

FIDELIDADE

SEGUROS DESDE 1808

SEGURO DE SAÚDE

CONDIÇÕES GERAIS E ESPECIAIS



Ligue Grátis

800 800 088

fidelidade.co.mz

Fidelidade - Companhia Seguros S.A. - Não Vida
Nuit: 400551847 • Nuel: 1005 28878
Sede: Rua 1393, nº 47, Bairro Polana - Maputo
Fundo de Estabelecimento: 767.500.000,00 MZN

Serviço de Apoio ao Cliente (24h - 365 dias)
Moçambique. +258 21 489 784
Estrangeiro. +351 217 948 784
E. apoioclientesaude@fidelidade.co.mz



ÍNDICE

CONDIÇÕES GERAIS	4
CLÁUSULA PRELIMINAR	4
CAPÍTULO I - DEFINIÇÕES, OBJECTO E GARANTIAS DO CONTRATO, COBERTURAS E EXCLUSÕES	4
CLÁUSULA 1 - DEFINIÇÕES	4
CLÁUSULA 2 - OBJECTO DO CONTRATO	7
CLÁUSULA 3 - BASE DO CONTRATO	7
CLÁUSULA 4 - ÂMBITO DAS GARANTIAS	7
CLÁUSULA 5 - EXCLUSÕES	8
CLÁUSULA 6 - ÂMBITO TERRITORIAL	9
CAPÍTULO II - DECLARAÇÃO DO RISCO E INCUMPRIMENTO DO DEVER DE INFORMAÇÃO	10
CLÁUSULA 7 - DECLARAÇÃO INICIAL DO RISCO E INCUMPRIMENTO DO DEVER DE INFORMAÇÃO	10
CLÁUSULA 8 - INCUMPRIMENTO DO DEVER DE DECLARAÇÃO INICIAL DO RISCO	10
CAPÍTULO III - PAGAMENTO E ALTERAÇÃO DOS PRÉMIOS	11
CLÁUSULA 9 - PAGAMENTO DO PRÉMIO	11
CLÁUSULA 10 - FRACCIONAMENTO DO PRÉMIO	11
CLÁUSULA 11 - ALTERAÇÃO DO PRÉMIO	11
CLÁUSULA 12 - ESTORNO DO PRÉMIO	11
CAPÍTULO IV - INÍCIO DE EFEITOS, DURAÇÃO E VICISSITUDES DO CONTRATO	12
CLÁUSULA 13 - INÍCIO E DURAÇÃO DO CONTRATO	12
CLÁUSULA 14 - INÍCIO E DURAÇÃO DAS GARANTIAS	12
CLÁUSULA 15 - CARTÃO FIDELIDADE SAÚDE	13
CLÁUSULA 16 - ALTERAÇÕES AO CONTRATO	13
CLÁUSULA 17 - RESOLUÇÃO DO CONTRATO E EXCLUSÃO DA PESSOA SEGURA	13
CLÁUSULA 18 - CADUCIDADE DO CONTRATO	13
CAPÍTULO V - PRESTAÇÃO PRINCIPAL DA SEGURADORA	14
CLÁUSULA 19 - VALORES SEGUROS E FRANQUIAS	14
CLÁUSULA 20 - SUB-ROGAÇÃO	14
CLÁUSULA 21 - COMPENSAÇÃO DE CRÉDITOS	14
CLÁUSULA 22 - COEXISTÊNCIA DE CONTRATOS	14
CAPÍTULO VI - OBRIGAÇÕES E DIREITOS DAS PARTES	14
CLÁUSULA 23 - OBRIGAÇÕES DO TOMADOR DO SEGURO E DA PESSOA SEGURA	14
CLÁUSULA 24 - ÓNUS DA PROVA	15
CLÁUSULA 25 - OBRIGAÇÕES DA SEGURADORA	15
CLÁUSULA 26 - RESPONSABILIDADE DA SEGURADORA EM CASO DE NÃO RENOVAÇÃO DO CONTRATO	15



CAPÍTULO VII - DISPOSIÇÕES DIVERSAS

CLÁUSULA 27 - COMUNICAÇÕES E NOTIFICAÇÕES ENTRE AS PARTES	15
CLÁUSULA 28 - EFICÁCIA EM RELAÇÃO A TERCEIROS	16
CLÁUSULA 29 - LEI APLICÁVEL	16
CLÁUSULA 30 - RECLAMAÇÕES	16
CLÁUSULA 31 - ARBITRAGEM	16
CLÁUSULA 32 - FORO COMPETENTE	16

CONDIÇÕES ESPECIAIS

I. CONDIÇÃO ESPECIAL INTERNAMENTO HOSPITALAR	17
II. CONDIÇÃO ESPECIAL EMERGÊNCIAS MÉDICAS EM MOÇAMBIQUE	18
A. AVALIAÇÃO TELEFÓNICA DA NATUREZA E GRAVIDADE DA OCORRÊNCIA	18
B. ACONSELHAMENTO E INFORMAÇÃO MÉDICA DE EMERGÊNCIA	18
C. TRANSPORTE DE URGÊNCIA DA PESSOA SEGURA PARA UNIDADE HOSPITALAR APROPRIADA	18
D. TRANSPORTE SANITÁRIO	18
E. REPATRIAMENTO DA PESSOA SEGURA DOENTE OU DOS SEUS RESTOS MORTAIS PARA MOÇAMBIQUE	18
III. CONDIÇÃO ESPECIAL PARTO NORMAL, CESARIANA E INTERRUPÇÃO INVOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ	19
IV. CONDIÇÃO ESPECIAL AMBULATÓRIO	19
V. CONDIÇÃO ESPECIAL ESTOMATOLOGIA	20
VI. CONDIÇÃO ESPECIAL PRÓTESES E ORTÓTESES	21
VII. CONDIÇÃO ESPECIAL MEDICAMENTOS	22
VIII. CONDIÇÃO ESPECIAL EXTENSÃO À REDE FORA DE MOÇAMBIQUE	23
IX. CONDIÇÃO ESPECIAL EXTENSÃO AO ESTRANGEIRO EM REEMBOLSO, EXCEPTO EUA E CANADÁ	23
X. CONDIÇÃO ESPECIAL MEDICINA PREVENTIVA (Check-up)	23



CONDIÇÕES GERAIS

CLÁUSULA PRELIMINAR

Entre a Fidelidade - Companhia de Seguros, S.A. - Não Vida, adiante designada por Seguradora, e o Tomador do Seguro identificado nas Condições Particulares, estabelece-se o presente contrato de seguro que se regula pelas Condições Gerais, Especiais e Particulares desta Apólice, contratada de harmonia com as declarações constantes da Proposta ou Boletins de Adesão que lhe serviu de base e que dele fazem parte integrante.

