

SEGURO DE SAÚDE

CONDIÇÕES GERAIS



MOÇAMBIQUE
COMPANHIA DE SEGUROS

SEGURO DE SAÚDE

CONDIÇÕES GERAIS

ARTIGO PRELIMINAR

Entre a **MCS-MOÇAMBIQUE COMPANHIA DE SEGUROS, SA** adiante designada por **MCS e/ou Seguradora** e o tomador do seguro mencionado nas Condições Particulares, estabelece-se o presente contrato de seguro que se regula pelas Condições Gerais, Condições Especiais contratadas e Condições Particulares da Apólice de acordo com as declarações constantes na Proposta de Seguro e documentos complementares que lhe serviram de base e do qual fazem parte integrante.

A particularização do presente contrato é efectuada nas Condições Particulares, com, entre outros, a identificação das partes e do respectivo domicílio, os dados do segurado, coberturas contratadas, limites de capital, percentagens de comparticipação, co-pagamentos e a determinação do prémio ou a respectiva fórmula de cálculo.

CAPÍTULO I – DEFINIÇÕES, OBJECTO E GARANTIAS DO CONTRATO. ÂMBITO, LIMITES E EXCLUSÕES

Cláusula 1ª. Definições

Para efeitos do disposto no presente contrato, entende-se por:

Segurador: MCS-MOÇAMBIQUE COMPANHIA DE SEGUROS adiante designada por SEGURADORA;

Entidade Gestora de Serviços de Saúde: Entidade que, por conta da SEGURADORA, organiza a Rede de Prestadores, procede à gestão das prestações devidas pelo contrato de seguro e articula o pagamento directo das Despesas Médicas, quer aos Prestadores Convencionados, quer aos Segurados / Pessoas Seguras, adiante designada por Gestora de Serviços de Saúde;

Tomador do seguro: A pessoa ou entidade que contrata com o segurador, sendo responsável pelo pagamento do prémio;

Segurado/Pessoa Segura: Pessoa ou pessoas indicadas nas Condições Particulares da Apólice, com residência habitual em Moçambique, no interesse da qual o contrato é celebrado e cuja saúde ou integridade física se segura e é beneficiária das garantias da apólice;

Aderente: Pessoa singular relativamente a qual foi preenchido o boletim de adesão e o questionário individual de saúde cumprindo os requisitos necessários para ficar coberta pelas garantias da apólice;

Apólice: Documento que titula o contrato de seguro celebrado entre o Tomador de Seguro e a seguradora, e que compreende as Condições Gerais, Especiais e Particulares acordadas, a Proposta e Questionário Médico, quaisquer outros documentos necessários a análise do risco e as Actas Adicionais emitidas durante a vigência do contrato;

Condições Gerais: Conjunto de cláusulas que definem e regulamentam obrigações genéricas e comuns inerentes a todos os contratos de seguro de saúde;

Condições Especiais: Cláusulas que visam esclarecer, completar ou especificar disposições das Condições Gerais e definir o âmbito dos riscos cobertos por cada garantia;

Condições Particulares: Cláusulas onde se identificam os elementos específicos e individuais de cada contrato, nomeadamente a identificação das partes e do respectivo domicílio, os dados do segurado, coberturas contratadas, limites de capital, percentagens de comparticipação, franquias, co-pagamentos e a determinação do prémio ou a fórmula do respectivo cálculo;

Acta Adicional: Documento emitido pela seguradora e que titula uma alteração ao contrato, ocorrida durante a vigência do mesmo;

Prémio: Preço pago pelo Tomador de Seguro à seguradora pela cobertura do risco, através da contratação do seguro.

Agregado Familiar: Conjunto de pessoas que vivem com carácter de permanência, em comunhão, constituído pela Pessoa Segura, o seu cônjuge ou pessoa que com ele viva em união de facto, os seus descendentes menores e solteiros ou, não sendo menores, até ao limite de idade de 23 anos, desde que sejam estudantes, incluindo adoptados, e tutelados que coabitem com a Pessoa Segura;

Seguro de Grupo: Seguro de um conjunto de pessoas ligadas ao Tomador do seguro por um vínculo que não seja o de segurar;

Seguro de Grupo não Contributivo: O seguro de grupo em que o Tomador do seguro contribui na totalidade para o pagamento do prémio.

Seguro de Grupo Contributivo: O seguro de grupo em que os Segurados suportam no todo ou em parte o pagamento do montante correspondente ao prémio devido pelo Tomador do seguro.

Acidente: O acontecimento fortuito, súbito e anormal, devido a causa exterior e estranha à vontade da Pessoa Segura e que nesta origine lesões corporais que possam ser clínicas e objectivamente constatadas, e que seja suscetível de provocar o funcionamento das garantias contratadas;

Sinistro: Evento ou série de eventos suscetível de fazer funcionar as garantias da Apólice;

Doença: Toda a alteração involuntária do estado de saúde, não causada por Acidente e diagnosticada objectivamente por um médico;

Acidente ou Doença Pré-existente: Acidente ocorrido ou qualquer Doença manifestada antes da data de celebração do contrato e que a pessoa segura não podia ignorar ou da qual deveria ter conhecimento em virtude de ter sido objecto de investigação clínica, acto médico ou tratamento prévio;

Doença Manifestada: Doença ou lesão que se haja revelado, tenha sido objecto de um diagnóstico inequívoco e/ou dado lugar ao respectivo tratamento;

Doença Súbita: Toda e qualquer doença não anteriormente manifestada e que requeira tratamento de urgência em Hospital, quer em regime ambulatorio, quer em regime de internamento;

Doença Congénita: São aquelas que são adquiridas antes do nascimento ou mesmo posterior a tal, no primeiro mês de vida, seja qual for a sua causa. Entre estas, estão aquelas caracterizadas por deformações estruturais e denominadas usualmente por anomalias ou malformações

congénitas. Pode ser evidente ou reconhecida imediatamente após o nascimento ou ser descoberta mais tarde em qualquer momento da vida da pessoa, sem prejuízo da sua natureza.

As doenças hereditárias são um conjunto de doenças genéticas caracterizadas por transmitir-se de geração em geração, isto é de pais a filhos, na descendência e que se pode ou não manifestar em algum momento de suas vidas. As principais são diabetes, hemofilia, hipertensão, obesidade e as alergias.

Gravidez Pré-existente: Gravidez manifestada ou que tenha dado origem a acompanhamento médico no ano imediatamente anterior à data de eficácia das garantias para cada uma das Pessoas Seguras;

Prestações Convencionadas: Despesas Médicas efectuadas pelas Pessoas Seguras na Rede de Prestadores de cuidados de saúde previamente indicada, sendo a Participação, a cargo da SEGURADORA, paga directamente aos prestadores;

Prestações Indeminizatórias: Despesas Médicas efectuadas pelas Pessoas Seguras fora da Rede de Prestadores, e que dão origem a um reembolso directo da SEGURADORA às Pessoas Seguras, de acordo com as condições contratuais da Apólice;

Despesa Médica: Despesa realizada pela Pessoa Segura para aquisição de Serviços Clinicamente necessários, desde que prescritos ou realizados por Médico;

Acto Médico: Acto realizado por médico legalmente habilitado ou por outros profissionais de saúde (desde que prescritos por um médico), que integra a promoção da saúde, a prevenção e o tratamento da doença, bem como a reabilitação das pessoas

Serviços Clinicamente Necessários: Bens, serviços ou cuidados de saúde aprovados directamente pela SEGURADORA ou por intermédio da Gestora de Serviços de Saúde, desde que sejam:

- i) Necessários para tratamento de doença, gravidez ou de lesão resultante de acidente das Pessoas Seguras;
- ii) Adequados à situação diagnosticada;
- iii) Prestados da forma mais eficiente em termos de custo e mais adequada ao tipo de serviço a prestar;
- iv) De reconhecida validade clínica.

Pré-Autorização: Aprovação dada pelos serviços clínicos da Gestora de Serviços de Saúde ou da SEGURADORA que permite o acesso das Pessoas Seguras aos cuidados de saúde garantidos pelo presente contrato;

Rede de Prestadores: Conjunto de prestadores de cuidados de saúde, nomeadamente Médicos, Hospitais, Clínicas, Farmácias, centros de diagnósticos e outras unidades de saúde com as quais a SEGURADORA e / ou a Gestora de Serviços de Saúde tenha celebrado um acordo de prestação de serviços e aos quais paga directamente por conta da Pessoa Segura, de acordo com as condições da Apólice;

Médico: O licenciado por Faculdade de Medicina, legalmente autorizado a exercer a profissão no respectivo país, cuja especialidade e inscrição sejam reconhecidas pela Ordem dos Médicos ou organismo equivalente do país em que o acto tem lugar. Ficam excluídas todas as especialidades não reconhecidas pela Ordem dos Médicos de Moçambique.

