

Cláusula Preliminar

1. Entre a GNB - Companhia de Seguros, S.A., adiante designada por Segurador, e o Tomador do Seguro mencionado nas Condições Particulares, estabelece-se um Contrato de Seguro que se regula pelas Condições Gerais, Especiais e Particulares desta Apólice, de harmonia com as declarações constantes da proposta que lhe serviu de base e da qual faz parte integrante.
2. A individualização do presente contrato é efetuada nas Condições Particulares, com, entre outros, a identificação das partes e do respetivo domicílio, os dados do segurado, os dados do representante do segurador para efeito dos sinistros, e a determinação do prémio ou a fórmula do respetivo cálculo.
3. Compõem ainda o presente contrato, além das Condições previstas nos números anteriores e que constituem a apólice, as mensagens publicitárias concretas e objetivas que contrariem cláusulas da apólice, salvo se estas forem mais favoráveis ao Tomador do Seguro, ao Segurado ou ao Beneficiário.
4. Não se aplica o previsto no número anterior relativamente às mensagens publicitárias cujo fim de emissão tenha ocorrido há mais de um ano em relação à celebração do contrato, ou quando as próprias mensagens fixem um período de vigência e o contrato tenha sido celebrado fora desse período.

Capítulo I - Definições, Objeto e Garantias do Contrato, Âmbito Territorial e Exclusões Gerais

Cláusula 1ª – Definições

Para efeitos do presente Contrato entende-se por:

a) Partes Envolvidas no Contrato

» **Segurador:** a GNB - Companhia de Seguros, S.A., adiante designada por Segurador, entidade legalmente autorizada para a exploração do seguro facultativo de doença, que subscreve o presente Contrato.

» **Tomador do Seguro:** a pessoa ou entidade que contrata com o Segurador, sendo responsável pelo pagamento dos prémios.

» **Agregado Familiar:** considera-se agregado familiar o cônjuge ou equiparado do Tomador do Seguro, respetivos filhos, enteados e adotados, e ascendentes, desde que com eles vivam em comunhão de mesa e habitação. Só são considerados os filhos desde que não tenham completado 25 anos, não exerçam profissão remunerada, nem tenham contraído matrimónio.

» **Pessoa Segura:** pessoa designada nas Condições Particulares, residente em Portugal, no interesse da qual o Contrato é celebrado.

» **Administrador do Plano de Saúde:** organização que constitui e mantém a Rede de Prestadores e que procede à gestão das prestações devidas pelo Contrato, em nome e por conta do Segurador, a seguir denominada Administrador.

b) Documentos Contratuais

» **Apólice:** documento que titula o Contrato de seguro, de onde constam as respetivas Condições Gerais, Especiais, se as houver, e Particulares acordadas.

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

» **Condições Especiais:** conjunto de cláusulas que visam esclarecer, completar ou especificar disposições das Condições Gerais.

» **Condições Particulares:** documento onde se encontram os elementos específicos e individuais do Contrato, que o distinguem de todos os outros.

» **Proposta:** o(s) documento(s) subscrito(s) pelo Tomador do Seguro e pelas Pessoas Seguras que contém(êm) as informações necessárias à aceitação do seguro pelo Segurador e que faz(em) parte integrante da Apólice.

c) Valores do Seguro

» **Prémio:** importância devida pelo Tomador do Seguro ao Segurador como contrapartida das garantias cobertas pela Apólice. Dessa importância fazem parte integrante todos os encargos, cargas e taxas fiscais e para-fiscais, impostas por lei.

» **Limite Anual de Responsabilidade:** valor máximo a cargo do Segurador nas despesas médicas garantidas pela Apólice, por Pessoa Segura e por anuidade.

» **Comparticipação:** Percentagem das despesas médicas garantidas pela Apólice a cargo do Segurador.

» **Franquia:** Montante que em caso de sinistro, o Tomador do Seguro/Pessoa Segura tem a seu cargo, em função da cobertura e cujo valor se encontra estipulado nas Condições Particulares.

» **Limite por Despesa Médica:** Valor máximo por despesa médica comparticipada pelo Segurador, após dedução de franquia, quando aplicável.

d) Garantias

» **Sinistro:** o evento ou série de eventos resultantes de uma mesma causa suscetível de fazer funcionar as garantias do Contrato.

» **Acidente:** o acontecimento fortuito, súbito e anormal, devido a causa exterior e alheia à vontade da Pessoa Segura, que lhe provoque uma lesão corporal.

» **Urgência:** Considera-se tratamento de urgência aquele que deva ser efetuado no prazo máximo de 48 horas após o sinistro.

» **Consulta de Urgência:** Considera-se consulta de urgência aquela efetuada através do serviço de urgências ou serviços de atendimento Permanente de um Prestador.

» **Cirurgia Eletiva:** Cirurgia programada, independentemente da origem da indicação operatória (decorrente de consulta de rotina ou de urgência).

» **Cirurgia de Urgência:** Cirurgia realizada no decorrer de episódio de urgência.

» **Doença:** A alteração do estado de saúde, estranha à vontade da Pessoa Segura e não causada por acidente, que se revele

por sinais ou sintomas manifestos e seja reconhecida como tal pelo médico.

» **Doença Manifestada:** Toda a doença que tenha sido objeto de um diagnóstico inequívoco ou que, com suficiente grau de evidência, se haja revelado.