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

CLÁUSULA 1 - DEFINIÇÕES

Para efeitos do presente contrato entende-se por:

1. ACESSO À REDE

Disponibilização de serviços de cuidados de saúde, garantidos pelo presente contrato de seguro, executados por prestadores da rede, aos quais a Pessoa Segura tem acesso, suportando na totalidade os respectivos custos, nos termos do disposto nas Condições Particulares;

2. ACIDENTE

Acontecimento fortuito, súbito e anormal, provocado por causa externa e alheia à vontade da Pessoa Segura e que nesta origine Lesões corporais, clínica e objectivamente comprovadas;

3. ACTA ADICIONAL

Documento que formaliza uma alteração à Apólice;

4. ADERENTE

Aquele que subscreve a adesão a um Seguro de Grupo;

5. AGREGADO FAMILIAR

O Titular ou, no caso de um Seguro de Grupo, o Aderente e as seguintes pessoas que com ele coabitam em economia comum:

- O cônjuge ou a pessoa com quem aquele viva em condições análogas às dos cônjuges;
- Os filhos, enteados e adoptados do casal ou de qualquer deles, desde que economicamente dependentes (ainda que apenas de um dos membros do casal);

6. AMBIENTE HOSPITALAR

Conjunto de meios infra-estruturais, 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 convencionalmente designadas por "Hospitais" ou outras que lhes equivalham;

7. APÓLICE

Documento que titula o contrato de seguro, constituído pelas respectivas Condições Gerais, Especiais e Particulares, a Proposta de Seguro ou Boletim de Adesão, no caso de Seguro de Grupo, e o Questionário Individual de Saúde, bem como as posteriores Actas Adicionais;

8. APÓLICE ABERTA

Apólice de Seguro de Grupo em que o número de pessoas a segurar é variável. Inicia-se com o mínimo de adesões definido e, durante a sua vigência, o Tomador do Seguro pode proceder a inclusões e exclusões, mediante solicitação à Seguradora. O contrato vigora enquanto o número de adesões justificar a sua existência, a exclusivo critério da Seguradora;

9. AUTORIZAÇÃO

Aprovação do financiamento para prestação de cuidados de saúde, solicitado aos serviços clínicos da Seguradora;

10. BENEFICIÁRIO

Titular do direito às prestações seguras no contrato de seguro;



11. BOLETIM DE ADESÃO

Documento preenchido pela Pessoa Segura, no Seguro de Grupo, em que esta se identifica e expressa a vontade de aderir ao contrato de seguro;

12. CAPITAL SEGURO

Montante máximo de Comparticipação de despesas de saúde por Pessoa Segura ou por Agregado familiar, definido para cada uma das coberturas contratadas nas Condições Particulares.

13. CARTÃO FIDELIDADE SAÚDE

Cartão pessoal e intransmissível, que identifica a Pessoa Segura e permite o acesso aos serviços prestados na Rede;

14. CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO

Documento emitido pela Seguradora para cada uma das Pessoas Seguras, comprovativo da sua inclusão no Seguro;

15. CIRURGIA EM AMBIENTE HOSPITALAR SEM INTERNAMENTO

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 mesmo dia;

16. COMPARTICIPAÇÃO

Valor a cargo da Seguradora, em cada despesa de saúde garantida pela Apólice, nos termos definidos nas Condições Particulares;

17. CONDIÇÕES ESPECIAIS

Disposições que complementam, especificam e esclarecem as Condições Gerais, prevalecendo sobre estas na interpretação dos termos contratuais;

18. CONDIÇÕES GERAIS

Disposições que definem os princípios gerais do contrato e seu enquadramento;

19. CONDIÇÕES PARTICULARES

Cláusulas que complementam as Condições Gerais e Especiais de um contrato que expressam os respectivos elementos específicos, precisando, entre outros, o seu início e duração, o(s) período(s) de carência, o(s) risco(s) coberto(s), o(s) capital(is) seguro(s), a(s) franquia(s), o Prémio, o Tomador do Seguro, a(s) Pessoa(s) Segura(s) e o(s) Beneficiário(s);

20. DOENÇA

Alteração involuntária do estado de saúde, não causada por Acidente, clínica e objectivamente comprovada;

21. DOENÇA OU LESÃO PRÉ-EXISTENTE

Doença ou Lesão da qual a Pessoa Segura deveria ter conhecimento ou que não poderia ignorar, pela evidência dos sinais e sintomas ou por ter recebido em relação à mesma aviso médico ou tratamento, antes da data de início das garantias do contrato de seguro;

22. DOENÇA OU MALFORMAÇÃO CONGÉNITA

Doença e/ou malformação que se diagnostica ou identifica durante a gravidez e até 30 dias após o nascimento;

23. 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 urgente em Ambiente Hospitalar;

24. ESTORNO

Devolução ao Tomador do Seguro da totalidade ou parte do Prémio de seguro já pago;

25. FRANQUIA

Valor ou número de dias a cargo do Tomador do Seguro e/ou da Pessoa Segura, cujo montante, período ou forma de cálculo se encontra estipulado nas Condições Particulares e/ou no Certificado Individual de Seguro;

26. IMPLANTE

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

27. LESÃO

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

28. 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;



29. 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;

30. PERÍODO DE CARÊNCIA

Período que decorre entre a data de adesão da Pessoa Segura e a data em que podem ser accionadas determinadas coberturas do seguro, estipulado nas Condições Particulares ou no Certificado Individual de Seguro, no caso dos Seguros de Grupo;

31. PESSOA SEGURA

Pessoa cuja saúde se segura, identificada nas Condições Particulares da Apólice ou no Certificado Individual de Seguro;

32. PRÉMIO

Valor pago à Seguradora pelo Tomador do Seguro ou pelas Pessoas Seguras, tratando-se de Seguro de Grupo Contributivo, como contrapartida da cobertura acordada;

33. PRESTAÇÕES NA REDE

Serviços garantidos pelo presente contrato de seguro, realizados em prestadores da Rede, nos quais a Comparticipação das despesas é suportada directamente pela Seguradora e o respectivo acesso está sujeito aos critérios de utilização definidos pela Seguradora, incluindo a autorização para actos e procedimentos, nos termos do disposto nas Condições Particulares;

34. 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 Comparticipação pela Seguradora, nos termos do disposto nas Condições Particulares;

35. PROPOSTA DE SEGURO

Documento pelo qual um proponente declara que pretende subscrever um contrato de seguro;

36. PRÓTESES E ORTÓTESES

Dispositivos que substituem total ou parcialmente um membro ou órgão (próteses) ou ajudam a cumprir, no todo ou em parte, a sua função (ortóteses);

37. QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL DE SAÚDE

Documento anexo à Proposta de Seguro, através do qual cada candidato a Pessoa Segura declara os elementos necessários à avaliação do risco pela Seguradora. Pode ser preenchido por escrito ou realizado telefonicamente por um técnico de saúde;

38. REDE

Conjunto de prestadores de cuidados de saúde que integram a rede da Fidelidade Companhia de Seguros, S.A. Não Vida, nomeadamente Médicos/Médicos Dentistas, centros de diagnóstico, clínicas, unidades hospitalares e outras unidades de saúde, com os quais existe um acordo para a prestação de serviços às Pessoas Seguras;

39. SEGURADORA

A Fidelidade - Companhia de Seguros, S.A. - Não Vida, entidade legalmente autorizada para a exploração do seguro de saúde e que subscreve o presente contrato;

40. SEGURO DE GRUPO

Contrato celebrado para um conjunto de pessoas ligadas ao Tomador do Seguro por um vínculo que não seja o de segurar;

41. SEGURO DE GRUPO CONTRIBUTIVO

Seguro de Grupo em que as Pessoas Seguras contribuem, no todo ou em parte, para o pagamento do Prémio;