Unidade Hospitalar: Estabelecimento legalmente reconhecido onde são prestados serviços de cuidados de saúde, dispondo necessariamente de assistência médica, cirúrgica e de enfermagem permanente, bem como internamento e sala de recobro. Excluem-se termas, sanatórios, casas de repouso e /ou convalescença, centros de toxicodependência e/ou alcoólicos e outros estabelecimentos similares;

Ambiente Hospitalar: Conjunto de meios estruturais, recursos técnicos, tecnológicos e humanos diferenciados, que caracterizam uma Unidade Hospitalar e permitem a execução de cada acto médico com qualidade e segurança, incluindo a capacidade de resposta eficaz para eventos súbitos que ponham em risco a vida da pessoa segura;

Episódio de Urgência: Conjunto de actos médicos prestados em Hospitais ou Clínicas no âmbito do serviço de atendimento permanente.

Cartão de Saúde: Cartão pessoal e intransmissível que identifica a Pessoa Segura e permite o seu acesso aos cuidados de saúde no âmbito da Rede de Prestadores;

Seguro de Saúde: Contrato de seguro celebrado entre a SEGURADORA e o Tomador de Seguro, titulado pela emissão da apólice, no qual a seguradora garante às pessoas seguras o acesso a rede de prestadores de cuidados de saúde da seguradora, nos termos e limites convencionados.

Proposta de Seguro de Saúde: Documento, sob modelo de formulário da seguradora, a ser preenchido e assinado pelo Tomador de seguro ou por cada aderente (boletim individual de adesão), no qual constam os elementos de informação essenciais à recusa ou aceitação do contrato de seguro ou adesão individual. Faz parte integrante da Apólice, quando emitida e vincula as partes envolvidas: Tomador de Seguro, cada aderente e a Seguradora.

Questionário Individual: Formulário contendo um conjunto de indicadores relativos a dados de saúde, de modos a constituir um perfil e historial clínico que permita a correcta avaliação do risco a assumir pela seguradora, cujo preenchimento e assinatura pelo aderente equivale a declaração pessoal exacta relativa aos seus dados de saúde.

Período de Carência: Espaço de tempo que decorre entre o início do contrato/inclusão da Pessoa Segura ou contratação de uma Condição Especial e a data de eficácia das garantias da Apólice;

Comparticipação: Percentagem ou valor máximo de Despesas Médicas garantidas por este contrato que fica a cargo da SEGURADORA.

Limite de Responsabilidade: Valor máximo da responsabilidade da Seguradora nas despesas médicas garantidas pela apólice, por pessoa e por anuidade.

Franquia: Importância que, em caso de Sinistro, fica a cargo da Pessoa Segura, e cujo montante está estipulado nas Condições Particulares.

Co-pagamento: Valor estipulado em concreto para cada despesa de saúde, que fica sempre a cargo da Pessoa Segura, nos termos estipulados das Condições Particulares.

Cláusula 2.^a Objecto do Contrato

1.O presente contrato garante, de acordo com o disposto nas presentes Condições Gerais, Condições Especiais contratadas e até aos limites estabelecidos nas Condições Particulares da Apólice, um conjunto de coberturas no âmbito dos cuidados de saúde, que podem assumir o formato de Prestações Convencionadas, Prestações Indemnizatórias ou o Acesso a Serviços de Saúde/Assistência, em consequência de Doença ou Acidente ocorrido, em cada ano de vigência e eficácia do contrato.

2.O presente contrato não substitui o Serviço Nacional de Saúde, pelo que as suas coberturas se limitam exclusivamente ao disposto nas presentes Condições Gerais, Especiais e Particulares desta apólice.

Cláusula 3.^a. Garantias do Contrato

1. Constituem garantias suscetíveis de serem contratadas e que devem ser expressamente mencionadas nas Condições Particulares:

1. Hospitalização;
2. Assistência Médica Ambulatória;
3. Medicamentos;
4. Estomatologia;
5. Maternidade;
6. Próteses e Ortóteses;
7. Emergência Médica e Evacuação;
8. Prevenção e Bem Estar;
9. Customer Care Services;
10. Soluções mHealth.

2. As garantias indicadas podem ser contratadas conforme as opções *standard* de Planos de Saúde disponíveis, nos termos e limites enunciados nas Condições Particulares e definidos nas respectivas Condições Especiais.

3. As Coberturas Adicionais que não estejam expressamente mencionadas nas Condições Gerais/Especiais, devem ser tradas conforme previsto nas Condições Particulares da Apólice.

4. As garantias facultadas em cada ano de vigência do contrato, podem revestir a modalidade de Prestações Convencionadas, Prestações indemnizatórias ou ambas, conforme os termos e os limites enunciados nas Condições Particulares.

Cláusula 4ª. Âmbito Territorial

1.O presente contrato é válido no território de Moçambique.

2.Quando expressamente previsto nas Condições Particulares da Apólice o contrato é igualmente válido, no estrangeiro de acordo com a Condição Especial Rede / Assistência Médica no Estrangeiro”.

Cláusula 5ª. Limites de idade

As garantias conferidas por este seguro cessam, no final da anuidade em que a Pessoa Segura complete 70 anos. No caso dos descendentes, as garantias conferidas por este seguro cessam na anuidade em que completem 23 anos de idade.

Cláusula 6ª. EXCLUSÕES GERAIS

1.Ficam sempre excluídos do âmbito deste Contrato o pagamento de prestações resultantes de:

- a) Situações de Doença, Acidente ou Gravidez Pré-Existentes;
- b) Tratamentos ou cirurgias destinados à correcção de malformações ou doenças congénitas, excepto quando digam respeito à crianças nascidas durante a vigência do Contrato;
- c) Tratamentos ou cirurgia destinados à cura da roncopatia e outros distúrbios do sono;
- d) Consultas, Tratamentos e Cirurgias de âmbito estético ou plástico, excepto quando consequência de Acidente ocorrido ou Doença Manifestada durante a vigência deste Contrato;
- e) Consultas, exames, cirurgias e todo o tipo de despesas relacionadas com tratamentos de emagrecimento e obesidade;
- f) Consultas, exames e tratamentos de infertilidade ou qualquer método de fecundação artificial e suas consequências;
- g) Esterilização, assim como qualquer método contraceptivo, e suas consequências;
- h) Alcoolismo e tratamentos relativos à toxicodependência, abrangendo todas as Doenças ou lesões adquiridas pela Pessoa Segura por ter agido sob influência de álcool, estupefacientes, outras drogas ou produtos tóxicos, e todas as lesões adquiridas em virtude do próprio consumo;

- i) O pagamento das consultas de psiquiatria na garantia de Assistência Médica Ambulatória (consultas de especialidade) salvo expressa convenção em contrário relativa a consultas de psiquiatria estabelecida nas Condições Particulares;
- j) Tratamentos refractivos à miopia, astigmatismo, hipermetropia e presbiopia;
- k) Doenças resultantes dos efeitos de radioactividade;
- l) Hemodiálise;
- m) Transplante de órgãos e suas implicações, incluindo a medula, tanto para o dador como para o receptor;
- n) Infecção pelo VIH e suas implicações;
- o) Exames de rotina e check-up;
- p) Actos médicos praticados em consequência de Doença ou Acidente que tenha sido intencionalmente provocado pela Pessoa Segura, incluindo a tentativa de suicídio ou o agravamento do seu estado de saúde, simulação, auto-lesão e fraude de qualquer natureza para obter vantagens do seguro;
- q) Doenças epidémicas oficialmente declaradas;
- r) Acidentes de trabalho, acidentes em serviço e doenças profissionais;
- s) Acidentes e doenças com cobertura através de seguros obrigatórios;
- t) Quaisquer lesões resultantes de:
 - Calamidades naturais;
 - Actos de guerra, guerra civil e perturbações da ordem pública;
 - Intervenção em actos criminosos;
 - Intervenção em rixas, salvo caso de legítima defesa, própria ou alheia de bens e pessoas;
- u) Tratamentos não reconhecidos oficialmente pela Ordem dos Médicos Moçambicana;
- v) Doenças Graves tais como:
 - Insuficiência renal crónica;
 - Hemofilia;
 - Doença de Parkinson;
 - Tuberculose;
 - Sida e Seropositivo;
 - Doenças Cancerígenas;
 - Doença paramiloidose;
 - Lepra;
 - Espondilite anquilosante;
 - Esclerose múltipla;

- Doenças mentais crónicas;
- Insuficiência cardíaca congestiva;
- Cardiomiopatia;
- Doença pulmonar crónica obstrutiva;
- Hepatite crónica;
- Cirrose hepática;
- Lúpus;
- Dermatomiosite;
- Paraplégicos;
- Miastenia gravis;
- Doença desmielinizante

x) Despesas com a aquisição dos seguintes artigos medicinais:

