acidente ou ferimento, salvo se estiverem incluídos na Apólice.

26. Próteses e aparelhos de correcção médicos que não sejam cirurgicamente necessários, salvos os incluídos na cobertura de Estomatologia.

27. Regresso da Pessoa Segura ao seu país principal de residência, tendo sido ela considerada pelo Médico da Seguradora como fisicamente capaz de o fazer como passageiro normal e sem escolta médica, a menos que de outra forma tenha sido decidido pelo Médico da Seguradora;

28. Situações de doença ou gravidez preexistentes ou acidentes ocorridos antes da data de inclusão no seguro;

29. Situações de sonambulismo;

30. Serviços que não sejam clinicamente necessários;

31. Serviços ou tratamento em qualquer estabelecimento de cuidados de longo prazo, estância de águas, hidroclínicas ou sanatório que não sejam um hospital, incluindo tratamentos continuados e/ou paliativos;

32. Trabalho de qualquer forma perigoso, exercido pela Pessoa Segura, associado ao seu negócio, ocupação ou profissão, a não ser que especificamente acordado com a Seguradora;

33. Transportação feita durante viagens especialmente efectuadas com o propósito de obter tratamento médico;

34. Transplante de órgão, excepto se este benefício estiver garantido por esta Apólice;

35. Transporte, em caso de sinistro, da Pessoa Segura de uma localidade para a outra;

36. Tratamentos relacionados com defeitos de nascença, incluindo doenças hereditárias, congénitas e genéticas;

37. Tratamentos dentários de emergências ou de rotina, excepto quando os benefícios estão incluídos na Apólice através da cobertura de estomatologia;

38. Tratamento resultante de participação activa numa guerra, quer seja declarada ou não, invasão, acto de inimigo estrangeiro, hostilidade, guerra civil, rebelião, tumulto, revolução e insurreição civil;

39. Tratamentos e medicamentos para impotência sexual, infertilidade, emagrecimento, contracepção e mudança de sexo, incluindo consultas para aqueles tratamentos;

40. Tratamentos efectuados por um membro da família ou qualquer autoterapia;

41. Tratamentos que não sejam cientificamente reconhecidos;

42. Tratamentos médicos feitos a seguir à data de expiração da Apólice proveniente de ferimentos corporais acidentais e/ou doença ou gravidez ocorridos durante o período da Apólice, a não ser que a Apólice tenha sido renovada;

CAPÍTULO II – INÍCIO DE EFEITOS, DURAÇÃO E VICISSITUDES DO CONTRATO

Artigo 9º - FORMAÇÃO DO CONTRATO

1. O presente contrato baseia-se nas declarações constantes da respectiva proposta, na qual devem mencionar-se, com inteira veracidade, todos os factos ou circunstâncias que permitam a exacta apreciação do risco ou possam influir na aceitação do referido contrato ou na correcta determinação do prémio aplicável.

2. O presente contrato considera-se concluído a partir do momento em que o proponente receba da Seguradora a comunicação da aceitação da proposta de seguro ou no prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da sua recepção, se a Seguradora nada comunicar ao proponente ou não tiver solicitado informações clínicas, relatórios ou questionários médicos essenciais à avaliação do risco.

Artigo 10º - DURAÇÃO DO CONTRATO

O presente contrato é celebrado pelo prazo de 1 (um) ano, podendo ser renovado mediante comunicação por escrito do Tomador do Seguro com a antecedência mínima de 30 (trinta) dias, contados da data do respectivo término ou do término das suas sucessivas renovações.

Artigo 11º - RENOVAÇÕES DO CONTRATO

As renovações do presente contrato estarão sujeitas às condições, taxas de prémios e quaisquer modificações vigentes na altura de cada renovação, tal como expresso por escrito pela Seguradora.

Artigo 12º - DENÚNCIA DO CONTRATO

1. O presente contrato pode ser denunciado a todo tempo por qualquer das partes desde que a parte a quem couber a iniciativa de denúncia comunique por escrito à outra, com a antecedência mínima de 30 (trinta) dias em relação à data em que pretenda que a Apólice deixe de vigorar.