42. SEGURO DE GRUPO NÃO CONTRIBUTIVO

Seguro de Grupo em que o Tomador do Seguro suporta a totalidade do Prémio;

43. SEGURO INDIVIDUAL

Contrato celebrado para uma pessoa singular ou para um Agregado Familiar;

44. SERVIÇO DE APOIO AO CLIENTE

Serviço através do qual o Tomador do Seguro e as Pessoas Seguras podem obter esclarecimentos;

45. SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA

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



46. 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;

47. 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;

48. SINISTRO/OCORRÊNCIA

O evento ou série de eventos resultantes de uma mesma causa, susceptível de accionar as garantias do contrato;

49. TITULAR

Pessoa no interesse da qual é feito o contrato de seguro e em relação à qual se estabelecem as relações familiares;

50. TOMADOR DO SEGURO

A pessoa, singular ou colectiva, que contrata com a Seguradora, sendo responsável pelo pagamento do Prémio;

51. 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;

52. UNIDADE DE SAÚDE

Estabelecimento legalmente autorizado que tenha por objecto a prestação de serviços médicos ou outros cuidados de saúde, abrangendo entidades com internamento, entidades generalistas para serviços de hospitalização e ambulatório e, ainda, entidades especializadas para serviços de ambulatório e meios complementares de diagnóstico e terapêutica independentemente da designação. Inclui Hospitais, Clínicas e Centros de meios complementares de diagnóstico e terapêutica;

53. UNIDADE HOSPITALAR

Estabelecimento legalmente autorizado a prestar serviços de cuidados de saúde, dispo de assistência médica, cirúrgica e de enfermagem permanente, abrangendo entidades com internamento, bloco operatório e sala de recobro.

CLÁUSULA 2 - OBJECTO DO CONTRATO

1. O presente contrato garante à Pessoa Segura, em caso de Doença manifestada ou Acidente ocorrido durante a sua vigência, um conjunto de coberturas no domínio dos cuidados de saúde que pode integrar, conjunta ou isoladamente, Prestações por Reembolso, Prestações na Rede e Serviços de Assistência, conforme definido nestas Condições Gerais, nas Condições Especiais e nas Condições Particulares aplicáveis.
2. O presente contrato de seguro não garante quaisquer despesas médicas ou medicamentosas reclamadas pelos serviços públicos de saúde ou por outro qualquer seguro ou subsistema de saúde de que a Pessoa Segura seja beneficiária.

CLÁUSULA 3 - BASE DO CONTRATO

A Proposta de Seguro, assinada pelo respectivo Tomador do Seguro, o Questionário Individual de Saúde de cada Pessoa Segura e, tratando-se de Seguro de Grupo, o Boletim de Adesão de cada Titular, bem como toda a documentação de carácter clínico necessária à aceitação por parte da Seguradora, constituem a base deste contrato e dele fazem parte integrante, determinando, em particular, o risco coberto.

CLÁUSULA 4 - ÂMBITO DAS GARANTIAS

1. QUANTO ÀS PESSOAS SEGURAS

São beneficiários das garantias conferidas pelo presente contrato as Pessoas Seguras identificadas nas Condições Particulares, após aceitação expressa por parte da Seguradora. A aceitação do seguro, relativamente a cada Pessoa Segura, concretiza-se através da emissão pela Seguradora do Cartão Fidelidade Saúde e, nos seguros de grupo, do Certificado Individual de Seguro, estando algumas das coberturas sujeitas a Períodos de Carência, a Franquias e a valores máximos indemnizáveis, de acordo com o previsto nas presentes Condições Gerais, nas Condições Especiais e Particulares da Apólice.



2. QUANTO AO 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:

- I. Internamento hospitalar;
- II. Emergências médicas em Moçambique;
- III. Parto normal, cesariana e interrupção involuntária de gravidez;
- IV. Ambulatório (Consultas, Exames e Tratamentos);
- V. Estomatologia;
- VI. Próteses e Ortóteses;
- VII. Medicamentos;
- VIII. Extensão à Rede Multicare (Portugal);
- IX. Extensão à Rede na África do Sul;
- X. Extensão à Rede na Índia;
- XI. Extensão ao Estrangeiro em Reembolso, excepto Estados Unidos da América e Canadá;
- XII. Medicina Preventiva (Check-Up).

As coberturas contratadas constam das Condições Particulares e/ou do Certificado Individual de Seguro.

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

3. QUANTO AO REGIME DAS PRESTAÇÕES

As garantias consignadas pelo presente contrato podem revestir a modalidade de Prestações na Rede, Prestações por Reembolso ou a modalidade mista de Prestações na Rede e de Prestações por Reembolso. Quando contratada a respectiva condição especial será aplicável, ainda, a modalidade de Acesso à Rede.

A modalidade contratada constará das respectivas Condições Especiais ou Particulares e/ou do Certificado Individual de Seguro.

3.1 Regime de Prestações na Rede

Nesta modalidade, a Seguradora garante à Pessoa Segura o acesso a um conjunto de serviços integrados na Rede, cujas condições de utilização se encontram previstas nestas Condições Gerais e nas Condições Especiais aplicáveis, nos termos e limites fixados nas Condições Particulares ou do Certificado Individual de Seguro.

O acesso a determinados serviços da Rede pode necessitar de Autorização. Quando a Pessoa Segura recorra aos referidos serviços, sem que tenha sido concedida a Autorização necessária, ou quando recorra a qualquer outro serviço sem se identificar com o seu Cartão Fidelidade Saúde, aplicar-se-á às despesas o regime de Prestações por Reembolso.

No regime de Prestações na Rede, a Pessoa Segura suporta o pagamento da Franquia indicada nas Condições Particulares. Quando, por indisponibilidade do sistema informático ou outro motivo devidamente fundamentado e não imputável à Pessoa Segura, não for possível o processamento, a Pessoa Segura suporta a despesa de saúde na totalidade e envia-a, posteriormente, à Seguradora, por forma a ser efectuado o respectivo pagamento, nos termos do regime de prestações na rede.

A informação sobre os prestadores que integram a Rede está disponível e permanentemente actualizada no sítio de internet da Seguradora. A pedido da Pessoa Segura será facultada uma lista desses mesmos prestadores em Moçambique.

3.2 Regime de Prestações por Reembolso

Nesta modalidade, a Seguradora garante o reembolso de despesas efectuadas pela Pessoa Segura com cuidados de saúde, junto de prestadores ou serviços integrados ou não na Rede, nos termos e limites fixados nestas Condições Gerais, nas Condições Especiais e nas Condições Particulares aplicáveis.

O reembolso efectuar-se-á de acordo com os seguintes critérios:

- a) Consultas médicas: a Seguradora reembolsará a Pessoa Segura do valor pago por cada consulta, até ao montante máximo indicado nas Condições Particulares;
- b) Em Portugal, desde que contratada a respectiva cobertura, o reembolso de Honorários Médicos poderá estar sujeito a parâmetros de valorização dos actos médico-cirúrgicos de acordo com a tabela de valores relativos estabelecidos pela Ordem dos Médicos no Código de Nomenclatura de Valores Relativos de Actos Médicos, até ao montante máximo indicado nas Condições Particulares ou no Certificado Individual de Seguro;
- c) Outras despesas: relativamente a todas as despesas garantidas pelo contrato e não incluídas nas alíneas a) e b), a Seguradora reembolsará a Pessoa Segura nos termos e limites fixados nas Condições Particulares.