- Sacos de colostomia e urostomia;
- Seringas de insulina ou agulhas para canetas de insulina;
- Tapetes anti-escara;
- Lombostatos;
- Fundas;
- Cintas de sustentação;
- Colares cervicais;
- Fitas teste para diabéticos;
- Meias elásticas;
- Aparelhos de aerossóis;
- Algalias e sacos de contenção de urina;
- Fraldas de contenção
- Seringas e agulhas;
- Imobilizadores articulares;
- Suspensores braquiais;
- Ligaduras, joelheiras, punhos e pés elásticos;
- Soutiens e próteses mamárias externas;
- Almofadas e colchões medicinais.

y) Despesas com serviços que não sejam clinicamente necessários;

z) Acidentes e suas sequelas em consequência de:

- i) Prática profissional de desportos bem como a participação em competições desportivas, profissionais ou amadoras e respectivos treinos;
- ii) Prática dos seguintes desportos: esqui aquático ou na neve, caça submarina, mergulho, surf, desportos aéreos (voo a vela ou em aeronaves ultraligeiras ou monomotores, pára-quedismo) ou marítimo, boxe, espeleologia, tauromaquia, karate e outras artes marciais, montanhismo, motonáutica e desportos analogamente perigosos;
- iii) Exposição à radiações e ionizantes;

aa) Actos realizados por médicos que sejam cônjuge, pais, filhos ou irmãos da Pessoa Segura ou pela própria Pessoa Segura;

ab) As despesas de transporte do segurado relacionadas com reabilitação, fisioterapia, etc;

ac) Tratamentos de quimioterapia e radioterapia;

ad) Interrupção da gravidez, sem causa de exclusão de ilicitude;

ae) Vacinas e Imunizações;

2. Ficam igualmente excluídas as prestações decorrentes de:

a) Embolizações;

b) Braquiterapia prostática;

c) Disfunções sexuais, salvo se em consequência de um acidente;

d) Ginástica, natação e massagem, excepto em caso de acidente ou tratamentos de reabilitação física;

e) Deslocações e alojamento em Moçambique e no estrangeiro, salvo quando as mesmas se encontrarem taxativamente garantidas ao abrigo das coberturas contratadas;

f) Necropsia de adultos, crianças e fetos ou exames histopatológicos de placenta;

g) Tratamentos clínicos e /ou cirúrgicos para rejuvenescimento, Senilidade, Repouso e/ou geriátrico;

h) Tratamento estético às varizes;

i) Serviços ou tratamentos em qualquer estabelecimento de cuidados de longo prazo, tais como estâncias de águas hidroclínicas, termas, sanatórios, casas de repouso, centros de toxicodependência e alcoólicos, spas, ginásios e outros estabelecimentos similares;

j) Todas as coberturas previstas nas Condições Especiais que não tenham sido expressamente contratadas e previstas nas Condições Particulares da Apólice.

CAPÍTULO II – FORMAÇÃO, INÍCIO DE EFEITOS E ALTERAÇÕES AO CONTRATO

Cláusula 7ª. Dever de Declaração Inicial do Risco

1.O contrato baseia-se nas declarações feitas pelo Tomador de Seguro e ou Pessoa Segura na respectiva proposta e questionário, nos quais devem estar mencionados, com veracidade, todos os factos ou circunstâncias essenciais à exacta apreciação do risco, e que possam influir na aceitação do seguro e na correcta determinação do prémio aplicável.

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 evidentes nas respostas ao questionário;
- d) De facto que o seu representante, aquando da celebração do contrato, saiba ser inexacto ou tendo sido omitido, conheça;
- e) De circunstâncias conhecidas 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 8ª. Início de Efeitos

1.O presente contrato considera-se celebrado pelo período de tempo estabelecido nas Condições Particulares da Apólice e, desde que o prémio ou fracção inicial seja pago, produz os seus efeitos a partir das 0:00 (zero) horas do dia imediato ao da aceitação da proposta pela Seguradora.

2.A proposta considera-se aprovada no 5º (quinto) dia a contar da data da sua recepção na Seguradora, a menos que entretanto o candidato a Tomador de Seguro seja notificado da recusa ou da necessidade de recolher esclarecimentos essenciais à avaliação do risco.

3.Em relação a cada uma das pessoas seguras, as garantias vigoram a partir da data de início, indicada nas Condições Particulares, sem prejuízo do disposto quanto a períodos de carência ou outros prazos suspensivos.

Cláusula 9ª. Períodos de Carência

1. Em caso de doença e salvo disposição em contrário nas Condições Particulares, a entrada em vigor das garantias, em relação a cada uma das Pessoas Seguras, só se verificará, após o decurso de um período de 60 dias.

2. O período de carência é alargado para:

a) 180 dias, no caso das garantias:

II. Hospitalização;

b) 300 dias, no caso das garantias de Maternidade

2. O Período de Carência também é alargado para:

a) Trezentos (300 dias) nos casos seguintes:

- Intervenção cirúrgica a hérnias;
- Litotricia renal e vesicular;
- Hemorroidectomia;
- Intervenção cirúrgica a úlcera gastroduodenal;
- Histerectomia por patologia benigna;
- Mastectomia por patologia benigna;
- Tireoidectomia por patologia benigna;
- Colecistectomia;
- Miringotomias.
- Amigdalectomia, adenoidectomia, operações aos ouvidos;
- Septoplastia;
- Artroscopia;
- Extração de nervos, sinais, quistos e verrugas.

3. Não há Período de Carência em caso de Acidente que requeira tratamento de urgência em Hospital, quer em regime de internamento, quer em regime ambulatorio.

Para efeito do acima disposto, considera-se tratamento de urgência aquele que deva ser efectuado no prazo máximo de 48 horas após o sinistro.

Cláusula 10^a. Duração do Contrato

1. A duração do contrato é a que for estipulada nas Condições Particulares da Apólice, podendo ser celebrado por um período certo e determinado (seguro temporário) ou por um ano a continuar pelos anos seguintes.
2. Quando o contrato for celebrado por um período de tempo determinado (seguro temporário), o mesmo cessa os seus efeitos às 24 horas do último dia do prazo estabelecido.
3. Quando o contrato for celebrado por um ano a continuar pelos seguintes, considera-se o mesmo sucessivamente renovado por períodos anuais, excepto se a SEGURADORA tiver solicitado informações clínicas, relatórios ou questionários médicos adicionais ou qualquer das partes o denunciar por correio registado, ou por outro meio do qual fique registo escrito, com a antecedência mínima de 30 (trinta) dias em relação ao termo da anuidade.
4. As prestações garantidas pela seguradora respeitam exclusivamente a cada período de vigência do contrato, não havendo lugar a qualquer prorrogação ou extensão das garantias para além da data do seu vencimento, sem prejuízo do disposto relativamente a não renovação do contrato ou da adesão.
5. Se a avaliação do estado de saúde de uma pessoa a segurar determinar a recolha de elementos adicionais, o contrato de seguro só se considera celebrado mediante comunicação escrita da seguradora que mencionará a data de efeito.

Cláusula 11^a. Incumprimento Doloso do Dever de Declaração Inicial do Risco

1. Este contrato considera-se nulo e, consequentemente, não produzirá quaisquer efeitos em caso de Sinistro, quando da parte do Tomador de Seguro tenha havido, no momento da celebração do contrato, declarações inexactas assim como reticências e/ou omissões de factos ou circunstâncias dele conhecidas, e que teriam podido influir sobre a existência ou condições do contrato. O contrato é anulável mediante declaração enviada pelo segurador ao tomador do seguro.
2. Se as referidas declarações, reticências e/ou omissões tiverem sido feitas de má-fé, a Seguradora terá direito ao prémio, sem prejuízo da nulidade do contrato nos termos do número anterior.
3. Ainda para o efeito do estabelecido no número 1 desta cláusula, e independentemente dos conhecimentos técnicos que permitam ao Tomador de Seguro ou à Pessoa Segura avaliar correctamente o risco ou a extensão do prejuízo causado à Seguradora, torna-se relevante o conhecimento razoável que, normalmente, deveriam ter sobre a importância ou gravidade de qualquer situação objecto de declaração viciosa nos termos daquele número.

Cláusula 12ª. Incumprimento Negligente do Dever de Declaração Inicial do Risco

1. Em caso de incumprimento com negligência do dever referido no nº 1 da cláusula 7ª, o segurador pode, mediante declaração a enviar ao tomador do seguro, no prazo de 30 dias a contar do seu conhecimento:

a) Propor uma alteração do contrato, fixando um prazo, não inferior a 15 (quinze) 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.

2. O contrato cessa os seus efeitos 30 dias após o envio da declaração de cessação ou 15 dias após a recepção pelo tomador do seguro da proposta de alteração, caso este nada responda ou a rejeite.