2. O prémio a devolver pela Seguradora em caso de denúncia do contrato será o correspondente a 75% (setenta e cinco por cento) ou 50% (cinquenta por cento) do prémio total correspondente ao período não decorrido, consoante a iniciativa da denúncia tenha sido da Seguradora ou da Pessoa Segura, respectivamente. Em caso de denúncia, até 30 dias após a concessão da Apólice o presente artigo não se aplica a Apólices com fraccionamento mensal.

Artigo 13º - ANULABILIDADE DO CONTRATO

O presente contrato pode ser anulado quando tenha havido intencionalmente omissões ou declarações inexactas feitas pelo/ ou em nome do Tomador do Seguro ou Pessoa Segura que poderiam ter influenciado na celebração do contrato. No caso da anulação do contrato ser efectuada por responsabilidade do Tomador, o valor do prémio anteriormente pago não é reembolsável.

Artigo 14º - NULIDADE DO CONTRATO

O presente contrato considera-se nulo ou sem efeito se, aquando da sua celebração, tiver cessado o risco, o contrato for celebrado para beneficiar dos efeitos de um sinistro já ocorrido ou tiver havido fraude e/ou má-fé do Tomador do Seguro e/ou Pessoa Segura.

CAPÍTULO III – PAGAMENTO, FRACCIONAMENTO E

ACTUALIZAÇÃO DO PRÉMIO

Artigo 15º - PAGAMENTO DO PRÉMIO

1. O prémio é devido na data de celebração do presente contrato, pelo que a eficácia deste depende do pagamento respectivo no prazo estipulado para o efeito.

2. O Segurado, na falta de pagamento do prémio ou fracção na data devida, constitui-se em mora, ficando a Seguradora com direito a suspender as garantias do contrato.

3. O início da suspensão das garantias do presente contrato deverá ser avisado pela Seguradora, através de carta registada ou outro meio do qual fique registo escrito de recepção, concedendo-se ao Tomador do Seguro novo prazo para pagamento das quantias em dívida, findo o qual a Seguradora tem o direito de resolver o contrato.

4. A resolução do presente contrato pela Seguradora por falta de pagamento do prémio não exclui o seu direito ao prémio pelo período em que o contrato tenha vigorado, sem prejuízo dos prémios ou fracções seguintes poderem ser igualmente devidos.

Artigo 16º - FRACCIONAMENTO DO PRÉMIO

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

Artigo 17º - ACTUALIZAÇÃO DO PRÉMIO

1. O prémio, de acordo com a evolução dos custos e quantidade dos actos médicos indemnizados ao abrigo do presente contrato, poderá ser actualizado, anualmente, na data de vencimento do mesmo, mediante aviso prévio ao Tomador do Seguro, com uma antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

2. O prémio, sem prejuízo do estabelecido no número anterior, será igualmente actualizado à data de aniversário da(s) Pessoa(s) Segura(s).

Artigo 18º - 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 de tempo 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 de tempo 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.

CAPÍTULO IV – PRESTAÇÃO PRINCIPAL DA SEGURADORA

Artigo 19º - Valor seguro

A responsabilidade da Seguradora é sempre limitada às importâncias máximas estabelecidas nas Condições Especiais e Particulares da Apólice.

Artigo 20º - SUB-ROGAÇÃO

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

Artigo 21º - COMPENSAÇÃO DE CRÉDITO

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.

Artigo 22º - PLURALIDADE DE SEGUROS

O Tomador do Seguro não deve, sob pena de nulidade, fazer segurar pelo mesmo tempo e risco o objecto do presente contrato pelo seu inteiro valor, excepto se a existência de vários seguros sobre o mesmo objecto constituírem garantias complementares, devendo observar-se o estabelecido legalmente.

Artigo 23º - READMISSÃO AO SEGURO

A Pessoa Segura que, por qualquer motivo, tenha desistido do seguro, por mais de 30 (trinta) dias, mas solicite a sua readmissão ou celebração de novo contrato, deve obedecer aos períodos de carência estabelecidos no presente contrato.