3.3. Regime de 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 ou do Certificado Individual de Seguro.



CLÁUSULA 5 - EXCLUSÕES

Salvo convenção expressa em contrário, constante das Condições Particulares ou das Condições Especiais efectivamente contratadas, ficam excluídas do âmbito da cobertura do seguro as despesas decorrentes de:

1. Actos realizados por médicos e outros profissionais de saúde que sejam cônjuge, pais, filhos ou irmãos da Pessoa Segura;
2. Consequências de atraso injustificado ou negligência imputáveis ao prestador de cuidados de saúde ou à Pessoa Segura no recurso a assistência médica, ou da recusa ou inobservância de tratamentos que lhe tenham sido prescritos;
3. 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;
4. Assistência hospitalar por razões de carácter meramente social;
5. Correção de doenças ou malformações congénitas, excepto para recém-nascidos cuja pré-adesão for efectuada nos termos da alínea a) do n.º 2 da Cláusula 16;
6. Doenças, lesões ou deformações pré-existentes à data da celebração do contrato do seguro;
7. Utilização abusiva de medicamentos;
8. Alcoolismo e doenças resultantes do consumo de bebidas alcoólicas;
9. Utilização de estupefacientes e narcóticos quando não prescritos por Médico;
10. Tratamentos relacionados com a toxicodependência;
11. Patologias ou tratamentos relacionados, directa ou indirectamente, com infecção por vírus de imunodeficiência humana (HIV);
12. Tratamentos relacionados, directa ou indirectamente, com infecção por vírus da hepatite, exceptuando os resultantes da hepatite A;
13. Acidentes ou doenças provenientes de tentativa de suicídio ou automutilação, de participação em apostas ou desafios, intervenção em duelos e rixas ou da prática de actos dolosos ou gravemente culposos ou ilícitos por parte da Pessoa Segura;
14. Perturbações do foro da saúde mental, consequentes ou não de outra doença que careça de internamento, sessões de psicologia, psicanálise, psicoterapia, hipnose e terapia do sono;
15. Disfunções sexuais, excepto em consequência de doença garantida pela Apólice;
16. Tratamentos e/ou cirurgia para mudança de sexo;
17. Infertilidade e actos médicos praticados no âmbito da reprodução medicamente assistida nomeada, mas não exclusivamente, consultas, testes, tratamentos de fertilidade, métodos de fecundação artificial, fertilização in vitro ou procedimentos de transferência embrionária, bem como as consequências da aplicação dos mesmos, excepto em caso de risco de vida;
18. Métodos anticoncepcionais e de planeamento familiar bem como despesas efectuadas para reverter os efeitos de uma cirurgia de esterilização voluntariamente realizada;
19. Interrupção voluntária da gravidez, incluindo situações clínicas dela decorrentes;
20. Tratamentos e/ou cirurgia de regularização do peso, qualquer que seja o diagnóstico que origine a indicação para estas intervenções terapêuticas, ainda que decorrente de patologia associada a obesidade e a alterações metabólicas relacionadas;
21. Tratamentos ou cirurgias do foro estético, plástico ou reconstrutivo, desde que não tenham origem em acidente coberto pelo seguro ou não decorram de doença manifestada durante a vigência do contrato que os justifiquem;
22. Tratamentos de hemodiálise para patologia crónica;
23. Tratamentos cirúrgicos ou laser para correção de erros de refração da visão, nomeadamente em caso de miopia, astigmatismo e hipermetropia;
24. Intervenções cirúrgicas para correção da roncopatia, excepto em caso de apneia;
25. Transplantes e implantes incluindo todos os actos clínicos, actos laboratoriais e materiais necessários;
26. Consultas e tratamentos em áreas não reconhecidas pela Lei;
27. Tratamentos experimentais ou que necessitem de comprovação médica;
28. Acidentes e doenças com cobertura em seguros obrigatórios;
29. Acidentes de trabalho, acidentes em serviço e doenças profissionais;
30. Doenças infecto-contagiosas, quando em situação de epidemia declarada pelas autoridades competentes;
31. Doenças ou sequelas resultantes de radioactividade não terapêutica, e/ou da utilização de armas bacteriológicas e/ou de agentes químicos;
32. Acidentes emergentes de:
 - a. Participação em competições desportivas e respectivos treinos, quer como profissional quer como amador;
 - b. Prática de desportos terrestres motorizados; BTT; Artes marciais, luta e boxe; Pára-quedismo, incluindo a prática de queda livre, parapente e asa delta; Saltos ou saltos invertidos com mecanismo de suspensão corporal (bungee jumping); Tauromaquia e largadas de touros ou reses; Caça de animais ferozes ou que reconhecidamente sejam considerados perigosos; Hipismo; Moto náutica e esqui aquático; Desportos náuticos praticados sobre prancha; Descida de torrentes ou correntes originadas por desníveis nos cursos de água; Mergulho; Caça submarina; Desportos praticados sobre a neve e o gelo; Alpinismo e escalada; "slide" e "rappel"; espeleologia;
 - c. Cataclismos da natureza, actos de guerra, declarada ou não, de terrorismo, de sabotagem e de perturbações da ordem pública;



33. Tratamentos de enfermagem privados e/ou prestados no domicílio, bem como a realização domiciliária de quaisquer exames ou tratamentos (incluindo a fisioterapia);
34. Tratamentos termais e estadias em termas, sanatórios, lares, residências assistidas, casas de repouso, convalescença e cuidados continuados, centros de tratamento de toxicod dependência e/ou alcoolismo e outros estabelecimentos similares;
35. Ginástica, natação, massagens e outros similares, ainda que prescritos pelo Médico, excepto os que resultem de doença ou acidente enquadráveis nas garantias do contrato;
36. Despesas efectuadas por acompanhantes da Pessoa Segura, excepto em caso de internamento hospitalar de menores até aos catorze anos de idade ou de cidadãos portadores de deficiência congénita ou adquirida;
37. Despesas com deslocações e/ou alojamento;
38. Despesas com Serviços que não sejam clinicamente necessários, face ao quadro clínico da Pessoa Segura e de acordo com os protocolos e padrões reconhecidos pela comunidade médica.

CLÁUSULA 6 - ÂMBITO TERRITORIAL

Salvo convenção em contrário, expressa nas Condições Especiais ou nas Condições Particulares, o seguro só tem validade para os cuidados de saúde prestados em Moçambique.

CAPÍTULO II DECLARAÇÃO DO RISCO E INCUMPRIMENTO DO DEVER DE INFORMAÇÃO

CLÁUSULA 7 - DECLARAÇÃO INICIAL DO RISCO

1. O Tomador do Seguro e a Pessoa Segura estão obrigados, antes da celebração do contrato, a declarar com exactidão todas as circunstâncias que conheçam e razoavelmente devam ter por significativas para a apreciação do risco pela Seguradora. A inexactidão na declaração inicial do risco pode provocar a modificação ou a cessação do contrato.
2. O disposto no nº 1 é igualmente aplicável a circunstâncias cuja menção não seja solicitada em questionário fornecido pela Seguradora.
3. Cabe ao Tomador do Seguro ou segurado o ónus da prova quanto à exactidão e plenitude das informações prestadas.