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

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

a) 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 inexactamente;

b) O segurador, 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 vinculado ao estorno do prémio correspondente.

Cláusula 13ª. Termo do Contrato

1.As garantias conferidas pelo presente contrato deixarão, automaticamente, de produzir os seus efeitos em relação a cada pessoa segura, salvo convenção expressa em contrário, nos seguintes casos:

- a)Vencimento da anuidade em que a pessoa segura atinja a idade limite prevista nas condições gerais e/ou particulares;
- b) No caso de membros do agregado familiar, quando percam a qualidade de dependentes nos termos da definição constante da cláusula 1ª;
- c) No termo da anuidade em que perca a qualidade de aderente ou membro do grupo pelo qual aderiu a este contrato de seguro;
- d) Caso haja omissão, falsidade, inexactidão ou erro doloso nas declarações prestadas na proposta de Seguro e/ou no questionário Individual de Saúde, que tenham influído na aceitação do seguro;
- e) Tentativa de impedir ou dificultar quaisquer exames ou diligências necessárias a resguardar os direitos da Seguradora;
- f) Em caso de fraude, tentativa de fraude ou dolo com o objectivo de obtenção de vantagem ilícita do seguro;
- g) Inobservância das obrigações convencionadas nestas Condições Gerais.

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

3.Nos casos previstos no número anterior, a Seguradora permanece obrigada às prestações garantidas, pelo período de 6 meses e até esgotar o capital anualmente seguro, relativamente à doenças manifestadas durante o período de vigência do contrato ou à acidentes e outros factores geradores de indemnização ocorridos no mesmo período, desde que cobertos pelo contrato e declarados até quinze (15) dias após o seu termo.

Cláusula 14ª. Resolução do Contrato

- 1. O contrato pode ser resolvido pelas partes a todo o tempo, havendo justa causa.
- 2. O tomador do seguro, sendo pessoa singular ou colectiva, pode resolver o contrato sem invocar justa causa nos contratos com duração igual ou superior a seis meses, nos 30 dias imediatos à data da recepção da apólice.
- 3. O montante do prémio a devolver ao tomador de seguro em caso de cessação antecipada do contrato é calculado pro rata temporis com 50% de agravamento, salvo previsão de cálculo

diverso pelas partes, em função de razão atendível, como seja a garantia de separação técnica entre a tarificação dos seguros anuais e a dos seguros temporários.

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

5. Sempre que o tomador de seguro não coincida com o segurado, o segurador deve avisar o segurado da resolução do contrato logo que possível.

6. A comunicação da resolução do contrato, nos termos previstos nesta cláusula, deve ser efectuada por escrito, ou por outro meio de que fique registo duradouro, com a antecedência mínima de 30 dias relativamente à data em que a mesma produz efeitos.

7. A resolução do contrato com fundamento em omissão, declaração inexacta intencional do Tomador de Seguro ou da pessoa segura, dissimulações ou reticências relativas a ocorrência de um sinistro, suas circunstâncias, causas, natureza ou consequências, produz efeitos retroactivos à data de efeito do respectivo contrato, importando para o Tomador de Seguro a perda dos prémios vencidos até à data da comunicação da resolução, sem prejuízo da sua responsabilidade por perdas e danos.

CAPÍTULO III – AGRAVAMENTO DO RISCO, VALOR SEGURO, PESSOAS SEGURAS E ACTUALIZAÇÃO DE CAPITAL

Cláusula 15ª. Alteração do Risco

1. O tomador do seguro ou o segurado tem o dever de, durante a execução do contrato, no prazo de 14 dias a contar do conhecimento do facto, comunicar ao segurador todas circunstâncias que agravem o risco, excepto as que sejam relativas às alterações do estado de saúde da pessoa segura, desde que estas, caso fossem conhecidas pelo segurador aquando da celebração do contrato, tivessem podido influir na decisão de contratar ou nas condições do contrato.

2. No prazo de 30 dias a contar do momento em que tenha conhecimento do agravamento do risco, o segurador pode:

a) Apresentar ao tomador do seguro proposta de modificação do contrato, que este deve aceitar ou recusar em igual prazo, findo o qual se entende aprovada a modificação proposta;

b) Resolver o contrato, demonstrando que, em caso algum, celebra contratos que cubram riscos com as características resultantes desse agravamento do risco.

Cláusula 16ª. Sinistro e Agravamento do Risco

1. Se antes da cessação ou da alteração do contrato nos termos previstos na cláusula anterior ocorrer o sinistro cuja verificação ou consequência tenha sido influenciada pelo agravamento do risco, o segurador:

a) Cobre o risco, efectuando a prestação convencionada, se o agravamento tiver sido correcta e tempestivamente comunicado antes do sinistro ou antes de decorrido o prazo previsto no n.º 1 da cláusula anterior;

b) Cobre parcialmente o risco, reduzindo-se a sua prestação na proporção entre o prémio efectivamente cobrado e aquele que seria devido em função das reais circunstâncias do risco, se o agravamento não tiver sido correcta e tempestivamente comunicado antes do sinistro;

c) Não cobre o risco demonstrando que, em caso algum, celebra contratos que cubram riscos com as características resultantes desse agravamento do risco, mantendo o direito ao prémio.

Cláusula 17ª. Valor ou Capital Seguro

1. O capital seguro representa o limite máximo a pagar pelo segurador por sinistro ou anuidade de seguro, consoante o que esteja estabelecido nas Condições Particulares.
2. As partes podem fixar franquias, escalões de indemnização, co-pagamentos, sub-limites, e outras previsões contratuais que condicionem o valor da prestação a realizar pelo segurador.

Cláusula 18ª. Redução automática de capital

Após a ocorrência de um sinistro, o capital seguro ficará, até ao vencimento do contrato, automaticamente reduzido do montante correspondente ao valor das prestações efectuadas pela seguradora.

Cláusula 19ª. Inclusão / Exclusão ou Transferência de Pessoas Seguras

1. Durante a vigência do contrato, o Tomador de Seguro pode propor a inclusão das pessoas que fazem parte do agregado familiar, sendo necessário o preenchimento do questionário médico da proposta.
2. A eficácia das garantias para as Pessoas Seguras incluídas durante a vigência do contrato fica sujeito aos Períodos de Carência previstos na Cláusula 9ª.
3. A inclusão de recém-nascidos é automaticamente aceite, sem preenchimento de questionário médico, desde que todo o Agregado Familiar já esteja incluído no seguro e que a inclusão seja comunicada até 60 (sessenta) dias após a data de nascimento, não se aplicando neste caso períodos de carência.
3. Durante a vigência do contrato, o Tomador de Seguro pode pedir, por escrito, a exclusão de membros do Agregado Familiar. A exclusão só produzirá efeito na data de renovação do contrato.
4. Durante a vigência do contrato, os filhos da Pessoa Segura que deixem de se enquadrar na definição de Agregado Familiar podem, no prazo de 30 (trinta) dias após a cessação das garantias, conforme estabelecido na cláusula 13ª, subscrever um novo contrato com garantias idênticas sem necessidade de preenchimento de novo questionário.

CAPÍTULO IV – PAGAMENTO E ALTERAÇÃO DOS PRÉMIOS

Cláusula 20ª. Pagamento dos Prémios

1.O prémio de seguro é devido por inteiro sem prejuízo de poder ser acordado o pagamento em fracções.

Todos os efeitos decorrentes do contrato, em matéria de cobertura dos riscos, apenas se verificam com o pagamento do prémio ou fracção inicial.

2.A fracção inicial, ou a primeira fracção deste, é devido na data da celebração do contrato.

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

4. 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 respectivos avisos.

5. O Prémio correspondente à adesão de Pessoas Seguras no decurso da vigência do contrato, tornar-se-á automaticamente exigível a partir da data de aceitação pela Seguradora.

Cláusula 21ª. Actualização do Prémio

1.Os prémios poderão ser actualizados, na data de vencimento do contrato, mediante aviso prévio ao Tomador de Seguro com uma antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

2. As alterações têm-se por aceites se o Tomador de Seguro nada disser no prazo de 30 dias contados da data de recepção da proposta.

3. Caso as actualizações propostas pela SEGURADORA não sejam aceites, o contrato extinguir-se-á no termo do prazo contratual em curso, valendo a proposta de alteração prevista no número 1, como resolução do contrato conforme o disposto na cláusula 14ª.

4. Sem prejuízo do disposto no número anterior, o prémio será igualmente actualizado sempre que as Pessoas Seguras transitarem para o escalão etário imediatamente a seguir em relação aquele em que se encontravam.