CAPÍTULO V – OBRIGAÇÃO DAS PARTES

Artigo 24º - OBRIGAÇÕES DO TOMADOR DO SEGURO E/ OU DA PESSOA SEGURA EM CASO DE SINISTRO

Em caso de acidente ou doenças garantidas ao abrigo do presente contrato, o Tomador do Seguro e/ou a Pessoa Segura obrigam-se a:

1. Sujeitar-se à validação da elegibilidade para beneficiar de consultas e/ou tratamentos médicos garantidos pelo presente contrato;

2. Apresentar o Cartão do Seguro, juntamente com o documento de identificação apresentado no acto de contratação do seguro, para beneficiar de assistência nas clínicas que integram a rede de prestadores;

3. Preencher devidamente o formulário de participação de sinistro;

4. Informar com verdade as circunstâncias e consequências da doença ou acidente;

5. Submeter-se a exames por médicos designados pela Seguradora ou pelas clínicas que integram a rede de prestadores, caso estes os considerem necessários;

6. Cumprir as prescrições do médico a que tenha recorrido;

7. Prestar todas as informações solicitadas pelo Administrador de Sinistros e/ou pela Seguradora, assim como facultar fotocópias de certificados médicos, relatórios clínicos ou outra documentação tida por estes como necessária para documentar o processo e autorizar os médicos a que tenham recorrido a fazê-lo, salvaguardando a devida confidencialidade;

8. Prestar garantia que assegurem a restituição do valor adiantado pela Seguradora, mas não garantido ao abrigo da Apólice, quando o valor dos actos médicos de que beneficie excedam o capital seguro disponível para o efeito;

9. Fornecer toda documentação que constitua evidência do sinistro e que possa ser requerida pela Seguradora.

Artigo 25º - OBRIGAÇÃO DE LIMITAÇÃO DO DANO

O Tomador do Seguro e/ ou Pessoa Segura obrigam-se a tomar os cuidados razoáveis para prevenir ou, pelo menos, diminuir o agravamento das consequências de acidentes, ferimentos ou doenças.

Artigo 26º - PAGAMENTO DE INDEMNIZAÇÃO

1. A Seguradora obriga-se a proceder com diligência e prontidão a todas as averiguações indispensáveis para a correcta regularização dos sinistros.

2. Os pedidos de pagamento de indemnização deverão ser acompanhados de provas por escrito a serem submetidos à Seguradora e/ou Administrador de Sinistros num prazo de 30 (trinta) dias, contados do primeiro dia do tratamento do qual derive a reclamação ou quando terminar o seguro, seja qual for o evento que acontecer primeiro.

3. A Seguradora procederá ao pagamento da indemnização logo que receba e aceite a validade da prova do sinistro, até aos limites e sublimites definidos nas Condições Especiais e Particulares da Apólice das despesas necessariamente incorridas como resultado

directo da Pessoa Segura ter sofrido ferimentos corporais, doenças, gravidez ou morte durante o período de vigência da Apólice.

4. Fica acordado e entendido que o prazo de apresentação de reclamação relativa à indemnização decorrente de sinistros regularizados, nos termos dos números anteriores, é de 15 (quinze) dias contados do respectivo pagamento.

CAPÍTULO VI – REDE DE PRESTADORES

Artigo 27º - REDE DE PRESTADORES

1. A Pessoa Segura, em caso de necessidade de tratamento médico, deve dirigir-se às clínicas convencionadas que integram a rede de prestadores de serviços médicos contratados pela Seguradora e/ ou pelo Administrador de Sinistros.

2. A Pessoa Segura deve estrita obediência às normas e procedimentos estabelecidos pelas clínicas que integram a rede de prestadores de serviços médicos contratados pela Seguradora.

3. A Seguradora e/ ou o Administrador de Sinistros deverão utilizar critérios profissionais prudentes na selecção dos seus prestadores de serviços, mas não deverão ser responsáveis pelos seus actos, omissões ou atrasos causados por greves ou condicionalismos que estejam para além do seu controlo.