CLÁUSULA 8 - INCUMPRIMENTO DO DEVER DE DECLARAÇÃO INICIAL DO RISCO

1. O incumprimento doloso do dever referido no n.º 1 da Cláusula 7 determina a nulidade do contrato, tendo a Seguradora direito ao correspondente Prémio.
2. Em caso de incumprimento com negligência do dever referido no n.º 1 da Cláusula 7, a Seguradora pode, mediante declaração a enviar ao Tomador do Seguro, no prazo de sessenta dias a contar do seu conhecimento:
 - a) Propor uma alteração do contrato, fixando um prazo, não inferior a trinta dias, para o envio da aceitação ou, caso a admita, da 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 inexactamente.
3. O contrato cessa os seus efeitos quinze dias após ter terminado o prazo referido na alínea a) do número anterior, sem que haja resposta do Tomador do Seguro, ou em igual prazo contado a partir do envio da comunicação de cessação prevista na alínea b) do número anterior.
4. No caso referido no número anterior, o Prémio é devolvido "pro rata temporis" atendendo à cobertura havida.
5. 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 inexactamente;
 - b) A Seguradora, demonstrando que, em caso algum, teria celebrado o contrato se tivesse conhecido o facto omitido ou declarado inexactamente, não cobre o Sinistro e fica apenas vinculada à devolução do Prémio.



CAPÍTULO III PAGAMENTO E ALTERAÇÃO DOS PRÉMIOS

CLÁUSULA 9 - PAGAMENTO DO PRÉMIO

1. O Prémio ou fracção inicial é devido na data da celebração do contrato. **A falta de pagamento do Prémio inicial ou da primeira fracção deste, na data de vencimento, determina a resolução automática do contrato a partir da data da sua celebração.**
2. Os Prémios ou fracções seguintes são devidos nas datas estabelecidas na Apólice.
3. A Seguradora avisará o Tomador do Seguro, por escrito, até 30 dias antes da data em que os Prémios ou fracções seguintes são devidos. Se, porém, tiver sido acordado o pagamento do Prémio em fracções com periodicidade igual ou inferior ao trimestre, a Seguradora pode optar por não enviar o referido aviso, fazendo, nesse caso, constar de documento contratual as datas de vencimento das fracções, os seus montantes e as consequências da falta de pagamento.
4. **A falta de pagamento do Prémio de uma anuidade subsequente ou da 1ª fracção deste na data em que é devido impede a prorrogação do contrato, pelo que este não se renovará. A falta de pagamento de qualquer outra fracção do Prémio na data em que é devida determina a resolução automática e imediata do contrato nessa mesma data.**
5. **A falta de pagamento, na data indicada no aviso, de um Prémio adicional, desde que este decorra de um pedido do Tomador do Seguro para alteração da garantia que não implique agravamento do risco, determinará que a alteração fique sem efeito, mantendo-se as condições contratuais em vigor anteriormente àquele pedido, a menos que a subsistência do contrato se revele impossível, caso em que se considera resolvido na data do vencimento do Prémio não pago.**
6. **A falta de pagamento, na data indicada no aviso, de um Prémio adicional resultante de uma modificação do contrato fundada num agravamento superveniente do risco, determina a resolução automática do contrato nessa data.**
7. As disposições dos números anteriores são aplicáveis ao pagamento dos Prémios ou fracções devidos por cada um dos aderentes ao Seguro de Grupo, quando este seguro seja contributivo e o Tomador do Seguro e a Seguradora hajam estabelecido que o respectivo pagamento seja efectuado à Seguradora pelo aderente.

CLÁUSULA 10 - 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.

CLÁUSULA 11 - ALTERAÇÃO DO PRÉMIO

1. Não havendo alteração no risco, qualquer alteração do Prémio aplicável ao contrato, que não decorra das regras previstas no mesmo, apenas poderá efectuar-se no vencimento anual seguinte, mediante aviso da Seguradora ao Tomador do Seguro, com uma antecedência mínima de 60 dias sobre a data da renovação do contrato.
2. No entanto, haverá lugar a alteração automática do Prémio do contrato, sem necessidade de qualquer comunicação prévia, 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.

CLÁUSULA 12 - ESTORNO DO PRÉMIO

Quando, por força de alteração ou cessação do contrato, houver lugar, nos termos legais, a Estorno do Prémio, este será calculado proporcionalmente ao tempo decorrido, ou seja, a Seguradora devolve ao Tomador do Seguro a parte proporcional do prémio correspondente ao período do risco não decorrido e deduzindo o custo da emissão da Apólice.



CAPÍTULO IV INÍCIO DE EFEITOS, DURAÇÃO E VICISSITUDES DO CONTRATO

CLÁUSULA 13 - 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. Tratando-se de Seguro de Grupo, as garantias do contrato entram em vigor, para cada Pessoa Segura, às zero horas do dia indicado no respectivo Certificado Individual de Seguro.
2. O contrato nos termos legais, 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 de Seguro ou da emissão do Cartão Fidelidade Saúde e respectivas Condições Particulares ou Certificado Individual de Seguro.
3. As Condições Particulares e os Certificados Individuais de Seguro identificam as coberturas sujeitas a Período de Carência, bem como as Franquias e os valores máximos indemnizáveis, de acordo com o previsto nas presentes Condições Gerais e nas Condições Especiais da Apólice.
4. O contrato pode ser celebrado por um ano a continuar pelos seguintes ou por um período certo e determinado, estando a sua duração definida nas Condições Particulares.
5. Quando o contrato for celebrado por um período inicial diferente de um ano, os seus efeitos cessam às 24 horas do último dia do referido período.
6. Quando o contrato for celebrado por um ano a continuar pelos seguintes, considera-se sucessivamente renovado, salvo se qualquer das partes o tiver denunciado, por escrito ou por outro meio do qual fique registo duradouro, com a antecedência mínima de 60 dias em relação ao termo da anuidade, ou se não for pago o Prémio da anuidade subsequente ou da primeira fracção deste.
7. Sem prejuízo do disposto nas cláusulas 17 e 26, 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 e encontrando-se apenas garantidas as prestações convencionadas ou as despesas efectuadas em cada ano de vigência do contrato.

CLÁUSULA 14 - INÍCIO E DURAÇÃO DAS GARANTIAS

1. Só podem ser admitidos os candidatos a Pessoas Seguras cuja idade respeite o limite definido para a subscrição e desde que tenham respondido ao Questionário Individual de Saúde.
2. As garantias do contrato entram em vigor após o decurso dos Períodos de Carência, indicados para cada cobertura nas Condições Especiais, nas Condições Particulares ou no Certificado Individual de Seguro, 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 15 - CARTÃO FIDELIDADE SAÚDE

1. Para recorrer aos serviços garantidos pelo presente contrato na Rede, a Pessoa Segura deve apresentar o seu Cartão Fidelidade Saúde e um documento de identificação com fotografia. Em caso de extravio do Cartão Fidelidade Saúde, a Pessoa Segura ou o Tomador do Seguro, devem comunicá-lo à Seguradora através do Serviço de Apoio ao Cliente, no prazo máximo de 48 horas, a fim de o mesmo ser anulado e proceder-se à emissão de um novo cartão.
2. O Cartão Fidelidade Saúde é propriedade da Seguradora e só pode ser utilizado pelo seu titular, nos termos e para os efeitos previstos no presente contrato.



