



RESUMO DAS CONDIÇÕES GERAIS EM PODER DA UNICRE

CARTÃO GOLD EXCLUSIVE e BUSINESS GOLD

APÓLICE Nº 505.000 - DOENÇA GRUPO

ARTIGO PRELIMINAR

O contrato de seguro estabelecido entre a **GROUPAMA SEGUROS, S.A.**, adiante designada por **seguradora** e a **UNICRE-CARTÃO INTERNACIONAL DE CRÉDITO, S.A.**, adiante designada por **tomador de seguro**, cujas coberturas e exclusões a seguir transcrevemos, dando cumprimento ao disposto no ponto 1 do artº 4º do Dec. Lei 176/95, rege-se pelas condições gerais, especiais e particulares que se encontram em poder do tomador de seguro.

ARTIGO 1º - DEFINIÇÕES

Para efeitos daquele contrato entende-se por:

SEGURADORA: A entidade legalmente autorizada para a exploração do Ramo Doença, que subscreve o presente contrato.

SEGURADO: O titular do cartão de Crédito, válido, emitido pelo tomador de seguro com a designação **Unibanco Gold Exclusive ou Unibanco Business Gold** que à data de adesão não tenha atingido os 65 anos de idade.

DATA DE ADESÃO: Data de subscrição do cartão crédito.

DOENÇA: Alteração involuntária do estado de saúde, não causada por acidente e comprovada por médico.

DOENÇA MANIFESTADA: Doença que se haja revelado, tenha sido objecto de um diagnóstico inequívoco e/ou dado lugar ao respectivo tratamento.

DOENÇA SÚBITA: Qualquer alteração involuntária e imprevisível do estado de saúde, que requeira tratamento de urgência em hospital, quer em regime de internamento, quer em regime ambulatorio.

ACIDENTE: Acontecimento fortuito, súbito e anormal, devido a causa exterior e estranha à vontade da pessoa segura, e que nele origine lesões corporais, que possam ser clinica e objectivamente constatadas.

ACIDENTE E DOENÇA PRÉ-EXISTENTE: Qualquer acidente que tenha ocorrido ou qualquer doença que se tenha manifestado ou que tenha dado origem a qualquer tratamento médico, em data anterior à data da entrada em vigor das garantias.

ESTABELECIMENTO HOSPITALAR: Estabelecimento público ou privado, oficialmente reconhecido como tal, qualquer que seja a sua designação, destinado ao tratamento de doentes e acidentados, que disponha, com carácter permanente, de assistência médica, cirúrgica e de enfermagem.

Excluem-se, expressamente, casas de repouso, saúde e de convalescença, termas, lares de terceira idade, centros de tratamento de tóxico-dependentes e alcoólicos e outras instituições similares.

MÉDICO: Licenciado por Faculdade de Medicina, legalmente autorizado a exercer a sua profissão no país onde o acto médico tiver lugar e inscrito na Ordem dos Médicos ou organismo equivalente nesse país.

Excluem-se, expressamente, o cônjuge, pais, filhos e irmãos da pessoa segura.

DESPESA MÉDICA: Despesa contraída pela pessoa segura para aquisição de bens ou serviços, desde que prescritos por médico, para tratamento de doença ou lesão resultante de acidente.

PERÍODO DE CARÊNCIA: Período de tempo que medeia entre a data de adesão de cada pessoa segura e a data de entrada em vigor das garantias.

SINISTRO: O evento ou série de eventos resultantes de uma mesma causa susceptível de fazer funcionar as garantias do contrato.

FRANQUIA: Importância que, em caso de sinistro, fica a cargo da pessoa segura e cujo montante se encontra estipulado nas condições particulares.

SERVIÇOS CLINICAMENTE NECESSÁRIOS: Bens, serviços ou cuidados de saúde aprovados directamente pela seguradora, desde que sejam:

- necessários para tratamento de doença ou de lesão resultante de acidente das Pessoas Seguras;
- adequados à situação diagnosticada;
- prestados da forma mais eficiente em termos de custo e mais adequada ao tipo de serviço a prestar;
- de reconhecida validade clínica.

CAPITAL SEGURO: Valor máximo da comparticipação da seguradora nas despesas médicas garantidas pela apólice, por pessoa segura e por anuidade.

TRATAMENTO DE URGÊNCIA: Aquele que é efectuado no prazo máximo de 48 horas após o sinistro.