Cláusula 22ª. 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 a forma e do lugar de pagamento, com uma antecedência mínima de 30 dias em relação à data em que se vence o prémio, ou fracções deste.
2. Do aviso devem constar, de modo legível, as consequências da falta de pagamento do prémio ou de sua fracção.
3. Nos contratos de seguro em que seja convencionado o pagamento do prémio em fracções de periodicidade igual ou inferior a três meses e em cuja documentação contratual se indiquem as datas de vencimento das sucessivas fracções do prémio e os respectivos 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 23ª. Falta de Pagamento

1. A falta de pagamento do prémio inicial, ou da primeira fracção 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 fracção 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 fracção do prémio no decurso de uma anuidade;
 - b) Um prémio de acerto ou parte de um prémio de montante variável;
 - c) Um prémio adicional resultante de uma modificação do contrato, fundada num agravamento superveniente do risco.

CAPÍTULO V – ACESSOS, PROCEDIMENTOS E REGULARIZAÇÃO DE SINISTROS

Cláusula 24ª. Cartão de Seguro de Saúde

1. Para requerer os serviços garantidos na Rede de Prestadores, a pessoa segura deverá apresentar, sempre, o seu Cartão de Seguro de Saúde e um documento de identificação com fotografia.

2. Em caso de extravio de Cartão de Seguro de Saúde, a pessoa segura ou o Tomador de Seguro, obrigam-se, sob pena de responder por perdas e danos, a comunicar o facto à seguradora no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas, a fim de ser emitido um novo cartão ao custo de 20 USD, imputáveis ao segurado.

3. O Tomador de seguro e/ou pessoa segura, serão responsabilizados civil e criminalmente pela utilização fraudulenta do cartão.

Cláusula 25ª. Dever de Informação

1. O Tomador de Seguro deve obrigatoriamente informar às Pessoas Seguras sobre as Coberturas e exclusões contratadas, as obrigações e direitos em caso de sinistro e as alterações posteriores que ocorram neste âmbito, em conformidade com o plano contratado, salvo convenção expressa em contrário.

Cláusula 26ª. Obrigações do Tomador de Seguro e / ou das Pessoas Seguras em Caso de Sinistro

1. Em caso de Acidente ou Doença garantido ao abrigo do presente contrato, o Tomador de Seguro e / ou a Pessoa Segura poderão recorrer a cuidados clínicos no âmbito dos regimes de prestação definidos nas Condições particulares observando-se o seguinte:

a) Nas Prestações Convencionadas:

- Seleccionar um prestador da Rede Convencionada, constante do Directório Clínico e agendar serviço pretendido;
- Ao apresentar-se no prestador deverá identificar-se sempre com o seu Cartão de Saúde acompanhado de documento oficial de identificação (bilhete de identidade ou passaporte);
- Pagar ao prestador, no momento da prestação do serviço, a parte da despesa que fica a seu cargo, conforme definido nas Condições Particulares;

- Solicitar a autorização prévia junto da Gestora de Serviços de Saúde nos casos previstos no nº 2 desta cláusula.

b) Nas Prestações Indemnizatórias:

- Comunicar à seguradora a ocorrência do acidente ou o diagnóstico da doença assim como os actos médicos prestados, apresentado, além da prescrição, relatório médico com indicação do início e evolução da afecção clínica que deu origem ao tratamento;
- Solicitar a pré-autorização junto da Gestora de Serviços de Saúde nos casos previstos no nº 2 desta cláusula.
- Solicitar o Reembolso de acordo com as instruções fornecidas para o efeito;
- Apresentar a prescrição médica para os exames complementares de diagnóstico, bem como para os Medicamentos e Próteses adquiridos;
- Apresentar, no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da data de realização do acto médico em causa, os recibos originais das despesas efectuadas, os quais terão obrigatoriamente que indicar o nome do doente a que respeitam, discriminar os serviços prestados, a especialidade médica e obedecer às normas legais;
- Quando o Tomador do Seguro / Pessoa Segura tenha previamente accionado outro contrato de seguro, deverá apresentar fotocópia da prescrição médica e do recibo das despesas efectuadas, bem como um documento original comprovativo da parte da despesa não reembolsada ao abrigo do contrato de seguro anteriormente accionado. Neste último caso, e para efeitos do ponto anterior, o prazo começa a contar a partir da data da declaração de pagamento emitida pela entidade/seguradora responsável.

2. Para além das obrigações acima referidas, o Tomador de Seguro e/ ou a Pessoa Segura deverão igualmente em caso de Sinistro:

a) Informar com verdade a Gestora de Serviços de Saúde ou a SEGURADORA sobre as circunstâncias e consequências da Doença ou Acidente.

Em caso de Acidente, deverão fazer a sua descrição (data, local, hora, circunstâncias consequências) e indicar as testemunhas presenciais, identificadas pelo nome completo e moradas e, eventualmente, as autoridades que dele tomaram conhecimento;

b) Cumprir as prescrições do Médico a que tenham recorrido;

c) Sujeitar-se a exames por médicos designados pela Gestora de Serviços de Saúde ou pela SEGURADORA, caso estes o considerem necessário;

d) Submeter-se a um teste de HIV se, em caso de hospitalização, manifestar alguma das

situações clínicas a seguir indicadas:

- i. Sarcoma de Kaposi
- ii. Pneumocisto carinii
- iii. Tuberculose
- iv. Citomegalovirus
- v. Meningite por Criptococos
- vi. Criptosporidium
- vii. Herpes simples disseminados
- viii. Sífilis
- ix. Hepatites.

e) Autorizar os Médicos ou Hospitais a que tenham recorrido a facultar aos serviços clínicos da Gestora de Serviços de Saúde ou da SEGURADORA, os relatórios clínicos e quaisquer outros documentos que estes tenham por conveniente para documentar o processo;

e) Autorizar a visita dos médicos da seguradora, tantas vezes quantas as necessárias, para verificarem o seu estado de saúde;

f) As Pessoas Seguras deverão igualmente solicitar a pré - autorização junto da Gestora de Serviços de Saúde, sempre que estiver em causa a realização de despesas ao abrigo das Condições Especiais “Hospitalização” e “Evacuação e repatriamento”, bem como as despesas motivadas por:

- Cirurgia;
- Litotricia;
- Laserterapia;
- Parto, cesariana ou interrupção involuntária da gravidez;
- Fisioterapia;
- Terapia da fala;
- Cinesioterapia;
- Realização dos seguintes exames:
 - Tomografia Axial Computorizada (TAC)
 - Ressonância Magnética (RMN)
 - Amniocentese
 - Rastreios Pré-Natais
 - Genética Médica (cariótipos)
 - Medicina Nuclear
 - Serviços de Endoscopia
 - Punções e biópsia ecoguiadas
 - Arteriografias e osteodensitometria
 - Infiltrações,
 - Exames com sedação,
 - Serviços Cardiovasculares: Estudos Electrofisiológicos
 - Terapêutica vascular, embolização;
 - Eco Doppler
 - Dermatoscopia Digital Computorizada

g) Quando, atendendo à natureza da despesa e/ou do acto médico a realizar no estrangeiro, for necessária a pré- autorização da Gestora de Serviços de Saúde, as despesas de saúde acima referidas ficarão garantidas desde que a pré - autorização tenha sido solicitada pela Pessoa Segura e previamente aceite pela Gestora de Serviços de Saúde.

h) Se por uma situação de urgência em Moçambique não for possível solicitar a pré- autorização, devem ser contactados os serviços clínicos da Gestora de Serviços de Saúde ou a SEGURADORA no prazo de 48 horas ou no mais curto período de tempo possível.

i) Quando a Pessoa Segura solicitar um Termo de Responsabilidade e, atendendo ao tipo de actos médicos em causa, seja previsível que o valor da despesa exceda o capital seguro disponível para o efeito, a SEGURADORA apenas emitirá um Termo de Responsabilidade limitado ao capital seguro disponível, ficando a Pessoa Segura responsável pelo pagamento do remanescente.

3. O Tomador de Seguro e/ou as Pessoas Seguras responderão por perdas e danos caso não sejam seguidos os procedimentos previstos nos números anteriores.

4. As despesas excluídas deverão ser sempre liquidadas pelo Tomador de Seguro ou pela pessoa segura.

5. O Tomador de Seguro e/ou as Pessoas Seguras autorizam a SEGURADORA a ceder à Gestora de Serviços de Saúde toda a informação confidencial sobre este contrato.

6. No sentido de garantir a melhoria contínua do nível de serviço oferecido, as chamadas telefónicas efectuadas para a Linha de saúde são susceptíveis de serem gravadas, na estrita observância das normas legais e regulamentares em vigor, no que concerne ao tratamento de dados pessoais de saúde.

Cláusula 27ª. Dever de Limitação do Dano

O Tomador de Seguro e /ou a Pessoa Segura obrigam-se a tomar todas as providências para evitar ou, pelo menos, diminuir o agravamento das consequências do Acidente ou da Doença.