» **Doença Súbita:** Toda a doença que requeira tratamento de urgência em hospital, quer em regime de internamento, quer em regime ambulatorio.

» **Despesa Médica:** A despesa realizada pela Pessoa Segura para aquisição de serviços clinicamente necessários, desde que prescritos ou realizados por médico.

» **Serviços Clinicamente Necessários:** Bens, serviços ou cuidados de saúde clinicamente aceites pelo Segurador ou pelo Administrador, e:

- Necessários para o tratamento de uma situação de doença, ou acidente da Pessoa Segura;
- Adequados à situação diagnosticada;
- De reconhecida validade clínica e consistentes com o quadro clínico do doente, de acordo com os protocolos e padrões reconhecidos pela comunidade médica;
- Prescritos e/ou realizados por médico ou outros profissionais de saúde;
- Prestados da forma mais eficiente em termos de custo e mais adequada ao tipo de serviço a prestar;
- Cujo principal objetivo não seja o conforto ou conveniência da Pessoa Segura, da sua família e do médico ou outros prestadores de cuidados de saúde;
- Cujo local de prestação – domicílio da Pessoa Segura, consultório médico, centro de cuidados ambulatorios, hospital, em regime de ambulatorio ou em regime de internamento – seja o mais adequado à situação diagnosticada.

» **Período de Carência:** Prazo que decorre entre a data de inclusão de cada pessoa na Apólice e a data de entrada em vigor das garantias.

» **Prestadores de Serviços Clínicos:** médicos, hospitais, centros de diagnóstico ou outros prestadores que prestam serviços clínicos às Pessoas Seguras.

» **Rede de Prestadores:** os prestadores de serviços clínicos que tenham celebrado acordo de prestação de serviços com o Administrador.

» **Hospital:** O estabelecimento público ou privado, legalmente reconhecido, qualquer que seja a sua designação (nomeadamente as de hospital ou clínica), que disponha de assistência médica, cirúrgica e/ou de enfermagem.

Excluem-se, expressamente, casas de repouso e de convalescença, bem como termas, sanatórios, lares de terceira idade, centros de tratamento de toxicodependentes e alcoólicos e outras instituições similares.

» **Médico:** O licenciado por uma Faculdade de Medicina, legalmente autorizado a exercer a sua profissão no país onde o ato médico tiver lugar e inscrito na Ordem dos Médicos ou organismo equivalente nesse país.

» **Prestações Convencionadas:** bens, serviços ou cuidados de saúde realizados na Rede de Prestadores. O Administrador assegura o pagamento direto aos prestadores da comparticipação do Segurador nas despesas médicas com Prestações Convencionadas.

» **Pré-Autorização:** A aprovação dada pelos serviços clínicos do Administrador, solicitados pelas Pessoas Seguras, que lhes permite o acesso aos cuidados de saúde previstos no presente contrato.

» **Código de Nomenclatura e Valores Relativos de Atos Médicos:** Tabela oficial publicada pela Ordem dos Médicos, que inclui todas as intervenções cirúrgicas, valorizadas em números de “k” (tantos mais “k” quanto maior a complexidade da cirurgia efetuada).

Cláusula 2ª - Objeto e Garantias do Contrato

1. Salvo disposição em contrário constante nas Condições Especiais o Contrato de seguro tem por objeto garantir às Pessoas Seguras as prestações convencionadas dentro da Rede de Prestadores, em consequência de doença manifestada ou acidente ocorrido durante a vigência do Contrato, nos termos das Condições Gerais, Especiais e Particulares.

2. O presente Contrato de seguro inclui as garantias que expressamente forem contratadas, de acordo com o mencionado nas Condições Particulares.

Cláusula 3ª – Âmbito Territorial

As garantias são válidas apenas em Portugal.

Cláusula 4ª - Exclusões Gerais

O presente Contrato nunca garante o pagamento de quaisquer prestações decorrentes de:

- Cirurgias e/ou tratamentos destinadas à correção de malformações congénitas, exceto quando digam respeito a crianças nascidas durante a vigência do Contrato e incluídas antes de completarem 60 dias de idade;
- Doenças crónicas do foro psíquico, ficando todas as outras doenças do mesmo foro sujeitas aos seguintes limites máximos, sem prejuízo dos restantes limites fixados nas Condições Particulares:
 - Internamento hospitalar: 15 dias por anuidade;
- Cirurgia estética ou plástica, exceto quando consequência de acidente ocorrido ou doença manifestada durante a vigência deste Contrato;
- Exames/tratamentos ou cirurgias de obesidade (incluindo obesidade mórbida);
- Exames/tratamentos ou cirurgias de rejuvenescimento ou qualquer outro tratamento de carácter predominantemente estético;
- Testes e tratamentos relativos a infertilidade ou inseminação artificial;
- Despesas com medicamentos, tratamentos ou intervenções cirúrgicas com finalidade contraceptiva;