4. Fica acordado e entendido que a Seguradora e/ ou o Administrador de Sinistros podem a qualquer momento alterar a rede de prestadores, disponibilizando ao Tomador do Seguro e/ ou Pessoa Segura informações actualizadas sobre a mesma.

Artigo 28º - TRATAMENTO FORA DA REDE DE PRESTADORES

1. O recurso a unidades de tratamento fora da rede de prestadores de serviços médicos referido no artigo anterior é permitido em casos de urgência/ emergência, devidamente comprovados por informação clínica, sendo as despesas médicas e medicamentosas contraídas pela Pessoa Segura reembolsadas pela Seguradora conforme estipulado nas Condições Particulares, aceite e dentro dos limites e sublimites estabelecidos por esta, após a apresentação da documentação original referente às mesmas e respectiva prescrição médica emitida por Médico assistente.

2. Fica acordado e entendido que, em caso de tratamento fora da rede de prestadores de serviços médicos, a Pessoa Segura deve, no prazo de 48 (quarenta e oito) horas, contadas do início da ocorrência médica, comunicar à Seguradora essa situação, sob pena desta não se responsabilizar pelo pagamento do reembolso referido nos números anteriores.

3. Fica acordado e entendido que apenas é considerado tratamento fora da rede de prestadores o recurso a outras unidades de tratamento localizadas no território nacional.

Artigo 29º - RECLAMAÇÃO

1. A Pessoa Segura que esteja a ser submetida a tratamento médico pode apresentar reclamação, desde o início do tratamento até à altura em que é clinicamente confirmado que o mesmo já não é necessário ou até o expirar do período de vigência da Apólice, seja qual for o evento que ocorrer primeiro.

2. A reclamação da Pessoa Segura deve ser acompanhada de documentação original, incluindo passaporte em caso de despesas médicas e medicamentosas contraídas no exterior do país, facturas de apoio e recibos, devendo posteriormente ser submetida com um formulário de reclamação totalmente preenchido e assinado pelo Médico assistente.

Artigo 30º - FALTA DE RECLAMAÇÃO

A falta de reclamação, dentro do prazo estabelecido pelas Condições Gerais, não deverá invalidar ou reduzir reclamações futuras se se provar que não foi razoavelmente possível apresentar tal reclamação e respectiva documentação dentro do tempo requerido e que a mesma teria sido feita tão cedo quanto razoavelmente possível.

Artigo 31º - NOVA RECLAMAÇÃO

Fica acordado e entendido que, sempre que for apresentada reclamação pelo tratamento médico recebido e a Pessoa Segura subsequentemente reclamar por um novo tratamento, o qual não esteja de forma alguma relacionado com o tratamento anterior, a reclamação subsequente será considerada uma nova reclamação.

CAPÍTULO VII – EXTENSÃO TERRITORIAL DA COBERTURA

Artigo 32º - APLICABILIDADE

A extensão territorial da cobertura fora do território da República de Angola aplica-se apenas aos planos SOL Saúde Basic, SOL Saúde Plus e SOL Saúde Gold.

Artigo 33º - EXTENSÃO TERRITORIAL DA COBERTURA

1. A extensão territorial da cobertura fora do território da República de Angola aplica-se apenas por um período máximo de 6 (seis) semanas, contadas da data de chegada da Pessoa Segura, por doença, acidente e por viagem, durante o período de vigência da Apólice e está sujeita aos limites estabelecidos nas Condições Particulares da Apólice por Pessoa Segura por ano, desde que a viagem não tenha sido realizada especificamente com o propósito ou intenção de obter tratamento médico, excepto em caso de evacuação médica de emergência.

2. A extensão territorial da cobertura referida no número anterior aplica-se apenas às condições de emergência ou episódios agudos de condições cobertas existentes.

3. Fica acordado e entendido que, em caso de extensão territorial de cobertura, a Pessoa Segura deve contactar os serviços da [Identificar parceiro] no prazo de 48 (quarenta e oito) horas contadas do início da ocorrência médica, sob pena de a Seguradora não se responsabilizar pelo pagamento do reembolso decorrente do estabelecido nos números anteriores.