Cláusula 28ª. Obrigações da Seguradora

1. A seguradora obriga-se a informar o Tomador de seguro e eventualmente às pessoas seguras dos seus direitos e obrigações nos termos do contrato e a fornecer o Cartão de Seguro de Saúde e a Rede da Seguradora.

2. A seguradora obriga-se a informar o Tomador de Seguro e as pessoas seguras sempre que, no futuro, outros serviços clínicos ou despesas necessitem de autorização.

3.A seguradora obriga-se a proceder com diligência e prontidão a todas as averiguações indispensáveis para a correcta regularização do sinistro.

4.No caso das prestações indemnizatórias, a seguradora obriga-se a pagar ao Tomador do Seguro ou as Pessoas seguras os montantes devidos, de acordo com as garantias contratadas, no prazo de trinta (30) dias após a recepção do pedido de reembolso e dos documentos necessários para a regularização dos sinistros.

5. Os pagamentos devidos pela SEGURADORA serão efectuados em Moçambique e em moeda nacional.

No caso de reembolso de despesas efectuadas em moeda estrangeira, a conversão em moeda nacional será efectuada à taxa de câmbio publicada pelo Banco Nacional de Moçambique no dia de realização da despesa.

CAPÍTULO IV. DISPOSIÇÕES COMPLEMENTARES E FINAIS

Cláusula 29ª. Morte da Pessoa Segura

Em caso de morte da Pessoa Segura, ocorrida numa das instituições da Rede de Prestadores, a SEGURADORA garante a cobertura da morgue pelo período de 48h00 (quarenta e oito horas).

Cláusula 30ª. Ónus da Prova

Impende sobre a pessoa segura o ónus da prova da veracidade da reclamação, podendo a seguradora exigir-lhe os meios de prova que estejam ao seu alcance.

Cláusula 31ª. Complementaridade

No caso de haver complementaridade entre esta Apólice e outros esquemas de protecção, o total das participações pagas por outras entidades / instituições e pela SEGURADORA não poderá em caso algum ser superior ao valor real das despesas efectuadas pelo Tomador de Seguro e / ou Pessoa Segura.

Cláusula 32ª. Coexistência de Contratos e Coordenação das Prestações

1.O Tomador de Seguro e as pessoas seguras obrigam-se a comunicar a seguradora, sob pena de responderem por perdas e danos, a existência de qualquer outro contrato garantindo o mesmo risco, para que se proceda a coordenação das prestações convencionadas ou indemnizatórias devidas ao abrigo dos vários contratos.

2.Existindo, à data do sinistro mais de um contrato de seguro garantindo o mesmo risco, a seguradora reembolsará em primeiro lugar as pessoas seguras ao abrigo deste contrato, se este for mais antigo. Nos restantes casos, a indemnização a pagar por parte da seguradora incidirá sobre o valor efectivamente suportado pelas pessoas seguras e não reembolsado pelas seguradoras dos contratos mais antigos.

3.Em caso algum, a pessoa segura poderá receber um reembolso superior ao montante das despesas efectivas.

Cláusula 33ª. Intervenção de Mediador de Seguros

1. Nenhum mediador de seguros se presume autorizado a, em nome do segurador, celebrar ou extinguir contratos de seguro, a contrair ou alterar as obrigações deles emergentes ou a validar declarações adicionais, sem que para tal lhe tenham sido, expressamente, conferidos tais poderes pela seguradora.

Cláusula 34ª. Comunicações e Notificações entre as Partes

1. As comunicações ou notificações do Tomador do seguro ou do segurado previstas nesta apólice consideram-se válidas e eficazes caso sejam efectuadas por correio registado, ou por outro meio do qual fique registo escrito, para a sede da SEGURADORA em Moçambique, ou para a sucursal, consoante o caso.

2. A alteração de morada ou de sede do Tomador do seguro ou do segurado deve ser comunicada ao segurador, nos termos dos números anteriores, nos 30 dias subsequentes à data em que se verifiquem, por carta registada com aviso de recepção, sob pena de as comunicações ou notificações que o segurador venha a efectuar para a morada desactualizada se terem por válidas e eficazes.

3. As comunicações ou notificações do segurador previstas nesta apólice consideram-se válidas e eficazes caso sejam efectuadas por correio registado, ou por outro meio do qual fique registo escrito, para a última morada do Tomador do seguro ou do segurado constante do contrato, ou entretanto comunicada nos termos previstos no número anterior.

Cláusula 35ª. Sub-rogação pelo Segurador

1. O segurador que tiver pago prestações de natureza indemnizatória fica sub-rogado, na medida do montante pago, nos direitos do segurado contra terceiro responsável pelo sinistro.

O tomador do seguro ou o segurado responde, até ao limite da indemnização paga pelo segurador, por acto ou omissão que prejudique os direitos previstos no número anterior.

Cláusula 36ª. Legislação Aplicável

A lei aplicável a este contrato é a Moçambiquena.

Cláusula 37ª. Arbitragem

1. Nos litígios surgidos ao abrigo deste contrato pode haver recurso à arbitragem, a efectuar nos termos da lei.

2. Se, no que respeita a questões de natureza exclusivamente clínica, for controverso o direito da pessoa segura às prestações da seguradora, poderá haver recurso a arbitragem. Caso se tratem de divergências de natureza clínica, os árbitros terão de ser, necessariamente, médicos.

Cláusula 38ª. Foro

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS

As garantias adiante consignadas, estão também sujeitas às disposições contidas nas Condições Gerais, desde que as mesmas não contrariem o estipulado nas Condições Especiais.

I. ASSISTÊNCIA MÉDICA AMBULATÓRIA

Cláusula 1ª - Âmbito da Garantia

1. Ao abrigo da presente Condição Especial fica garantido, até ao valor e nos termos estabelecidos nas Condições Particulares, o pagamento das despesas efectuadas pelo Segurado/Pessoa Segura em regime de Prestações Convencionadas ou Prestações Indemnizatórias com cuidados médicos ambulatoriais.

2. Fica nomeadamente garantido o pagamento das despesas relacionadas com:

a) Honorários médicos de consultas de clínica geral e especialidade;

b) Exames auxiliares de diagnóstico e tratamentos desde que prescritos por Médico;

c) Fisioterapia motivada por:

- Acidente que tenha implicado tratamentos em Hospital;
- Situação pós-cirúrgica;
- Acidente vascular cerebral;

Os tratamentos de Fisioterapia ficam limitados a um máximo de 30 (trinta) sessões por anuidade.

d) Cinesiterapia motivada por doença respiratória;

e) Tratamentos por Raio X (Radioterapia) e Raio laser (excepto se enquadrados na Fisioterapia);

f) Tratamentos de enfermagem, desde que prescritos por médico: injeções, pensos, aplicação de gessos e talas, transfusões, administração de medicamentos e oxigénio;

g) Materiais, equipamentos e produtos quando associados a actos específicos e utilizados durante a execução destes;

h) Medicamentos administrados durante a execução de actos médicos;

i) Terapia da fala desde que motivada por situação pós-cirúrgica, Acidente vascular cerebral e situações traumáticas de origem maxilo-facial e cranio-encefálica

j) Transporte terrestre de ambulância de e para unidades de saúde desde que o estado da Pessoa Segura o justifique.

Cláusula 2ª. Pré-Autorizações

O pagamento das despesas médicas garantidas ao abrigo da presente Condição Especial necessita de pré-autorização nos casos expressamente previstos na Cláusula 26ª.

Cláusula 3ª. Exclusões

Sem prejuízo das exclusões previstas nas Condições Gerais aplicáveis a esta garantia, não fica garantido ao abrigo da presente Condição Especial o pagamento das seguintes despesas com cuidados médicos:

- a) Consultas, tratamentos e cirurgias do foro estomatológico;
- b) Exercícios de ortóptica;
- c) Consultas, tratamentos e exames no âmbito da psicologia;
- d) Consultas e tratamentos de acupunctura, homeopatia, medicina natural ou qualquer outro tipo de medicinas não convencionais;
- e) Enfermagem privativa;
- f) Despesas relacionadas com a gravidez.

II. HOSPITALIZAÇÃO

Cláusula 4ª. Âmbito da Garantia

1. Ao abrigo da presente Condição Especial fica garantido, até ao valor e nos termos estabelecidos nas Condições Particulares, o pagamento das despesas efectuadas, a seguir indicadas, em regime de Prestações Convencionadas ou Prestações Indemnizatórias, com actos médicos de diagnóstico ou terapêutica, cuja realização requeira os meios e serviços específicos de Ambiente Hospitalar, com ou sem Internamento, em Unidade Hospitalar.