8. Hemodiálise;
9. Transplante de órgãos e tecidos;
10. Infeção por HIV e suas implicações;
11. Check-up e exames gerais de saúde;
12. Alcoolismo e tratamentos relativos a toxicod dependência, bem como todas as doenças ou lesões adquiridas pela Pessoa Segura por ter consumido ou agido sob influência de álcool, estupefacientes, outras drogas ou produtos tóxicos, quando não prescritos por receita médica;
13. Acidentes ocorridos durante a participação em competições desportivas com veículos a motor ou nos respetivos treinos;
14. Prática profissional de desportos;
15. Acidentes ocorridos e doenças contraídas por força de calamidades naturais de tipo catastrófico, durante revoluções ou devido à existência de um estado de guerra, declarado ou não;
16. Lesões ou doenças provocadas por radioatividade;
17. Doenças infetocontagiosas, quando em situação de epidemia declaradas pelas autoridades de saúde;
18. Despesas realizadas com médicos que sejam cônjuge, pais, filhos ou irmãos das Pessoas Seguras. Ficam ainda excluídas as despesas prescritas por um Médico para si próprio;
19. Doenças profissionais e acidentes de trabalho;
20. Despesas com Acupunctura, Homeopatia, Naturopatia ou qualquer outro tipo de medicinas alternativas, não reconhecidas oficialmente pela Ordem dos Médicos portuguesa;
21. Despesas com outros serviços que não são clinicamente necessários;
22. Despesas de saúde e internamento, quando os tratamentos a realizar tenham finalidade clínica de convalescença, reabilitação psico-motora, recuperação ou motivos sociais, nomeadamente os designados por cuidados continuados / paliativos, de acordo com o estado de saúde da Pessoa Segura;
23. Cirurgia destinada à roncopatia;
24. Novas técnicas e/ou tecnologias, cuja evidência de eficácia clínica, não esteja ainda devidamente comprovada e/ou difundida a pelo menos dois prestadores em Portugal.

Capítulo II - Declaração do Risco, Inicial e Superveniente

Cláusula 5ª - Dever de Declaração Inicial do Risco

1. O Tomador do Seguro ou o Segurado está obrigado, antes da celebração do contrato, a declarar com exatidão todas as circunstâncias que conheça e razoavelmente deva ter por significativas para a apreciação do risco pelo Segurador.

2. O disposto no número anterior é igualmente aplicável a circunstâncias cuja menção não seja solicitada em questionário eventualmente fornecido pelo Segurador para o efeito.
3. O Segurador que tenha aceite o contrato, salvo havendo dolo do Tomador do Seguro ou do Segurado com o propósito de obter uma vantagem, não pode prevalecer-se:
 - a) Da omissão de resposta a pergunta do ...questionário;
 - b) De resposta imprecisa a questão formulada em ...termos demasiado genéricos;
 - c) De incoerência ou contradição evidente nas ...respostas ao questionário;
 - d) De facto que o seu representante, aquando da ...celebração do contrato, saiba ser inexato ou, ...tendo sido omitido, conheça;
 - e) De circunstâncias conhecidas do Segurador, em ...especial quando são públicas e notórias.
4. O Segurador, antes da celebração do contrato, deve esclarecer o eventual Tomador do Seguro ou o Segurado acerca do dever referido no n.º 1, bem como do regime do seu incumprimento, sob pena de incorrer em responsabilidade civil, nos termos gerais.

Cláusula 6ª - Incumprimento Doloso do Dever de Declaração Inicial do Risco

1. Em caso de incumprimento doloso do dever referido no n.º 1 da cláusula anterior, o contrato é anulável mediante declaração enviada pelo Segurador ao Tomador do Seguro.
2. Não tendo ocorrido sinistro, a declaração referida no número anterior deve ser enviada no prazo de três meses a contar do conhecimento daquele incumprimento.
3. O Segurador não está obrigado a cobrir o sinistro que ocorra antes de ter tido conhecimento do incumprimento doloso referido no n.º 1 ou no decurso do prazo previsto no número anterior, seguindo-se o regime geral da anulabilidade.
4. O Segurador tem direito ao prémio devido até ao final do prazo referido no n.º 2, salvo se tiver concorrido dolo ou negligência grosseira do Segurador ou do seu representante.
5. Em caso de dolo do Tomador do Seguro ou do Segurado com o propósito de obter uma vantagem, o prémio é devido até ao termo do contrato.

Cláusula 7ª – Incumprimento Negligente do Dever de Declaração Inicial do Risco

1. Em caso de incumprimento com negligência do dever referido no n.º 1 da cláusula 5ª, o Segurador pode, mediante declaração a enviar ao Tomador do Seguro, no prazo de três meses a contar do seu conhecimento:

- a) Propor uma alteração do contrato, fixando um prazo, não inferior a 14 dias, para o envio da aceitação ou, caso a admita, 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 inexatamente.
2. O contrato cessa os seus efeitos 30 dias após o envio da declaração de cessação ou 20 dias após a receção pelo Tomador do Seguro da proposta de alteração, caso este nada responda ou a rejeite.
 3. No caso referido no número anterior, o prémio é devolvido pro-rata temporis atendendo à cobertura havida.
 4. Se, antes da cessação ou da alteração do contrato, ocorrer um sinistro cuja verificação ou consequências tenham sido influenciadas por facto relativamente ao qual tenha havido omissões ou inexatidões negligentes:
 - a) O Segurador cobre o sinistro na proporção da diferença entre o prémio pago e o prémio que seria devido, caso, aquando da celebração do contrato, tivesse conhecido o facto omitido ou declarado inexatamente;
 - b) O Segurador, demonstrando que, em caso algum, teria celebrado o contrato se tivesse conhecido o facto omitido ou declarado inexatamente, não cobre o sinistro e fica apenas vinculado à devolução do prémio.