ARTIGO 2º - OBJECTO E GARANTIAS DO CONTRATO

O presente contrato garante, nos termos e limites fixados nas condições particulares, a comparticipação das despesas médicas efectuadas pelo segurado exclusivamente durante o **Internamento Hospitalar**, correspondentes a:

ASSISTÊNCIA HOSPITALAR:

1. Diária hospitalar do segurado;
2. Honorários médicos e cirúrgicos:
 - a) Honorários do cirurgião, anestesista e ajudantes ;
 - b) Outros honorários médicos.
3. Outras despesas de internamento:
 - a) Enfermagem geral (não privativa);
 - b) Alojamento de acompanhante de pessoa segura até 12 anos de idade;
 - c) Medicamentos administrados durante o Internamento;
 - d) Elementos auxiliares de diagnóstico;
 - e) Piso da sala de operações e material utilizado (nomeadamente gases de anestesia, oxigénio, material de osteossíntese, próteses intracirúrgicas);
 - f) Transporte de ambulância para e do hospital desde que o estado de saúde da pessoa segura o justifique;
 - g) Cirurgia em regime ambulatorio, desde que realizada em ambiente Hospitalar;

- h) Quimioterapia /Radioterapia em regime ambulatorio, desde que realizada em ambiente Hospitalar;
- i) Internamento resultante de tratamentos refractivos à miopia, astigmatismo e hipermetropia (cirúrgicos ou a laser) para situações com mais de quatro (4) dioptrias;
- j) Internamento motivado por doenças do foro psíquico, no máximo de quinze dias por anuidade.

ARTIGO 3º - ÂMBITO TERRITORIAL

1. O seguro é válido em Portugal Continental e Regiões Autónomas dos Açores e Madeira.

2. Fica no entanto abrangida a assistência médica realizada no estrangeiro, desde que:

2.1. Se verifique Internamento Hospitalar, em consequência de acidente ou Doença súbita ocorrido durante permanência no Estrangeiro não superior a 45 dias, podendo optar entre as seguintes alternativas:

- a) Contactar previamente a **EUROP ASSISTANCE**, sendo as facturas de todas as despesas efectuadas enviadas pelo estabelecimento hospitalar para a seguradora, ficando apenas a franquia a aplicar em função do tipo de sinistro, a cargo do segurado;

§ único -Sempre que tiver necessidade de recorrer à assistência hospitalar **EUROP ASSISTANCE**, deve contactar o Serviço de Atendimento Permanente multilíngue, pedindo uma chamada a pagar no destinatário (Collect Call) para a linha: 351-1-21.386.01.19 - Portugal

- b) Solicitar, à posteriori, o reembolso das despesas efectuadas, enviando os respectivos documentos comprovativos, em conformidade com os critérios estabelecidos para a sua aceitação.

Se o título de transporte for adquirido com o cartão, o capital máximo é de \$100.000 USD..

2.2. Prescrita pelo médico assistente do segurado e com o **acordo prévio** da Seguradora.

ARTIGO 4º - EXCLUSÕES

1. Fica excluída deste contrato a comparticipação de despesas resultantes de:

- a) Alcoolismo e tratamentos relativos à toxicoddependência, bem como todas as doenças ou lesões adquiridas pela Pessoa Segura por ter agido sob influência de álcool, estupefacientes, outras drogas ou produtos tóxicos, quando não prescritos por receita médica;
- b) Acidentes e doenças pré-existentes bem como de correcção de doenças e malformações congénitas, excepto quando digam respeito a filhos nascidos durante a vigência do contrato e incluídos no contrato de seguro no prazo de 30 dias a contar da data de nascimento, desde que o contrato esteja pelo menos há um ano em vigor na Groupama;
- c) Doenças ou lesões resultantes dos efeitos da radioactividade e doenças epidémicas oficialmente declaradas;
- d) Curas de repouso, convalescença, tratamentos termais e consultas, exames ou tratamentos de emagrecimento, incluindo os relativos à obesidade mórbida e rejuvenescimento;
- e) Correcções estéticas ou plásticas, excepto se resultarem de doença manifestada ou acidente ocorrido na vigência do contrato;
- f) Intervenções para extracção de nevos, sinais, quistos e verrugas, quando as mesmas se revestirem de carácter estético;
- g) Testes de gravidez, Check-up e exames gerais de saúde;
- h) Sida e suas implicações;