CLÁUSULA 16 - ALTERAÇÕES AO CONTRATO

1. PELA SEGURADORA

Qualquer alteração de coberturas, capitais, Franquias, Períodos de Carência e Prémios para vigorar na anuidade seguinte, deverá ser comunicada pela Seguradora ao Tomador do Seguro com uma antecedência mínima de 60 dias em relação à data de vencimento do contrato. O Tomador do Seguro dispõe de um prazo de 30 dias, a contar da recepção, para aceitar ou recusar a proposta, prazo findo o qual se entende aprovada a modificação proposta, caso venha a ser pago o Prémio correspondente à anuidade subsequente ou à primeira fracção desta. Não sendo aceite a proposta pelo Tomador do Seguro, o contrato deverá ter-se por denunciado pela Seguradora, para o termo da anuidade em curso.

2. PELO TOMADOR DO SEGURO

As alterações ao contrato por iniciativa do Tomador do Seguro obedecem ao seguinte:

- a) A inclusão de Pessoas Seguras que integrem o Agregado Familiar é solicitada mediante comunicação à Seguradora, com preenchimento de Proposta e resposta ao 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 e sem exclusão de Doenças Pré-existentes e de Doenças e Malformações Congénitas, desde que seja efectuada uma pré-adesão até à 26ª semana de gravidez. Para aplicação destas condições, a adesão definitiva deve ser feita nos primeiros 30 dias de vida da criança, retroagindo à data do seu nascimento e mediante o preenchimento de Proposta e resposta ao Questionário Individual de Saúde;
- b) A exclusão de Pessoas Seguras é solicitada mediante comunicação à Seguradora, com uma antecedência mínima de 60 dias em relação à data de produção de efeitos. A Seguradora procederá ao Estorno do Prémio pago relativo ao período não decorrido;
- c) A alteração da titularidade 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 produção de efeitos, comunicação esta que deve incluir 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;
- d) A alteração do plano contratado é solicitada pelo Tomador do Seguro, mediante comunicação à Seguradora, com uma antecedência mínima de 90 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 17 - 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. A Pessoa Segura poderá, no caso de um 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.
5. 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.
6. A exclusão da Pessoa Segura prevista no antecedente número 5 não tem eficácia retroactiva e deve ser exercida, por declaração escrita da Seguradora, produzindo efeitos imediatos.

CLÁUSULA 18 - CADUCIDADE DO CONTRATO

1. O contrato de seguro caduca automaticamente na data do seu termo, tratando-se de seguro celebrado por um período de tempo 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 em que a Pessoa Segura deixe de reunir as condições de elegibilidade que lhe permitiram integrar o grupo seguro;
 - b) No termo da anuidade em que a Pessoa Segura completar a idade limite estabelecida pelo Segurador 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 ser considerado economicamente dependente.



CAPÍTULO V PRESTAÇÃO PRINCIPAL DA SEGURADORA

CLÁUSULA 19 - VALORES SEGUROS E FRANQUIAS

1. Os valores máximos garantidos por esta Apólice, assim como as Franquias contratadas, constam das Condições Particulares e/ou do Certificado Individual de Seguro e vigoram em cada anuidade do contrato.
2. Para cálculo dos limites dos capitais garantidos concorrem os valores de despesas suportadas pela Seguradora, quer na modalidade de Prestações na Rede, quer na modalidade de Prestações por Reembolso.
3. A Seguradora garante à Pessoa Segura o pagamento das despesas efectuadas, até ao limite contratado, em cada período de vigência do contrato.
4. Salvo convenção em contrário, expressa nas Condições Particulares ou no Certificado Individual de Seguro, nas situações de acerto de vencimento, os valores garantidos são proporcionais ao tempo em risco.

CLÁUSULA 20 - SUB-ROGAÇÃO

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

CLÁUSULA 21 - 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 22 - COEXISTÊNCIA DE CONTRATOS

Existindo à data do Sinistro mais do que um contrato de seguro, garantindo os mesmos riscos, assiste ao segurado, nos termos previstos na lei, o direito de escolher a Seguradora que pretenda que satisfaça a prestação devida, nos limites da respectiva Autorização.

CAPÍTULO VI OBRIGAÇÕES E DIREITOS DAS PARTES

CLÁUSULA 23 - 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 ela designados, cessando a responsabilidade da mesma 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 60 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 24 - ÓNUS DA PROVA

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

CLÁUSULA 25 - 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 Fidelidade Saúde referido na cláusula 15, bem como disponibilizar informações sobre os serviços da Rede;
- b) Analisar com prontidão e diligência os pedidos de Autorização;
- c) Proceder ao reembolso das prestações de acordo com o estipulado nas Condições Particulares e dentro do prazo previsto no regime legal em vigor.

CLÁUSULA 26 - RESPONSABILIDADE DA SEGURADORA EM CASO DE NÃO RENOVAÇÃO DO CONTRATO

1. Em caso de não renovação do contrato ou tratando-se de Seguro de Grupo, em caso de não renovação da adesão da Pessoa Segura, a Seguradora fica, pelo período de um ano e até que se mostre esgotado o Capital Seguro disponível na anuidade em que o contrato ou a adesão, tratando-se de Seguro de Grupo, cessar a sua vigência, com a obrigação de efectuar as prestações contratualmente devidas, em consequência de Doenças manifestadas ou Acidentes ocorridos durante o período de vigência da Apólice, desde que cobertos pela mesma.
2. Para efeitos do disposto no número anterior, a Seguradora deve ser informada da doença nos 30 dias imediatos ao termo do contrato, salvo justo impedimento.
3. Em caso de não renovação do contrato ou da cobertura, as autorizações emitidas e ainda não utilizadas caducam automaticamente na data do termo do mesmo, sem prejuízo do estabelecido nos números anteriores da presente cláusula.

CAPÍTULO VII DISPOSIÇÕES DIVERSAS

CLÁUSULA 27 - COMUNICAÇÕES E NOTIFICAÇÕES ENTRE AS PARTES

1. As comunicações e notificações do Tomador do Seguro e da Pessoa Segura previstas nesta Apólice consideram-se válidas e plenamente eficazes caso sejam efectuadas por escrito ou por outro meio do qual fique registo duradouro para a sede social da Seguradora.
2. A alteração de morada ou de sede do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura, deve ser comunicada à Seguradora nos 30 dias subsequentes à data em que se verifiquem, sob pena das comunicações ou notificações que a Seguradora venha a efectuar para a morada desactualizada se terem por válidas e eficazes.
3. As comunicações e notificações da Seguradora, previstas nesta Apólice, consideram-se válidas e plenamente eficazes caso sejam efectuadas por escrito ou por outro meio do qual fique registo duradouro, para a última morada do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura constante do contrato, ou entretanto comunicada nos termos previstos no número anterior.