Cláusula 8ª - Receção pelo Segurador da Declaração Inicial do Risco

O previsto nas cláusulas 6.ª e 7.ª não é aplicável, salvo dolo do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura com o propósito de obter uma vantagem, relativamente a:

- a) Omissão de resposta a uma pergunta do questionário apresentado;
- b) Resposta imprecisa a questão formulada em termos demasiado genéricos;
- c) Incoerência ou contradição evidentes nas respostas a questionário apresentado;
- d) Facto que o representante do Segurador, aquando da celebração do Contrato, saiba ser inexato ou, tendo sido omitido, conheça;
- e) Circunstância conhecida do Segurador, em especial quando é pública e notória.

Capítulo III - Início, Entrada em Vigor, Prolongamento, Anulação, Idade Limite, Duração, Livre Resolução, Resolução e Denúncia do Contrato

Cláusula 9ª - Início do Contrato

1. O presente Contrato produz os seus efeitos a partir do dia e hora constantes das Condições Particulares da Apólice, e vigorará pelo prazo aí estabelecido.

2. A proposta considera-se aprovada no décimo quarto dia a contar da data da sua receção no Segurador, a menos que entretanto sejam pedidas informações clínicas, relatórios médicos ou quaisquer outras informações necessárias à avaliação do risco, ou não seja, no mesmo prazo, comunicada a recusa, adiamento ou aceitação condicionada do seguro.

Cláusula 10ª - Entrada em Vigor das Garantias

1. Salvo disposição em contrário, a entrada em vigor das garantias só se verificará, para cada Pessoa Segura, após o decurso dum período de carência, contado a partir da sua inclusão na Apólice, de:
 - 1.1. Três meses para a garantia de:
 - Internamento Hospitalar;
 - 1.2. Dois meses para a garantia de:
 - Ambulatório (Consultas na Rede de Prestadores);
2. O período de carência é ainda alargado para doze meses em caso de:
 - 2.1. Intervenção cirúrgica e tratamento às varizes;
 - 2.2. Intervenção cirúrgica a hérnias, qualquer que seja a sua natureza;
 - 2.3. Litotricia renal e vesicular;
 - 2.4. Hemorroidectomia;
 - 2.5. Intervenção cirúrgica a úlcera gastroduodenal;
 - 2.6. Intervenção ginecológica por patologia benigna;
 - 2.7. Cirurgia mamária por patologia benigna;
 - 2.8. Intervenção cirúrgica a ouvidos, nariz e garganta por patologia benigna;
 - 2.9. Tiroidectomia por patologia benigna;
 - 2.10. Colectectomia;
 - 2.11. Artroscopia ou Artrotomia;
 - 2.12. Extração de nevos, sinais, quistos dérmicos e verrugas, e tratamento de eczemas, por patologia benigna;
 - 2.13. Tratamentos refrativos à miopia, astigmatismo e hipermetropia;
 - 2.14. Cirurgia arritmologia: Cardiologia de intervenção, nomeadamente Estudo Eletrofisiológico (com ou sem ablação), Cateterismos Cardíacos, Angioplastias e implantação de Pacemaker;
 - 2.15. Prostatectomia ou ressecção por patologia benigna;
 - 2.16. Cirurgia para tratamento de incontinência urinária.

Os períodos de carência não se aplicam em caso de acidente ou doença súbita que requeira tratamento de urgência em hospital, quer em regime de internamento, quer em regime ambulatório.

Cláusula 11ª - Prolongamento das Garantias em Caso de Internamento Hospitalar

1. Quando o internamento hospitalar se haja iniciado durante a vigência do Contrato, o Segurador reembolsará as respetivas despesas médicas, ainda que estas ocorram num período de 90 dias seguintes à data da cessação das garantias.
2. Não será devido qualquer reembolso pelo Segurador, quando a cessação de garantias for devida a falta de pagamento de prémios, a prestação de declarações falsas, inexatas ou incompletas ou a quaisquer outros casos previstos na lei.

Cláusula 12ª - Anulação das Garantias por Permanência no Estrangeiro

1. A permanência da(s) Pessoa(s) Segura(s) no estrangeiro por um período superior a 60 dias implica a anulação, para essa(s) pessoa(s), das garantias do Contrato, após o decurso deste prazo.
2. O Tomador do Seguro deverá comunicar ao Segurador, com a antecedência mínima de 15 dias, as deslocações ao estrangeiro, quando a duração prevista seja superior a 60 dias.
3. O regresso dessa(s) pessoa(s) do estrangeiro, permite retomar o Seguro nas condições anteriores, não sendo nesse caso necessário novo preenchimento do questionário clínico desde que a subscrição de novo contrato se verifique até um ano após a anulação das garantias.

Cláusula 13ª - Idade Limite para Cessação das Garantias

1. Caso a Pessoa Segura subscreva o seguro antes de completar 55 anos de idade, as garantias da apólice não cessam em função da idade;
2. A manutenção da apólice nos termos do número anterior não prejudica a evolução, ao longo do tempo, dos prémios que se mostrem necessários para fazer face às condições do risco;
3. As garantias cessam no vencimento imediatamente posterior à data em que a pessoa completar 80 anos de idade, caso a Pessoa Segura subscreva o seguro após completar os 55 anos de idade;
4. Não é permitida a subscrição do seguro a pessoas maiores de 75 anos de idade.