4. Fica acordado e entendido que, sempre que os serviços locais da [Identificar parceiro] não puderem ser contactados, poderá a Pessoa Segura contactar o serviço de Call Center da Seguradora.

Artigo 34º - TRATAMENTO E CONSULTAS MÉDICAS NO EXTERIOR

1. O tratamento médico no exterior do país é permitido na situação de a Pessoa Segura ter sido previamente diagnosticada, ser portadora de um relatório médico e ser autorizada pela Seguradora.

2. Para efeitos de tratamento e consultas médicas no exterior do país apenas a assistência médica está garantida, ficando a cargo da Pessoa Segura as despesas de deslocação de ida/ regresso, alojamento, tradução e tratamento de vistos. Para efeitos de tratamentos médicos no exterior do país aplicam-se os limites estabelecidos nas Condições Particulares da Apólice.

Artigo 35º - DESPESAS ADICIONAIS DE VIAGEM E ACOMODAÇÃO

A Seguradora pagará, dentro dos limites e sublimites especificados na nas Condições Particulares da Apólice, as despesas adicionais com tarifas de voos, em classe económica, e de acomodação necessária e inevitavelmente contraídas pela Pessoa Segura com um incidente que requeira Evacuação Médica de Emergência, para recomeçar o curso da sua viagem e/ ou retorno ao país de origem da Apólice.

Artigo 36º - ACOMPANHAMENTO MÉDICO

A Seguradora acompanhará a condição da Pessoa Segura se esta estiver hospitalizada no estrangeiro e manterá o empregador e/ ou familiares informados.

Artigo 37º - TRANSPORTE DE ACOMPANHANTE DA PESSOA SEGURA

Fica acordado e entendido que os custos de deslocação, acomodação, táxi e tradução do acompanhante da Pessoa Segura serão da sua responsabilidade.

CAPÍTULO VIII – DISPOSIÇÕES FINAIS

Artigo 38º - INCAPACIDADE OU MORTE DA PESSOA SEGURA

1. Fica acordado e entendido que em caso de incapacidade ou morte da Pessoa Segura o seu representante legal terá o direito de agir por ela.

2. Fica acordado e entendido que, em caso de morte da Pessoa Segura ocorrida numa Clínica da rede de prestadores, a Seguradora garante a cobertura da morgue pelo período de 72 (setenta e duas) horas.

Artigo 39º - INCLUSÃO DE PESSOA SEGURA

1. Fica acordado e entendido que, durante a vigência do presente contrato, o Tomador do Seguro pode solicitar, por escrito, a inclusão de uma Pessoa Segura no Grupo.

2. Fica acordado e entendido que a inclusão referida no número anterior só produzirá efeito na respectiva data, situação em que a Seguradora, relativamente à anuidade que estiver a decorrer, terá direito ao prémio da data da inclusão à data do respectivo término, sem prejuízo de, em caso de renovação do presente contrato, ser devido o prémio por inteiro relativo a cada anuidade.

3. Fica acordado e entendido que a inclusão de uma Pessoa Segura no Grupo implica que a mesma deva obedecer aos períodos de carência estabelecidos no presente contrato.

Artigo 40º - EXCLUSÃO DA PESSOA SEGURA

1. Fica acordado e entendido que, durante a vigência do presente contrato, o Tomador do Seguro pode solicitar, por escrito, a exclusão de uma Pessoa Segura do Grupo.

2. Fica acordado e entendido que a exclusão referida no número anterior só produzirá efeitos na data de renovação do presente contrato, excepto nos casos de morte da Pessoa Segura, situação em que a Seguradora devolverá o prémio relativo ao período já pago, mas ainda não decorrido.

Artigo 41º - TRANSMISSÃO DE DADOS

Fica acordado e entendido que, no âmbito do presente contrato, a Seguradora poderá facultar os dados do Tomador do Seguro e/ou da Pessoa Segura a um prestador de serviços externos para o suporte à gestão de sinistros, estando para o efeito autorizado pelo Tomador do Seguro e/ou Pessoa Segura, salvaguardando a informação confidencial sobre o presente contrato.