2. Fica nomeadamente garantido o pagamento das despesas relacionadas com:

- a) Honorários médicos, nomeadamente os relativos ao Médico cirurgião, anestesista e ajudantes, instrumentistas e enfermeiros anestesistas;
- b) Instalações necessárias a realização dos actos em ambiente hospitalar (bloco operatório, sala de recobro, piso de sala de operação) e material usado (anestesia, oxigénio, material de osteossíntese, próteses intracirúrgicas, etc.);
- c) Internamento em unidades de cuidados intensivos;
- d) Cirurgia realizada em Ambiente Hospitalar mas, regime ambulatorio;
- e) Diárias;
- f) Enfermagem (não privativa);
- g) Exames auxiliares de diagnóstico;
- h) Medicamentos administrados durante o internamento;
- i) Fisioterapia durante o internamento hospitalar;
- j) Transporte terrestre de ambulância para ou do Hospital desde que o estado de saúde da pessoa o justifique.

Cláusula 5ª. Pré-Autorização

O pagamento das despesas médicas garantidas ao abrigo da presente Condição Especial necessita de pré-autorização nos casos expressamente previstos na Cláusula 26ª.

Cláusula 6ª. Exclusões

1. Sem prejuízo das exclusões previstas nas Condições Gerais aplicáveis a esta garantia, não fica garantido ao abrigo da presente Condição Especial o pagamento das despesas de internamento relacionadas com:

- a) Reduções mamárias;

- b) Despesas de natureza particular, tais como: telefone, aluguer de T.V.;
 - c) Enfermagem privativa;
 - d) Despesas com acompanhantes, excepto nos casos de internamento de crianças de idade inferior a 14 anos e limitado a 5.000,00 MT/dia;
 - e) Terapia da dor;
 - f) Internamento motivado por Doenças do foro psíquico.
2. Fica expressamente excluída toda e qualquer responsabilidade da MCS decorrente de falhas ou erros dos prestadores.

III. MEDICAMENTOS

Cláusula 7ª. Âmbito da Garantia

Ao abrigo da presente Condição Especial fica garantido, até ao valor e nos termos estabelecidos nas Condições Particulares, o pagamento dos medicamentos adquiridos pela pessoa segura, em regime de Prestações Convencionadas ou Prestações Indemnizatórias desde que os mesmos se encontrem registados no Ministério da Saúde e tenham sido prescritos por Médico.

Cláusula 8ª. Exclusões

Sem prejuízo das exclusões previstas nas Condições Gerais aplicáveis a esta garantia, não fica garantido ao abrigo da presente Condição Especial o pagamento das despesas com:

- a) Medicamentos para tratamento da obesidade (incluindo obesidade mórbida e suas consequências);
- b) Medicamentos para tratamento da disfunção sexual e da infertilidade;
- c) Vacinas;
- d) Medicamentos de venda livre;
- e) Medicamentos manipulados;
- f) Chás e ervas medicinais;
- g) Produtos de higiene e produtos dermo-cosméticos;
- h) Contraceptivos de qualquer natureza e sua manutenção;
- i) Material de penso.
- j) Medicamentos destinados ao tratamento de doença não coberta ou excluída pela apólice.

IV. ESTOMATOLOGIA

Cláusula 9ª. Âmbito da Garantia

1. Ao abrigo da presente Condição Especial fica garantido, até ao valor e nos termos estabelecidos nas Condições Particulares, o pagamento das despesas efectuadas, em regime de Prestações Convencionadas ou Prestações Indemnizatórias, pela Pessoa Segura com tratamentos do foro estomatológico.

2. Fica nomeadamente garantido o pagamento das despesas relacionadas com:

- a) Consultas;
- b) Destartarização;
- c) Exodontia;
- d) Endodontia;
- e) Restauração dentária;
- d) Cirurgia do foro estomatológico ou maxilo-facial quando motivada por acidente;

Cláusula 10ª. Exclusões

Sem prejuízo das exclusões previstas nas Condições Gerais aplicáveis a esta garantia, não fica garantido ao abrigo da presente Condição Especial o pagamento de:

- a) Despesas de enfermagem privativa, bem como despesas particulares, tais como: telefone, aluguer de T.V., acompanhante, etc., quando haja lugar a internamento;
- b) Radiografias, ortopantomografias e telerradiografias;
- c) Próteses estomatológicas;
- d) Ortodôncia e aparelhos do foro da ortodôncia;
- e) Tratamentos com finalidade estética, nomeadamente, braqueamentos dentários;
- f) Oclusão;
- g) Implantes;
- h) Todos os tratamentos não mencionados na cláusula 9ª.

V. PARTO

Cláusula 11ª. Âmbito da Garantia

1. Ao abrigo da presente Condição Especial fica garantido, até ao valor e nos termos estabelecidos nas Condições Particulares, o pagamento das despesas efectuadas pela Pessoa Segura em regime de Prestações Convencionadas ou Prestações Indemnizatórias em consequência de internamento numa unidade hospitalar quando directamente motivado por:

a) Parto;

b) Cesariana

c) Gravidez e suas consequências.

2. No caso previsto na alínea a) e b) do n.º 1 da presente cláusula, as situações de neonatal nunca podem ser superiores a 30% do capital de hospitalização, salvo se for expressamente indicado o novo limite nas condições particulares.

3. Fica nomeadamente garantido o pagamento das despesas relacionadas com:

a) Honorários médicos, nomeadamente os relativos ao Médico obstetra, pediatra, bem como do anestesista, ajudantes e instrumentistas quando tal se justifique;

b) Instalações necessárias à realização dos actos (bloco operatório, sala de recobro, sala de parto, etc....) e material usado (gases de anestesia, oxigénio, etc....);

c) Exames auxiliares de diagnóstico;

d) Enfermagem (não privativa);

e) Diárias, quer da parturiente, quer do recém-nascido;

f) Medicamentos administrados durante o internamento;

h) Consultas e Exames relacionados com a gravidez quer em regime de internamento quer em regime ambulatorio;

i) Exames de amniocentese e rastreio pré-natal, desde que justificado clinicamente;

j) Ecografias morfológicas até ao limite indicado nas condições particulares;

k) Transporte terrestre de ambulância para ou do Hospital.

Cláusula 12ª. Pré-Autorização

O pagamento das despesas médicas garantidas ao abrigo da presente Condição Especial necessita de pré-autorização nos casos expressamente previstos na Cláusula 26ª.

Cláusula 13ª. Exclusões

Sem prejuízos das exclusões prevista nas Condições Gerais aplicáveis a esta garantia, não fica garantido ao abrigo da presente Condição Especial o pagamento de:

- a) Despesas de natureza particular, tais como: telefone, aluguer de T.V.,;
- b) Enfermagem privativa;
- c) Despesas com acompanhante;
- d) Ginástica de preparação para o parto;
- e) Consultas de psiquiatria associadas à depressão pós-parto.

VI. PRÓTESES E ORTÓTESES

Cláusula 14ª. Âmbito da Garantia

1. Ao abrigo da presente Condição Especial fica garantido, até ao valor e nos termos estabelecidos nas Condições Particulares, o pagamento das despesas efectuadas pela Pessoa Segura com próteses e ortóteses em Regime de Prestações indemnizatórias, desde que prescritas por Médicos, ou ainda por optometristas nos casos previstos na alínea a) do número seguinte.

São consideradas **próteses**, os instrumentos clinicamente concebidos que substituem total ou parcialmente a perda de um membro ou órgão.

São consideradas **ortóteses**, os instrumentos clinicamente concebidos e/ou recomendados que têm por finalidade ajudar o membro ou órgão a cumprir, no todo ou em parte, as suas funções.

2. Fica nomeadamente garantido o pagamento das despesas relacionadas com:

- a) Aquisição de aros e respectivas lentes graduadas;
- b) Aquisição de próteses e ortóteses auditivas e ortopédicas;
- c) Aquisição ou aluguer de cadeiras de rodas, camas articuladas;
- d) Aquisição de cintas ortopédicas.

Cláusula 15ª. Exclusões

Sem prejuízo das exclusões previstas nas Condições Gerais aplicáveis, a esta garantia não fica garantido ao abrigo da presente Condição Especial o reembolso das despesas com:

- a) Óculos de sol;
- b) Próteses e ortóteses do foro estomatológico;
- c) Aquisição de collants e meias elásticas;
- d) Colchões e almofadas ortopédicos;
- e) Calçado ortopédico e outros meios de correcção similares;
- f) Lentes de contacto cosméticas e graduadas;
- g) Todas as próteses e ortóteses não mencionadas na cláusula anterior.

3) Informações sobre hospitais, clínicas, centros de saúde ou de primeiros socorros e médicos

O Serviço de Assistência prestará informações ao Segurado / Pessoa Segura sobre hospitais, clínicas, centros saúde ou de primeiros socorros e médicos, de natureza pública ou privada, particularmente equipados ou indicados para o tratamento de doenças ou lesões específicas.