Cláusula 14.ª – Duração

O seguro tem a duração de um ano e renovar-se-á automática e sucessivamente por períodos iguais, garantindo o Segurador apenas o pagamento das prestações convencionadas ou das despesas médicas efetuadas em cada ano de vigência do Contrato, salvo o disposto nas cláusulas 11ª, 12ª e 13ª do Capítulo III das Condições Gerais.

Cláusula 15ª - Livre Resolução

1. O Tomador do Seguro dispõe de um prazo de 30 dias, a contar da receção das Condições Particulares, para

renunciar aos efeitos do Contrato, em suporte de papel ou outro meio duradouro disponível e acessível ao Segurador;

2. O exercício do direito de renúncia determina:

- 2.1 A resolução do Contrato;
- 2.2 A extinção, com efeitos à data em que o Contrato teria o seu início, de todas as obrigações dele decorrentes;
- 2.3 A devolução do prémio já pago.

Cláusula 16ª - Resolução do Contrato pelo Segurador

1. O Segurador só pode resolver o Contrato, durante a sua vigência, nos seguintes casos:
 - a) Falta de pagamento do prémio e nos casos previstos na lei;
 - b) Com base no descrito nas cláusulas do Capítulo referente à Declaração do risco, inicial e superveniente.
2. Quando a resolução ocorra por iniciativa do Segurador nos termos da alínea b) do número anterior, esta avisará o Tomador do Seguro, mediante carta registada, com uma antecedência mínima de 30 dias em relação à data em que pretenda que a resolução produza efeitos.

Cláusula 17ª - Denúncia do Contrato

1. Qualquer das partes pode opor-se à renovação automática, denunciando o Contrato, desde que o comunique por carta registada, com uma antecedência mínima de 30 dias em relação ao fim do período que estiver em curso.
2. Em caso de não renovação do contrato ou da cobertura e não estando o risco coberto por um contrato de seguro posterior, o segurador não pode, nos dois anos subsequentes e até que se mostre esgotado o capital seguro no último período de vigência do contrato, recusar as prestações resultantes de doença manifestada ou outro facto ocorrido na vigência do contrato, desde que cobertos pelo seguro.
3. Este direito só se verifica para doenças manifestadas e acidentes ocorridos durante a vigência do Contrato, que sejam participados ao Segurador até 30 dias após o termo dessa vigência, exceto em caso de força maior.
4. Em caso de dúvida, caberá ao Tomador do Seguro e às Pessoas Seguras provar o seu direito à prestação da garantia.

Capítulo IV - Inclusão e Exclusão de Pessoas Seguras, Transferência do Seguro e Alteração do Plano de Garantias

Cláusula 18ª - Inclusão de Pessoas Seguras

1. Durante a vigência do Contrato o Tomador do Seguro pode pedir a inclusão das pessoas que fazem parte do agregado familiar, sendo necessário o preenchimento do questionário clínico anexo a proposta.
2. A inclusão de recém-nascidos é automaticamente aceite, sem preenchimento de questionário clínico, desde que todo o agregado familiar já esteja incluído no seguro e que seja comunicada até 60 dias após a data de nascimento.
3. O início das garantias para as Pessoas Seguras incluídas durante a vigência do Contrato fica sujeito aos períodos de carência previstos na cláusula 10ª exceto no caso da inclusão do recém-nascido de acordo com o ponto anterior.

Cláusula 19ª - Exclusão de Pessoas Seguras

Durante a vigência do Contrato, o Tomador do Seguro pode pedir, por escrito, a exclusão de uma Pessoa Segura. A exclusão só produzirá efeito na data de renovação do Contrato, exceto por morte da Pessoa Segura. Neste caso, o Segurador devolverá o prémio relativo ao período já pago e ainda não decorrido.

Cláusula 20ª - Transferência do Seguro

1. As Pessoas Seguras maiores de idade, que desejem estar seguras ao abrigo de um novo Contrato, poderão fazê-lo, desde que o Tomador do Seguro o solicite, por escrito, até 30 dias antes da data de renovação do Contrato.
2. Quando a subscrição do novo Contrato se realizar num prazo de 30 dias após a anulação do Contrato inicial, a Pessoa Segura é aceite nas mesmas condições da Apólice anterior, sem necessidade de preenchimento do questionário clínico.

Cláusula 21ª - Alteração do Plano de Garantias

1. Durante a vigência do Contrato, o Tomador do Seguro pode pedir, por escrito, a alteração do plano de garantias, até 30 dias antes da data de renovação do Contrato. Esta alteração produzirá efeitos apenas na data de renovação, reservando-se o Segurador o direito de não aceitar tal alteração. Os períodos de carência iniciam-se a partir da data de alteração do plano de garantias.

Capítulo V - Determinação dos Valores do Seguro, Atualização das Garantias, Aviso de Pagamento dos Prémios, Data Vencimento, Falta de Pagamento dos Prémios e Alteração do Prémio

Cláusula 22ª - Determinação dos Valores do Seguro

A comparticipação, a franquia, o limite anual de responsabilidade e os limites por despesa médica aplicáveis a

cada garantia contratada estão fixados nas Condições Particulares.