Artigo 42º - DIVERGÊNCIAS MÉDICAS

1. Quaisquer divergências relacionadas com opinião médica em conexão com os resultados de um acidente ou doença serão resolvidas entre dois Médicos especialistas, nomeados por escrito pelas duas partes em disputa.

2. Quaisquer divergências de opinião, entre os dois Médicos especialistas nomeados, deverá ser encaminhada a uma terceira pessoa nomeada por escrito por aqueles dois Médicos para resolverem a divergência.

Artigo 43º - ACÇÃO JUDICIAL

As partes concordam que nenhuma acção judicial, derivada de um pedido de indemnização, deverá ser intentada antes de decorridos 60 (sessenta) dias seguidos à prova do sinistro ter sido fornecida, de acordo com os requisitos estabelecidos nas Condições Gerais.

Artigo 44º - COMUNICAÇÕES E NOTIFICAÇÕES

1. As comunicações ou notificações das partes, nos termos do presente contrato, consideram-se válidas e plenamente eficazes caso sejam efectuadas por correio registado, correio electrónico, mensagem telefónica ou outro meio do qual fique registo escrito de recepção para a morada, sede, correio electrónico ou número de telefone indicados pelas mesmas na proposta do seguro.

2. Fica acordado e entendido que eventuais alterações da morada, sede, correio electrónico ou número de telefone das partes devem ser comunicadas com a antecedência mínima de 30 (trinta) dias contados da data em que as mesmas devam

ser consideradas efectivas, por carta registada ou por outro meio do qual fique registo escrito de recepção, sob pena de as comunicações ou notificações que venham a ser efectuadas para os meios indicados na proposta do seguro serem consideradas plenamente válidas e eficazes.

Artigo 45º - ENTREGA DO CARTÃO DE SEGURO

1. O cartão de seguro de saúde será entregue ao Tomador do Seguro no prazo de 30 (trinta) dias, contados da data de início de vigência da Apólice.

2. O Tomador do Seguro e/ou Pessoa Segura serão responsáveis pela utilização fraudulenta do cartão de seguro de saúde.

Artigo 46º - PERDA DO CARTÃO DE SEGURO

1. Fica acordado entendido que, em casos de perda do cartão do seguro de saúde por furto, roubo ou outra circunstância, o Tomador do Seguro obriga-se a comunicá-lo à Seguradora, dentro do prazo de 24 (vinte e quatro) horas, para que esta possa tomar as medidas necessárias.

2. Fica acordado e entendido que a reemissão do Cartão do Seguro fica condicionada ao pagamento da quantia estabelecida para o efeito nas Condições Especiais e Particulares da Apólice.

Artigo 47º - LEI APLICÁVEL

A lei aplicável ao presente contrato é a lei Angolana.

Artigo 48º - FORO

Em caso de litígio emergente do presente contrato, que não possa ser resolvido por acordo entre as partes, fica estabelecido que o foro competente para a respectiva acção é o do local da emissão da Apólice, com renúncia de ambas as partes a qualquer outro local.

Artigo 49º - CASOS OMISSOS

Os casos não previstos no presente contrato serão regulados pelas disposições da legislação aplicável que ao tempo vigorar.

CAPÍTULO IX – CONDIÇÕES ESPECIAIS

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

INTERNAMENTO HOSPITALAR

1. Cobertura

A presente condição especial garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas condições particulares, o pagamento de despesas efectuadas, em Angola, 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 desde que devidamente autorizadas pela Seguradora.

Ficam abrangidas por esta condição especial as despesas efectuadas com:

- Acomodação e utilização das infra-estruturas necessárias para a realização dos actos médicos (diárias, bloco operatório e Equipamentos);
- Honorários médicos e de enfermagem, relacionados com a assistência prestada;
- Medicamentos, materiais e todos os produtos associados aos cuidados prestados;
- Exames auxiliares de diagnóstico, associados aos actos médicos realizados;
- Material de osteosíntese e próteses intra-cirúrgicas;
- Cirurgias de estomatologia, medicina dentária e cirurgia maxilo-facial que resultem de acidente coberto pelo contrato.
- Tratamentos de quimioterapia citostática e radioterapia,

ainda que realizadas em Ambulatório.