CLÁUSULA 28 - EFICÁCIA EM RELAÇÃO A TERCEIROS

As exceções, 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 29 - LEI APLICÁVEL

A lei aplicável ao presente contrato é Lei Moçambicana.

CLÁUSULA 30 - RECLAMAÇÕES

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

CLÁUSULA 31 - ARBITRAGEM

Todas as divergências que possam surgir em relação à validade, interpretação, execução e incumprimento deste contrato de seguro podem, por acordo das partes, ser resolvidas por meio de arbitragem, nos termos da Lei em vigor.

CLÁUSULA 32 - FORO COMPETENTE

O foro competente para dirimir qualquer litígio emergente deste contrato é o fixado na lei civil.



Ligue Grátis

800 800 088
fidelidade.co.mz

Fidelidade - Companhia Seguros S.A. - Não Vida
Nuit: 400551847 • Nuel: 1005 28878
Sede: Rua 1393, nº 47, Bairro Polana - Maputo
Fundo de Estabelecimento: 767.500.000,00 MZN

Serviço de Apoio ao Cliente (24h - 365 dias)
Moçambique. +258 21 489 784
Estrangeiro. +351 217 948 784
E. apoioclientesaude@fidelidade.co.mz



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.

As Condições Especiais contratadas encontram-se indicadas nas Condições Particulares.

CONDICÃO ESPECIAL INTERNAMENTO HOSPITALAR

1. COBERTURA

A presente Condição Especial garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, o pagamento de despesas adiante indicadas, efectuadas com actos de diagnóstico ou terapêutica, cuja realização requeira os meios e serviços específicos de Ambiente Hospitalar, 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, recobro, unidade de cuidados intensivos e equipamentos) ainda que realizadas em regime de admissão e alta no mesmo dia (Cirurgia em Ambiente Hospitalar Sem Internamento);
- 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 osteossíntese 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:
- Decorrentes da realização de Pequena Cirurgia, qualquer que seja o período de permanência na Unidade Hospitalar;
- Decorrentes de parto normal, cesariana e interrupção involuntária da gravidez;
- Efectuadas por acompanhantes da Pessoa Segura, excepto em caso de internamento hospitalar de menores até aos catorze anos de idade ou de cidadãos portadores de deficiência congénita ou adquirida;
- De natureza particular.

3. REGIME DE PRESTAÇÕES

As coberturas desta Condição Especial são garantidas no regime de Prestações na Rede e/ou no regime de Prestações por Reembolso, conforme definido nas Condições Particulares ou no Certificado Individual de Seguro. **A prestação em rede carece sempre de Autorização da Seguradora.**



II CONDIÇÃO ESPECIAL EMERGÊNCIAS MÉDICAS EM MOÇAMBIQUE

1. ÂMBITO DA COBERTURA

Ao abrigo da presente Condição Especial são garantidas as coberturas adiante indicadas, as quais apenas são accionáveis caso se verifique uma situação de emergência médica em Moçambique, a saber:

A. 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.

B. 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 cobertura fica, pois, limitada à responsabilidade decorrente deste tipo de acto médico nas circunstâncias não presenciais em que é praticado.

C. TRANSPORTE DE URGÊNCIA DA PESSOA SEGURA PARA UNIDADE HOSPITALAR APROPRIADA

A Seguradora garante, sempre que o estado de saúde da Pessoa Segura o justifique, o direito a:

- Transporte de urgência pelo meio adequado até à Unidade Hospitalar mais próxima;
- Transporte desde a Unidade Hospitalar em que se encontre internada para outra Unidade Hospitalar que lhe seja indicada;
- Transporte de regresso ao seu domicílio habitual, após alta médica.

Caso a Pessoa Segura deva ser transportada para fora da Província da sua residência, para ser internada numa Unidade Hospitalar, a Seguradora garante o pagamento das despesas de transporte de um seu familiar (viagem de ida e volta) para a acompanhar, bem como as despesas de alojamento no hospital, ou noutro local caso não seja possível ficar alojado no próprio hospital. As despesas de alojamento têm um limite máximo diário de 4.500,00 MZN e um limite máximo por anuidade de 45.000,00 MZN.

D. EVACUAÇÃO DE EMERGÊNCIA PARA O ESTRANGEIRO

Se a Pessoa Segura necessitar de tratamento que não possa ser prestado em Unidade Hospitalar em Moçambique, a Seguradora providenciará a sua transferência, pelo meio adequado, para Unidade Hospitalar em Portugal ou África do Sul, onde possam ser prestados os cuidados médicos necessários. Cada evacuação será decidida e supervisionada pela equipa médica da Seguradora. Fica ainda garantido o pagamento das despesas de transporte de um seu familiar (viagem de ida e volta) para a acompanhar, bem como as despesas de alojamento no hospital, ou noutro local caso não seja possível ficar alojado no próprio hospital. As despesas de alojamento têm um limite máximo diário de 7.500,00 MZN e um limite máximo por anuidade de 75.000,00 MZN.

E. REPATRIAMENTO DA PESSOA SEGURA DOENTE OU DOS SEUS RESTOS MORTAIS PARA MOÇAMBIQUE

Se a Pessoa Segura tiver sido transportada para o estrangeiro, ao abrigo da garantia de transporte sanitário, a Seguradora garantirá o seu repatriamento para Moçambique, quando tal for clinicamente aconselhável ou caso faleça em consequência da Doença que deu origem ao referido transporte.

2. EXCLUSÕES

Estão expressamente excluídas as despesas de tratamento.

3. REGIME DE PRESTAÇÕES

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



III

CONDIÇÃO ESPECIAL PARTO NORMAL, CESARIANA E INTERRUPTÃO INVOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ

1. COBERTURA

A presente Condição Especial garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, o pagamento das despesas efectuadas 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, nomeadamente:

- Acomodação e utilização das infra-estruturas necessárias para a realização dos actos médicos (diárias, bloco operatório, recobro e equipamentos);
- Honorários médicos e de enfermagem relacionados com a assistência prestada;
- Materiais e todos os produtos associados aos cuidados prestados;
- Exames auxiliares de diagnóstico da Pessoa Segura efectuados durante o período de internamento;
- Medicamentos ministrados à Pessoa Segura durante o internamento hospitalar.

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 à 26ª semana 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:

- Despesas de natureza particular;
- Despesas com acompanhantes.

3. REGIME DE PRESTAÇÕES

As coberturas desta Condição Especial são garantidas no regime de Prestações na Rede e/ou no regime de Prestações por Reembolso, conforme definido nas Condições Particulares ou no Certificado Individual de Seguro. A prestação em rede carece sempre de Autorização da Seguradora.

IV

CONDIÇÃO ESPECIAL AMBULATORIO (Consultas, Exames e Tratamentos)

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 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:

- Honorários de consultas médicas;
- Honorários médicos e de enfermagem relativos a outros actos médicos realizados em regime ambulatorio, incluindo a Pequena Cirurgia;
- Materiais e produtos associados aos actos médicos realizados em regime ambulatorio;
- Exames auxiliares de diagnóstico;
- Tratamentos do foro da medicina física e de reabilitação, incluindo terapia da fala, desde que prescritos por médico.