Cláusula 23ª - Atualização das Garantias

Os valores de seguro podem ser atualizados no vencimento do Contrato, mediante aviso prévio ao Tomador do Seguro com uma antecedência mínima de 30 dias.

Cláusula 24ª - Data de Vencimento

1. Salvo convenção em contrário, o prémio inicial, ou a primeira fração deste, é devido na data da celebração do contrato.
2. **As frações seguintes do prémio inicial, o prémio de anuidades subsequentes e as sucessivas frações deste são devidos nas datas indicadas nos respetivos avisos de pagamento, que podem corresponder até oito dias anteriores ao período de vigência a que o prémio respeita.**
3. A parte do prémio de montante variável relativa a acerto do valor e, quando seja o caso, a parte do prémio correspondente a alterações ao contrato são devidas nas datas indicadas nos respetivos avisos.

Cláusula 25ª - Aviso de Pagamento dos Prémios

1. **Na vigência do contrato, o Segurador deve avisar por escrito o Tomador do Seguro do montante a pagar, assim como da forma e do lugar de pagamento, com uma antecedência mínima de 30 dias em relação à data em que se vence o prémio, ou frações deste.**
2. Do aviso devem constar, de modo legível, as consequências da falta de pagamento do prémio ou de sua fração.
3. Nos contratos de seguro em que seja convencionado o pagamento do prémio em frações de periodicidade igual ou inferior a três meses e em cuja documentação contratual se indiquem as datas de vencimento das sucessivas frações do prémio e os respetivos valores a pagar, bem como as consequências do seu não pagamento, o Segurador pode optar por não enviar o aviso referido no n.º 1, cabendo-lhe, nesse caso, a prova da emissão, da aceitação e do envio ao Tomador do Seguro da documentação contratual referida neste número.

Cláusula 26ª - Falta de Pagamento dos Prémios

1. A falta de pagamento do prémio inicial, ou da primeira fração deste, na data do vencimento, determina a resolução automática do contrato a partir da data da sua celebração.
2. A falta de pagamento do prémio de anuidades subsequentes, ou da primeira fração deste, na data do vencimento, impede a prorrogação do contrato.
3. A falta de pagamento determina a resolução automática do contrato na data do vencimento de:
 - a) Uma fração do prémio no decurso de uma anuidade;
 - b) Um prémio adicional resultante de uma modificação do contrato fundado num agravamento superveniente do risco.

- O não pagamento, até à data do vencimento, de um prémio adicional resultante de uma modificação contratual determina a ineficácia da alteração, subsistindo o contrato com o âmbito e nas condições que vigoravam antes da pretendida modificação, a menos que a subsistência do contrato se revele impossível, caso em que se considera resolvido na data do vencimento do prémio não pago.

Cláusula 27ª - Alteração do Prémio

Não havendo alteração no risco, qualquer alteração do prémio aplicável ao contrato apenas poderá efetivar-se no vencimento anual seguinte.

Capítulo VI - Obrigações e Direitos do Segurador, do Tomador e das Pessoas Seguras

Cláusula 28ª - Obrigações e Direitos do Segurador

- O Segurador tem o dever de solver pontualmente os compromissos por si assumidos perante o Tomador do Seguro e as Pessoas Seguras.
- O Segurador pode, mediante declaração a enviar ao Tomador do Seguro, descontar às prestações devidas os prémios que se encontrem por liquidar.

Cláusula 29ª - Obrigações e Direitos do Tomador do Seguro e das Pessoas Seguras

- O Tomador do Seguro deverá pagar o prémio do seguro nas datas e pelas importâncias estipuladas pelo Segurador.
- O Tomador do Seguro obriga-se a comunicar por escrito ao Segurador qualquer mudança de residência. Considerar-se-á como recebida por ele toda a correspondência registada, enviada para a sua última residência que conste dos registos e documentos do Segurador.
- Os médicos, clínicas e quaisquer outros prestadores de serviços são da livre escolha da Pessoa Segura. A Pessoa Segura só terá, no entanto, direito a prestações convencionadas quando optar pela Rede de Prestadores.
- A ocorrência de um erro administrativo não pode privar as Pessoas Seguras das prestações devidas pelo Contrato. A ocorrência de um erro administrativo também não cria o direito a benefícios não contratados.

Capítulo VII – Sinistros: Obrigações do Segurador e/ou Administrador, Procedimentos de Regularização

Cláusula 30ª - Obrigações do Segurador em Caso de Sinistro

O Segurador obriga-se a:

- Proceder com diligência e prontidão a todas as averiguações indispensáveis para a correta regularização dos sinistros;

- No caso de prestações indemnizatórias, pagar ao Tomador do Seguro/Pessoas Seguras o montante devido, no prazo máximo de quinze dias úteis, após a receção do pedido de comparticipação e de todos os documentos necessários para a regularização dos sinistros, conforme referido no número 2 da Cláusula 31ª destas Condições Gerais.