2. Exclusões

Para além das exclusões previstas nas condições gerais, a presente condição especial não garante 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 involuntária da gravidez;
- c) Efectuadas por acompanhantes da pessoa segura, excepto em caso de internamento hospitalar de menores até aos catorze anos
- d) De idade ou de cidadãos portadores de deficiência congénita ou adquirida;
- e) De natureza particular.

3. Regime de prestações

As coberturas desta condição especial são garantidas no regime de prestações na rede e no regime de prestações por reembolso de 80% fora da rede, conforme definido nas condições particulares ou no certificado individual de adesão.

MATERNIDADE - PARTO NORMAL, CESARIANA E INTERRUPTÃO INVOLUNTÁRIA DE GRAVIDEZ

1. Cobertura

A presente condição especial garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas condições particulares, o pagamento das despesas efectuadas, em Angola, com os actos de diagnóstico ou terapêutica, inerentes a parto normal, cesariana e interrupção involuntária da gravidez, que requeiram os meios e serviços específicos de ambiente hospitalar.

Ficam abrangidas por esta condição especial as despesas efectuadas com:

- a) Acomodação e utilização das infra-estruturas necessárias para a realização dos actos médicos (diárias, bloco operatório e equipamentos) da Pessoa Segura;
- b) Honorários médicos e de enfermagem relacionados com a assistência prestada;
- c) Materiais e todos os produtos associados aos cuidados prestados;
- d) Exames auxiliares de diagnóstico da Pessoa Segura efectuados durante o período de internamento;
- e) Medicamentos ministrados à Pessoa Segura durante o internamento hospitalar;
- f) Avaliação ao recém-nascido, feita pelo pediatra, dentro das 24 (vinte e quatro) horas após o seu nascimento.

2. 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) Despesa com acompanhantes.

3. Regime de prestações

As coberturas desta condição especial são garantidas no regime de prestações na rede e no regime de prestações por reembolso de 80% fora da rede, conforme definido nas condições particulares ou no certificado individual de adesão.

AMBULATÓRIO

1. Cobertura

A presente condição especial garante, nos termos e limites para

o efeito fixados nas condições particulares, o pagamento de despesas efectuadas, em Angola, com os actos de diagnóstico ou terapêutica, que não requeiram os meios e serviços específicos de ambiente hospitalar, mesmo que nele sejam realizados.

Ficam abrangidas por esta condição especial as despesas efectuadas com:

- a) Honorários de consultas médicas;
- b) Honorários médicos e de enfermagem relativos a outros actos médicos realizados em regime ambulatório;
- c) Materiais e produtos associados aos actos médicos realizados em regime ambulatório;
- d) Exames auxiliares de diagnóstico;
- e) Tratamentos do foro da medicina física e de reabilitação, incluindo terapia da fala, desde que prescritos por Médico;
- f) Consultas e diagnósticos pré-natal.

2. Exclusões

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

- a) Consultas, tratamentos, cirurgia e próteses do foro estomatológico e oftalmológico;
- b) Exercícios de ortóptica;
- c) Próteses e ortóteses;
- d) Medicamentos
- e) TAC e Ressonâncias Magnéticas no caso de se tratar do Plano SOL Saúde Basic.

3. Regime de prestações

As coberturas desta condição especial são garantidas no regime de prestações na rede e no regime de prestações por reembolso de 80% fora da rede, conforme definido nas condições particulares ou no certificado individual de adesão.

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

3.1 Consultas

- a) Genética;
- b) Consultas domiciliárias.

3.2. Exames auxiliares de diagnóstico e meios terapêuticos

- a) Polissonografia;
- b) Ressonância magnética nuclear;
- 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.