4) Aconselhamento Médico

Mediante solicitação, a equipa de médicos do Serviço de Assistência presta orientação médica, por telefone, à Pessoa Segura, nas condições que sejam compatíveis com as regras da profissão.

As respostas emitidas baseiam-se nos elementos facultados pela Pessoa Segura, não sendo o Serviço de Assistência responsável por interpretações dessas respostas.

O apoio médico solicitado e prestado telefonicamente implica, única e exclusivamente, a responsabilidade própria decorrente deste tipo de intervenção, dentro da conjuntura em que é praticada.

Este aconselhamento médico não substitui o recurso aos serviços de urgência hospitalar nem constitui em si uma consulta médica.

Cláusula 18ª. Exclusões

Sem prejuízo das exclusões previstas nas Condições Gerais aplicáveis a esta garantia, não fica garantido ao abrigo da presente Condição Especial o reembolso das despesas com:

a) Acções de salvamento, assistência médica primária e primeiro transporte medicalizado, sempre que existam e possam ser accionados meios públicos para o efeito.

VIII. 2ª. OPINIÃO MÉDICA

Cláusula 19ª. Âmbito da Garantia

1. Ao abrigo da presente Condição Especial, quando prevista nas Condições Particulares, caso se revele necessário, a Gestora de Serviços de Saúde / SEGURADORA desenvolve as acções necessárias à recolha de uma Segunda Opinião Médica por parte dos melhores especialistas a nível internacional, relativamente ao diagnóstico da patologia e respectivos tratamentos adequados.
2. Para o efeito, a Gestora dos Serviços de Saúde / SEGURADORA coordena a recolha da informação, solicitando, se tal for necessário, a realização de novos exames médicos, análises clínicas e/ou radiografias, e procede ao envio da mesma para o médico especialista que considere mais apropriado tendo em conta a patologia da Pessoa Segura.
3. Logo que o médico especialista se pronuncie, a Gestora dos Serviços de Saúde / SEGURADORA procede à interpretação do relatório e envia à Pessoa Segura as conclusões e recomendações finais.

IX. REDE / ASSISTÊNCIA MÉDICA NO ESTRANGEIRO

Cláusula 20ª. Âmbito da Garantia

1. Ao abrigo da presente Condição Especial, por iniciativa da pessoa segura, e desde que a aplicação da presente Cláusula seja expressamente indicada nas Condições Particulares da Apólice, nos termos e limites desta, fica garantido, nos países nestas igualmente identificados, o pagamento de despesas de saúde, nas condições a seguir indicadas.

2. Deste modo, a SEGURADORA assegura a prestação dos seguintes serviços:

- a) Selecção e fornecimento de referências à Pessoa Segura sobre os médicos especialistas e hospitais estrangeiros seleccionados pela Gestora / SEGURADORA a pedido da Pessoa Segura, ou directamente indicados por esta;
- b) Obtenção de orçamentos e custos estimados com honorários e hospitalização relativos ao serviço médico a realizar no estrangeiro;
- c) Esclarecimentos dos trâmites prévios necessários à admissão da Pessoa Segura no hospital;
- d) Apresentação e orientação da Pessoa Segura no hospital onde será internada e coordenação do atendimento a prestar;
- e) Revisão, controlo e análise das facturas correspondentes aos tratamentos / consultas efectuados;
- f) Realização de auditorias completas a todas as facturas e despesas médicas suportadas pela Pessoa Segura;
- i) Negociação de descontos a favor da Pessoa Segura junto dos médicos especialistas e hospitais.

4. A presente extensão territorial não produzirá efeitos em relação às despesas de saúde garantidas ao abrigo da Condição Especial “Hospitalização”, quando, de acordo com o estado de saúde da Pessoa Segura, os tratamentos a realizar no estrangeiro tenham uma finalidade meramente paliativa.

Cláusula 21ª. Condições de Funcionamento

1. As despesas realizadas ao abrigo desta Condição Especial ficarão garantidas nos países indicados, quando efectuadas em regime de prestações convencionadas junto dos prestadores indicados pela Gestora de Serviços de Saúde / SEGURADORA e em regime de prestação indemnizatória.

2. A utilização desta garantia estará sujeita ao regime estabelecido nas demais condições especiais (âmbito, limites, exclusões) nos termos da cobertura accionada.

3. As “Despesas com Medicamentos” realizadas nos países indicados apenas serão objecto de reembolso por parte da SEGURADORA, desde que os mesmos sejam prescritos por médicos da rede convencionada no âmbito de consultas ou actos médicos realizados ao abrigo das Condições Especiais contratadas.

4. Os exames de “COVID-19” realizados apenas serão objecto de acetiação por parte da SEGURADORA, desde que os mesmos sejam prescritos por médicos da rede convencionada no âmbito de consultas ou actos médicos realizados ao abrigo das Condições Especiais contratadas.

Cláusula 22ª. Pré-Autorização

Quando, atendendo à natureza da despesa e / ou do acto médico a realizar no estrangeiro, for necessária a pré-autorização da Gestora dos Serviços de Saúde / SEGURADORA, as despesas de saúde referidas na cláusula 20ª só ficarão garantidas desde que a pré-autorização tenha sido solicitada pela Pessoa Segura e previamente aceite pela Gestora dos Serviços de Saúde / SEGURADORA.

Cláusula 23ª. Exclusões

Pela além das exclusões previstas nas Condições Gerais e nas demais Condições Especiais estão excluídos do âmbito desta garantia:

- a) Despesas de transporte para o estrangeiro;
- b) Despesas de alojamento no estrangeiro;
- c) Despesas com o acompanhante;
- d) Quaisquer perdas ou danos originados, directa ou indirectamente, pela opinião dos médicos e /ou profissionais que não façam parte da rede de convencionada.

X. EVACUAÇÃO E REPATRIAMENTO

Cláusula 24ª. Âmbito da Garantia

1. Ao abrigo da presente Condição Especial, quando prevista nas Condições Particulares, a SEGURADORA, desenvolve as acções necessárias à evacuação da pessoa segura, para o exterior do país e respectivo repatriamento, caso se revelem esgotadas as capacidades locais, para o restabelecimento da saúde do paciente, carecendo sempre este serviço de pré-autorização aos serviços clínicos da Gestora de Serviços de Saúde / SEGURADORA.

2. A Gestora dos Serviços de Saúde decidirá o lugar para o qual a pessoa segura será evacuada e o tipo de transporte adequado, tendo em atenção o estado da Pessoa Segura, o nível da emergência, a capacidade de viajar, as condições climáticas e outras circunstâncias relevantes, que determinarão se o transporte será feito por avião clinicamente equipado, helicóptero, voo regular, comercial, comboio ou estrada.

Cláusula 25ª. Despesas de Viagem e Alojamento

Dentro dos limites especificados na apólice, A SEGURADORA, assumirá as despesas de tarifas de voo em classe económica, e de acomodação, fundamentais ao conforto da pessoa segura no estrangeiro, de modos a sem transtorno, retornar ao país de origem da apólice.

Cláusula 26ª. Permanência da Pessoa Segura no Exterior do País após Alta Hospitalar

Após a alta médica e havendo a necessidade de permanência da pessoa segura no exterior do país para continuação do tratamento, caso haja orientação médica neste sentido, a SEGURADORA cobrirá as despesas médicas e de alojamento pelo período máximo de 5 (cinco) dias, contados da data da alta médica.

Cláusula 27ª. Repatriamento da Pessoa Segura

1. Após a estabilização e/ou cura clínica, a SEGURADORA organizará o repatriamento da Pessoa Segura em voo comercial e em classe económica, salvo se a sua condição impuser outro tipo de transporte, solicitado o parecer do seu médico assistente em Moçambique em consulta com o médico que o assiste no exterior, de modos a se determinar se o tratamento desta deverá ou não continuar no país de origem da Apólice.

Cláusula 28ª. Morte da Pessoa Segura no Estrangeiro

1. Em caso de morte da Pessoa Segura no estrangeiro, A SEGURADORA fará as diligências necessárias ao repatriamento e cobrirá as despesas de preparação, transladação ou repatriamento dos restos mortais da Pessoa Segura, dentro dos limites do capital estabelecido nas Condições Particulares da Apólice.

2.Ouvida a equipa médica, A SEGURADORA decidirá o meio de transporte adequado a utilizar desde o local da morte da Pessoa Segura até ao seu país de origem ou local indicado pelos seus familiares.

Cláusula 29ª. Supervisão Médica

A evacuação e/ou repatriamento da Pessoa Segura serão realizadas sob supervisão médica, a não ser que o contrário seja previamente acordado pelo médico da SEGURADORA.

Cláusula 30ª. Autópsias

Quando não haja impedimento legal, a SEGURADORA poderá exigir uma autópsia em caso de morte da Pessoa Segura.