Cláusula 31ª - Procedimentos para Regularização de Sinistros

- As Pessoas Seguras devem, sempre:
 - Selecionar um prestador da Rede de Prestadores;
 - Apresentar o seu cartão de saúde quando receberem serviços clínicos na Rede de Prestadores;
 - Pagar ao prestador a parte da despesa que fica a seu cargo.
- Informação Clínica:

As Pessoas Seguras devem em qualquer das circunstâncias previstas nos números anteriores:

- Informar com verdade o Administrador ou o Segurador sobre as circunstâncias e consequências da doença ou acidente;
 - Cumprir as prescrições do médico a que tenham recorrido;
 - Sujeitar-se a exames, por médicos designados pelo Administrador ou pelo Segurador, caso esta o considere necessário através dos seus serviços clínicos;
 - Autorizar os médicos e hospitais a que tenham recorrido a facultar aos serviços clínicos do Administrador ou do Segurador, os relatórios clínicos e quaisquer outros elementos que este tenha por convenientes para documentar o processo;
 - Em caso de acidente, comunicar no prazo máximo de 15 dias, a sua ocorrência, indicando a sua descrição (data, local, hora, causas e consequências), o hospital a que recorreu, as testemunhas, as autoridades que dele tomaram conhecimento e a identificação do eventual responsável.**
- Pré-autorizações

Nos casos em que seja aplicável o disposto no nº 2.1 desta cláusula, as Pessoas Seguras devem:

- Assegurar que em caso de internamento hospitalar é solicitada pré-autorização aos serviços clínicos do Administrador;
 - Requerer a **pré-autorização, em caso de Internamento Hospitalar, com uma antecedência mínima de 72 horas;**
 - Em caso de Internamento Hospitalar decorrente de uma situação de emergência que impeça a Pessoa Segura de requerer antecipadamente a pré-autorização, deve a mesma ser solicitada no prazo máximo de 24 horas a contar da ocorrência.**

- O Tomador do Seguro e/ou as Pessoas Seguras responderão por eventuais perdas e danos caso não sejam seguidos os procedimentos previstos nos números anteriores. Sem prejuízo do direito as prestações a que haja lugar, sempre que o ato médico venha a ser posteriormente autorizado pelo Administrador.
- O Administrador deverá informar as Pessoas Seguras sempre que futuramente outros serviços clínicos necessitem de pré-autorização.
- Os pagamentos devidos pelo Segurador são efetuados em Portugal e em moeda portuguesa.

Capítulo VIII - Disposições Diversas

Cláusula 32.^a – Comunicações e Notificações entre as Partes

- As comunicações ou notificações do Tomador do Seguro ou do Segurado previstas nesta apólice consideram-se válidas e eficazes caso sejam efetuadas para a sede social do Segurador ou da sucursal, consoante o caso;
- São igualmente válidas e eficazes as comunicações ou notificações feitas, nos termos do número anterior, para o endereço do representante do Segurador não estabelecido em Portugal, relativamente a sinistros abrangidos por esta apólice;
- As comunicações previstas no presente contrato devem revestir forma escrita ou ser prestadas por outro meio de que fique registo duradouro;
- O Segurador só está obrigado a enviar as comunicações previstas no presente contrato se o destinatário das mesmas estiver devidamente identificado no contrato, considerando-se validamente efetuadas se remetidas para o respetivo endereço constante da apólice.

Cláusula 33.^a - Confidencialidade da informação com o Administrador

O Tomador do Seguro e as Pessoas Seguras autorizam o Segurador a ceder ao Administrador toda a informação confidencial sobre este Contrato, desde que compatível com a finalidade de recolha da mesma.

Cláusula 34.^a - Sub-rogação do Segurador

O Segurador fica sub-rogado, até à concorrência das importâncias pagas, em todos os direitos das Pessoas Seguras, contra terceiros responsáveis por acidentes ou doenças abrangidos pela Apólice, obrigando-se o Tomador do Seguro/ Pessoas Seguras a facultar ao Segurador todos os elementos de que esta necessite para o exercício de tal direito.

A sub-rogação só opera relativamente às prestações indemnizatórias, salvo convenção em contrário.

Cláusula 35.^a - Lei aplicável e Arbitragem

- A lei aplicável a este contrato e a lei portuguesa.
- Podem ser apresentadas reclamações no âmbito do presente contrato aos serviços do Segurador identificados no contrato e, bem assim, à Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões (www.asf.com.pt).
- Nos litígios surgidos ao abrigo deste contrato pode haver recurso a arbitragem, a efetuar nos termos da lei.

Cláusula 36.^a - Foro

O foro competente para dirimir os litígios emergentes deste contrato é o fixado na lei civil.

Cláusula 37.^a – Sanções Internacionais

- A GNB - Companhia de Seguros, S.A., cumpre a legislação e as regras relativas às sanções internacionais, definidas pelas leis ou medidas restritivas que impõem sanções económicas, financeiras ou comerciais (incluindo quaisquer sanções ou medidas relacionadas a um embargo, a um bloqueio de ativos ou recursos económicos, restrições a transações com pessoas físicas ou jurídicas, ou relacionadas a determinados bens ou territórios), emitidos, administrados ou executados pelo Conselho de Segurança das Nações Unidas, União Europeia, França, Estados Unidos da América (incluindo, em particular, as medidas emitidas pela Divisão de Controle de Ativos Estrangeiros ou OFAC, na dependência do Departamento do Tesouro), ou qualquer outra autoridade competente que tenha o poder de emitir tais sanções.
- Nenhum pagamento pode ser efetuado, relacionado com a execução do contrato de seguro, se tal violar as disposições acima mencionadas.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

Às coberturas constantes nestas Condições Especiais aplicam-se, na parte não especificamente regulamentada, as disposições constantes das Condições Gerais.