MEDICAMENTOS

1. Cobertura

A presente condição especial garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas condições particulares, o pagamento de despesas efectuadas, em Angola, com medicamentos, que como tal se encontrem 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. Exclusões

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

- a) Champôs, sabonetes, pastas medicinais e similares;
- b) Produtos de estética, cosmética e higiene;
- c) Produtos dietéticos, homeopáticos ou manipulados;
- d) Anticoncepcionais e dispositivos intra-uterinos;
- e) Vacinas, com excepção das do foro alergológico;

- f) Alimentação infantil;
- g) Artigos sanitários e anti-sépticos;
- h) Material de penso;
- i) Produtos para tratamento da obesidade.

3. Regime de prestações

As coberturas desta condição especial são garantidas no regime de prestações na rede e no regime de prestações por reembolso de 70% fora da rede, conforme definido nas condições particulares ou no certificado individual de adesão.

ESTOMATOLOGIA

1. Cobertura

A presente condição especial garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas condições particulares, o pagamento de despesas efectuadas, em Angola, com os actos de diagnóstico ou terapêutica, do foro estomatológico.

Ficam abrangidas por esta condição especial as despesas efectuadas com:

1. Honorários médicos;
2. Exames auxiliares de diagnóstico;
3. Materiais e todos os produtos associados aos actos médicos realizados;
4. Acomodação e utilização das infra-estruturas necessárias para a realização dos actos médicos realizados em ambiente hospitalar (diárias, bloco operatório e equipamentos);
5. Medicamentos ministrados durante o internamento hospitalar.

2. Exclusões

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

- a) Aparelhos de ortodôncia e respectivos moldes e estudos;
- b) Tratamentos efectuados com utilização de metais preciosos;
- c) Reabilitação de dentes em falta ou reabilitados com prótese à data da celebração do contrato;
- d) Próteses estomatológicas.

7. Regime de prestações

As coberturas desta condição especial são garantidas no regime de prestações na rede e no regime de prestações por reembolso de 70% fora da rede, conforme definido nas condições particulares ou no certificado individual de adesão.

OFTALMOLOGIA

1. Cobertura

A presente condição especial garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas condições particulares, o pagamento de despesas efectuadas, em Angola, com os actos de diagnóstico ou terapêutica, do foro oftalmológico.

Ficam abrangidas por esta condição especial as despesas efectuadas com:

1. Honorários médicos;
2. Exames auxiliares de diagnóstico;
3. Materiais e todos os produtos associados aos actos médicos realizados;
4. Acomodação e utilização das infra-estruturas necessárias para a realização dos actos médicos realizados em ambiente hospitalar (diárias, bloco operatório e equipamentos);
5. Medicamentos ministrados durante o internamento hospitalar.

2. Exclusões

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

- a) Aquisição isolada de aros oculares;
- b) Extravio, furto, roubo ou quebra de ortóteses oculares.

3. Procedimentos

Relativamente a próteses oftalmológicas, 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 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) Os aros oculares só são comparticipáveis quando adquiridos em conjunto com as lentes oculares, desde que estas sejam também comparticipáveis;
- c) Considera-se como vida útil para os aros e 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;
- d) No caso de menores de 16 anos, os aros e lentes poderão ser comparticipáveis sem que se verifique a referida alteração, desde que na prescrição médica seja explícita a necessidade de trocar de óculos em consequência do seu crescimento;
- e) Não serão nunca consideradas as situações de furto, roubo, extravio ou quebra de óculos ou lentes, excepto quando consequente 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. Regime de prestações

As coberturas desta condição especial são garantidas no regime de prestações na rede e no regime de prestações por reembolso de 70% fora da rede, conforme definido nas condições particulares ou no certificado individual de adesão.

EVACUAÇÃO E REPATRIAMENTO

1. Cobertura

A presente condição especial garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas condições particulares, o pagamento de despesas efectuadas, com os actos de evacuação de emergência e/ ou repatriamento, por quaisquer meios clinicamente necessários, se a Pessoa Segura sofrer um acidente ou de uma doença grave cobertos pelo presente contrato e que requeiram tratamento médico imediato, mas não existam estabelecimentos médicos adequados disponíveis no País.

2. Regime de prestações

As coberturas desta condição especial são garantidas no regime de prestações na rede e no regime de prestações por reembolso de 80% fora da rede, conforme definido nas condições particulares ou no certificado individual de adesão.