2. EXCLUSÕES

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

- Despesas decorrentes de cirurgia realizada em ambiente hospitalar, conforme definido na Condição Especial "Internamento Hospitalar";
- Consultas, tratamentos, cirurgia e Próteses e Ortóteses do foro estomatológico;
- Exercícios de ortóptica excepto se prescrito por médico da especialidade;
- Próteses e Ortóteses;
- Medicamentos.



3. REGIME DE PRESTAÇÕES

As coberturas desta Condição Especial são garantidas no regime de Prestações na Rede e/ou no regime de Prestações por Reembolso, conforme definido nas Condições Particulares ou no Certificado Individual de Seguro.

O acesso aos serviços de Rede 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) Serviços especiais de Neurofisiologia;
- b) Exames auxiliares de diagnóstico de genética;
- c) Meios invasivos de diagnóstico e/ou terapêutica.

3.3 Tratamentos:

- a) Tratamentos cirúrgicos em Ambulatório;
- b) Medicina Física e de Reabilitação;
- c) Laserterapia;
- d) Ultra-sons.

4. Quaisquer outras consultas e meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica que o Segurador defina, em cada momento, no seu sítio da Internet, como carecendo de autorização.

V CONDIÇÃO ESPECIAL ESTOMATOLOGIA

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 diagnóstico ou terapêutica, do foro estomatológico.

Ficam abrangidas por esta Condição Especial as despesas efectuadas com:

- a) Honorários médicos;
- b) Exames auxiliares de diagnóstico;
- c) Próteses estomatológicas, exceptuando próteses sobre implantes;
- d) Materiais e todos os produtos associados aos actos médicos realizados;
- e) Acomodação e utilização das infra-estruturas necessárias para a realização dos actos médicos realizados em Ambiente Hospitalar (diárias, bloco operatório, recobro e equipamentos);
- f) 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 (incluindo imagiologia específica) e consultas de controlo;
- 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) Implantes do foro estomatológico, incluindo todos os actos clínicos e laboratoriais necessários, nomeadamente a fase de regeneração óssea pré-protética, a fase cirúrgica (colocação de Implante dentário e Implante dentário "per si") e fase protética (coroa sobre Implante) incluindo sistema de conexão (magnético, cimentado ou aparafusado).



3. PROCEDIMENTOS:

Para efeito das coberturas garantidas pela presente Condição Especial, a primeira consulta desta especialidade efectuada na Rede Médica inclui um registo da situação clínica por cada Pessoa Segura e a elaboração de uma ficha de observação para arquivo clínico da Seguradora.

4. REGIME DE PRESTAÇÕES

As coberturas desta Condição Especial são garantidas no regime de Prestações na Rede e/ou no regime de Prestações por Reembolso, conforme definido nas Condições Particulares ou no Certificado Individual de Seguro.

VI CONDIÇÃO ESPECIAL PRÓTESES E ORTÓTESES

1. COBERTURA

A presente Condição Especial garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, o pagamento de despesas efectuadas com Próteses ou Ortóteses, desde que prescritas por um médico da especialidade ou optometrista.

2. EXCLUSÕES

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

- Próteses do foro estomatológico;
- Testes optométricos;
- Cintas medicinais, meias elásticas e colchões ortopédicos;
- Aquisição ou aluguer de equipamentos;
- Calçado ortopédico, incluindo as correcções no calçado ortopédico;
- Aquisição isolada de aros oculares;
- Extravio, furto, roubo ou quebra de Ortóteses oculares.

3. PROCEDIMENTOS

Relativamente a Ortóteses do foro oftalmológico, as coberturas garantidas pela presente Condição Especial dependem dos seguintes procedimentos:

- 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;
- Os aros oculares só são comparticipáveis quando adquiridos em conjunto com as lentes oculares, desde que estas sejam também comparticipáveis;
- 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;
- 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;
- Não serão 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 por Reembolso.

Quando expressamente contratado é garantido à Pessoa Segura em regime de Prestações na Rede de Ópticas, nas despesas efectuadas no âmbito dos modelos contratados para Aros e Lentes, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares ou no Certificado Individual de Seguro.

As Prestações na Rede carecem de autorização prévia.



VII CONDIÇÃO ESPECIAL MEDICAMENTOS

1. COBERTURA

A presente Condição Especial garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, o pagamento de despesas efectuadas com medicamentos, que como tal se encontrem classificados pela autoridade competente, 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:

- Champôs, sabonetes, pastas medicinais e similares;
- Produtos de estética, cosmética e higiene;
- Produtos dietéticos, homeopáticos ou manipulados;
- Anticoncepcionais e dispositivos intra-uterinos;
- Vacinas, com excepção das do foro alergológico;
- Alimentação infantil;
- Artigos sanitários e anti-sépticos;
- Material de penso;
- Produtos para tratamento da obesidade.

3. REGIME DE PRESTAÇÕES

As coberturas desta Condição Especial são garantidas no regime de Prestações por Reembolso e, quando expressamente contratado, no regime de Prestações na Rede nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares ou no Certificado Individual de Seguro.

As Prestações na Rede carecem de autorização prévia.

VIII CONDIÇÃO ESPECIAL EXTENSÃO À REDE FORA DE MOÇAMBIQUE

1. COBERTURA

A presente Condição Especial garante à Pessoa Segura o pagamento de despesas com cuidados de saúde efectuadas na Rede Médica fora de Moçambique, nos termos e limites das coberturas contratadas e que, para o efeito, constem nas Condições Particulares.

2. REGIME DE PRESTAÇÕES

As coberturas de Internamento Hospitalar e Parto Normal, Cesariana e Interrupção Involuntária da Gravidez desta Condição Especial são garantidas no regime de prestações na Rede. As restantes coberturas são garantidas em regime de reembolso de despesas, desde que as mesmas tenham sido realizadas na Rede existente fora de Moçambique a preços convencionados, estando garantido à Pessoa Segura o direito de acesso à Rede.

3. EXCLUSÕES

Estão excluídas as despesas de deslocação e estadia.



IX CONDIÇÃO ESPECIAL EXTENSÃO AO ESTRANGEIRO EM REEMBOLSO, EXCEPTO EUA E CANADÁ

1. COBERTURA

A presente Condição Especial garante à Pessoa Segura o reembolso de despesas com cuidados de saúde, nos termos e limites das coberturas contratadas e que, para o efeito, constem nas Condições Particulares:

- Em Portugal - despesas relativas a coberturas não disponíveis na Rede Multicare (Medicamentos e Próteses e Ortóteses não oftalmológicas);
- Nos restantes países (excepto EUA e Canadá) - despesas enquadráveis nas restantes coberturas do contrato.

2. REGIME DE PRESTAÇÕES

Esta cobertura funciona no regime de prestações por reembolso.

3. EXCLUSÕES

Estão excluídas as despesas:

- de deslocação e estadia;
- realizadas nos Estados Unidos da América (EUA) e Canadá.

X CONDIÇÃO ESPECIAL MEDICINA PREVENTIVA (Check-up)

1. COBERTURA

A presente Condição Especial garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, a realização de exames de saúde pela Pessoa Segura. A periodicidade de realização dos exames consta da Apólice.

2. REGIME DE PRESTAÇÕES

A cobertura desta Condição Especial é garantida exclusivamente no regime de prestações na rede e carece de autorização, emitida e enviada pela Seguradora.