INTERNAMENTO HOSPITALAR

1. O Que Fica Garantido

1.1. O Segurador obriga-se a garantir as prestações convencionadas das despesas médicas, de acordo com os limites e nos termos fixados nas Condições Particulares, nos seguintes casos:

- Internamento hospitalar de duração superior a 24 horas;
- Cirurgia realizada em hospital ou clínica em regime ambulatório cuja valorização seja superior a 50K por ato (em caso de associação deverá ser considerado o código mais valorizado) de acordo com as valorizações estabelecidas pelo Código de Nomenclatura Código de Nomenclatura e Valores Relativos de Atos Médicos publicado pela Ordem dos Médicos;
- Quimioterapia realizada em regime ambulatório;
- Quimioterapia citostática:
 - antineoplásicos administrados isoladamente ou em associação e numa mesma sessão;
 - antineoplásicos adquiridos em farmácia hospitalar, para administração no domicílio.
- Cirurgia maxilo-facial que resulte de acidente coberto pelo contrato ou tumor maxilar.

As despesas médicas incluídas nesta garantia são:

1.1.1 Honorários médicos;

1.1.2 Despesas de internamento:

- a) Diárias, de duração superior a 24 horas;
- b) Unidade de cuidados intensivos;
- c) Enfermagem (não privativa);
- d) Medicamentos;
- e) Exames complementares de diagnóstico;
- f) Piso de sala de operações e material utilizado;
- g) Transporte terrestre de ambulância para e do hospital.

1.1.3 Despesas de internamento relacionadas com ..Interrupção Involuntária de Gravidez;

1.1.4 Tratamentos refrativos à miopia, astigmatismo e ..hipermetropia.

1.2 Acesso à Rede de Prestadores:

Fica garantido o acesso direto à rede de prestadores para obtenção de cuidados de saúde aos preços convencionados com a mesma, após ter atingido o limite definido nas Condições Particulares.

2. O Que Não Fica Garantido

2.1 Despesas de natureza particular (telefone, aluguer de TV, etc.);

2.2 Despesas com acompanhantes, exceto em caso de internamento de crianças de idade não superior a 12 anos;

2.3 Enfermagem privativa;

2.4 Cirurgia do foro estomatológico;

2.5 Cirurgia maxilo-facial e ou estomatológica emcaso doença;

2.6 Parto.

3. Pré-Autorização

As despesas médicas incluídas nesta garantia necessitam de pré-autorização.

AMBULATÓRIO

1. O Que Fica Garantido

1.1 Consultas de especialidade na Rede de Prestadores.

O Segurador obriga-se a garantir nos termos estabelecidos nas Condições Particulares, o pagamento do número de consultas, aí indicado, realizadas em regime de prestações convencionadas.

1.2 Acesso à Rede de Prestadores:

Ao abrigo da presente Condição Especial, e nos termos estabelecidos nas Condições Particulares, fica garantido o acesso direto à rede de prestadores para obtenção de cuidados de saúde aos preços convencionados, com a mesma, nomeadamente:

- a) Consultas de especialidade, após ter atingido o limite definido nas Condições Particulares;
- b) Consultas de urgência;
- c) Exames complementares de diagnóstico (desde que prescritos por médico):
 - i) Análises clínicas, exames citohistológicos;
 - ii) Imagiologia, incluindo radiografias, arteriografias, cintigrafia, ecotomografia, TAC, ressonância magnética nuclear e exames doppler;
 - iii) Outros exames complementares, tais como E.C.G., E.E.G., etc;
 - iv) Testes alérgicos.

d) Tratamentos (desde que prescritos por médico):

i) Fisioterapia, em caso de acidente que requeira tratamento de urgência em hospital, quer em regime de internamento, quer em regime ambulatorio, situação pós-cirúrgica, acidente vascular cerebral, ou cinesioterapia originada por doença respiratória;

ii) Radioterapia e outros tratamentos com isótopos radioativos;

iii) Tratamentos com raios laser;

iv) .Atos de enfermagem (exceto enfermagem privativa);

v) .Terapia da fala, em caso de situação pós-cirúrgica ou acidente vascular cerebral e situações traumáticas de origem maxilo-facial e crânio-encefálica;

vi) .Terapêutica complementar de antineoplásicos administrados isoladamente.

e) Cirurgia Ambulatória:

As despesas decorrentes da pequena cirurgia, cuja valorização seja igual ou inferior a 50K de acordo com as valorizações estabelecidas pelo Código de Nomenclatura e Relativos de Atos Médicos publicado pela Ordem dos Médicos.

2. O Que Não Fica Garantido

- a) **Consultas no domicílio;**
- b) **Consultas, tratamentos e cirurgia do foro estomatológico;**
- c) **Exercícios de ortóptica;**
- d) **Consultas e tratamentos de apoio e orientação psicológica;**
- e) **Enfermagem privativa;**
- f) **Próteses e Ortóteses;**
- g) **Medicamentos.**

3. Pré-Autorização

As despesas que necessitam de pré-autorização são:

- **Tratamentos de fisioterapia;**
- **Terapia da fala.**