- i) Enfermagem privativa;
- j) Tratamentos de infertilidade ou qualquer método de fecundação artificial;
- k) Quaisquer despesas associadas a métodos contraceptivos ou realizadas com essa finalidade, nomeadamente quaisquer métodos de controlo de natalidade e planeamento familiar (Despesas com medicamentos, tratamentos ou intervenções cirúrgicas com finalidades contraceptivas);
- l) Acidentes resultantes de crimes ou actos dolosos da pessoa segura, intervenção voluntária em duelos ou rixas, bem como de tentativa de suicídio;
- m) Acidentes ocorridos na prática profissional de desportos, na prática de provas desportivas integradas em campeonatos e nas competições com veículos providos ou não de motor, assim como respectivos treinos;
- n) Acidentes ocorridos na prática de sky e outros desportos de neve, sky aquático, mergulho e caça submarina, boxe, espeleologia, karaté e outras artes marciais, paraquedismo, parapente, tauromaquia, escalada, rappel, alpinismo e outros desportos analogamente perigosos;
- o) Acidentes ocorridos e doenças contraídas em consequência de calamidades naturais de tipo catastrófico, durante revoluções ou devido à existência de um estado de guerra, declarado ou não;
- p) Acidentes ocorridos e doenças contraídas devido a participação em greves, assaltos, tumultos, distúrbios laborais, alterações da ordem pública, actos de terrorismo, como tal considerados pela legislação penal portuguesa vigente e de sabotagem;
- q) Acidentes de trabalho e doenças profissionais, conforme legislação em vigor;
- r) Despesas com deslocações e alojamento em Portugal e no estrangeiro;
- s) Cirurgias para correcção da roncopatia;
- t) Tratamentos refractivos à miopia, astigmatismo e hipermetropia (cirúrgica ou laser) para situações com menos de quatro dioptrias;
- u) Tratamentos de hemodiálise e transplante de órgãos;
- v) Despesas de natureza particular (telefone, aluguer de T.V., despesas de bar e outras) e as efectuadas com acompanhantes não previstos no ponto 3 b) do artigo 3º.
- w) Cirurgia do foro estomatológico, excepto se em consequência de acidente, que tenha requerido tratamento de urgência em Hospital, abrangido por este contrato e ocorrido durante a sua vigência;
- x) Parto normal, Cesariana ou interrupção da gravidez;

ARTIGO 5º - INÍCIO DAS GARANTIAS

1. Em caso de doença a entrada em vigor das garantias está sujeita ao período de carência de 60 dias;
2. **O período de carência é alargado para 365 dias em caso de:**
 - intervenção cirúrgica às varizes de causa não estética;
 - amigdalectomia, adenoidectomia, intervenção cirúrgica aos ouvidos;
 - rinoseptoplastia;
 - litotricia renal e vesicular;
 - hemorroidectomia;
 - intervenção cirúrgica a úlcera gastroduodenal;
 - histerectomia por patologia benigna;
 - mastectomia total ou parcial por patologia benigna;
 - tiroidectomia total ou parcial por patologia benigna;
 - colecistectomia;

- cirurgia artroscópica;
- cirurgia relacionada com hipertrofia benigna da próstata;
- cataratas;
- tratamentos refractivos à miopia, astigmatismo e hipermetropia (cirúrgica ou laser) para situações com mais de quatro dioptrias;
- correcção da apneia do sono devidamente comprovada;
- plastia mamária de causa não estética;
- Intervenções cirúrgicas a hérnias.

§ único - Os prazos previstos nos pontos anteriores, contam-se a partir da data da adesão do Segurado.

3. Não haverá lugar à aplicação de qualquer período de carência em caso de acidente que requeira tratamento de urgência em hospital

ARTIGO 6º - CESSAÇÃO DAS GARANTIAS

As garantias concedidas pelo presente contrato cessam, automaticamente em relação a cada segurado:

1. no final da anuidade em que perfaça 70 anos de idade;
2. que deixe de ser titular do Cartão;

ARTIGO 7º - SUSPENSÃO DAS GARANTIAS

O contrato ficará suspenso em relação a cada segurado que for chamado a prestar serviço militar, ou permaneça no estrangeiro por um período superior a 45 dias, cessando a suspensão logo que se verifique, respectivamente, o seu regresso à vida civil ou ao País e após comunicação à seguradora.

ARTIGO 8º - REDUÇÃO E RESOLUÇÃO DO CONTRATO

1. O não pagamento pelo tomador de seguro do prémio relativo a uma anuidade subsequente ou de uma sua fracção, determina a não renovação ou a resolução automática e imediata do contrato, na data em que o pagamento seja devido.
2. O tomador de seguro pode, a todo o tempo, resolver o contrato, mediante aviso registado, ou por outro meio do qual fique registo escrito, à seguradora, com a antecedência mínima de 30 dias em relação à data em que a resolução produz efeitos.
3. A seguradora só pode resolver o contrato ou dele excluir uma pessoa segura, na data do vencimento ou, fora dele, com fundamento previsto na lei, mediante correio registado, ou por outro meio do qual fique registo escrito, ao tomador de seguro.
4. Em caso de não renovação do contrato por parte da seguradora, e pelo período de um ano, a mesma responderá, até que se mostre esgotado o capital anualmente seguro, pelo reembolso das despesas resultantes de doenças manifestadas durante o período de vigência do contrato ou de acidentes ou outros factos geradores de indemnização ocorridos no mesmo período, desde que cobertos pelo contrato e declarados até oito dias após o seu termo, salvo por motivo de força maior.
5. É aplicável o disposto no número anterior à não renovação da cobertura relativamente a um segurado.
6. O montante do prémio a devolver ao tomador de seguro em caso de cessação antecipada do contrato será calculado proporcionalmente ao período de tempo que decorreria até ao seu vencimento.
7. A redução ou resolução do contrato produz os seus efeitos às 24 horas do próprio dia em que ocorra.

ARTIGO 9º - NULIDADE DA ADESÃO



1. A adesão considera-se nula e, conseqüentemente, não produzirá quaisquer efeitos em caso de sinistro, quando da parte do tomador de seguro ou do segurado tenha havido, no momento da adesão, declarações inexactas assim como reticências de factos ou circunstâncias dele conhecidas, e que teriam podido influir sobre a existência ou condições do contrato.

2. Se as referidas declarações ou reticências tiverem sido feitas de má fé, a seguradora terá direito ao prémio por inteiro, sem prejuízo da nulidade do contrato nos termos do número anterior.

§ único - Entende-se por má fé o conhecimento por parte do tomador de seguro ou do segurado, de que as declarações por este prestadas são inexactas ou incompletas.

ARTIGO 10º - COEXISTÊNCIA DE CONTRATOS

1. O tomador de seguro e o segurado ficam obrigados a participar à seguradora, sob pena de responder por perdas e danos, a existência de outros seguros garantindo o mesmo risco.
2. Existindo, à data do sinistro, mais de um contrato de seguro garantindo o mesmo risco, a presente apólice apenas funcionará em caso de inexistência, nulidade, ineficácia ou insuficiência de seguros anteriores.
3. No caso de haver complementaridade entre esta Apólice e outros esquemas de protecção, o total das participações pagas por outras entidades / instituições e pela Groupama não poderá em caso algum ser superior ao valor real das despesas efectuadas pelo Segurado.

ARTIGO 11º - OBRIGAÇÕES DO TOMADOR DE SEGURO E DO SEGURADO

Verificando-se qualquer evento que faça funcionar as garantias deste contrato, o tomador de seguro ou o segurado, sob pena de responder por perdas e danos obrigam-se a:

1. comunicar à seguradora a ocorrência de internamento hospitalar, originado por doença ou acidente abrangido por este contrato, por escrito, nos 15 dias imediatos àqueles em que se verificaram ou que deles teve conhecimento;
 2. quando o segurado 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 poderá solicitar à Pessoa Segura a prestação de garantias que assegurem a restituição do valor adiantado pela Seguradora, mas não garantido ao abrigo da apólice;
 3. comunicar à seguradora no mesmo prazo, a ocorrência de acidente, indicando a sua descrição (data, local, hora, causas e consequências), testemunhas e autoridades que dele tomaram conhecimento e a identificação do eventual responsável;
 4. cumprir rigorosamente as prescrições do médico escolhido;
 5. sujeitar-se a exames, por médicos designados pela seguradora, caso esta o considere necessário;
 6. a entregar relatório médico à seguradora e autorizar os médicos a prestarem todas as informações ou documentos referentes ao sinistro participado, com a finalidade de a documentar sobre o processo;
 7. entregar os seguintes documentos:
 - a) prescrição médica dos serviços prestados que originaram as despesas;
 - b) originais de documentos oficiais comprovativos das despesas, com descrição pormenorizada dos serviços prestados e discriminação das mesmas despesas.
- § único** Quando for pedida participação a outra entidade, serão aceites fotocópias, sendo necessário que estas contenham o carimbo dessa entidade e sejam acompanhadas de documento comprovativo do valor reembolsado.
8. apenas serão comparticipadas as despesas desde que, os documentos referidos no número anterior sejam apresentados ao corretor **VILLAS BOAS** no prazo máximo de 120 dias a contar da data da sua realização.

ARTIGO 12º - LIBERDADE DE ESCOLHA



São de livre escolha do segurado, os médicos, estabelecimento hospitalar e quaisquer outros prestadores de serviços a utilizar.

ARTIGO 13º - LIQUIDAÇÃO DAS DESPESAS

1. A seguradora obriga-se a reembolsar o segurado, das despesas que forem devidas, no prazo máximo de 30 dias após a recepção dos documentos comprovativos;
2. Se após cura aparente, com conseqüente retorno do segurado à sua actividade normal, houver recaída dentro do prazo de um mês, tanto a hospitalização como a intervenção cirúrgica conseqüente, serão consideradas como se se tratasse de um único e mesmo sinistro.
3. Os pagamentos a processar pela seguradora são efectuados em euros e em Portugal. No caso de despesas efectuadas em moeda estrangeira, a sua conversão para o euro será feita à taxa de câmbio indicativa ("fixing" do Banco de Portugal) do dia em que foi efectuada a despesa.
4. Os pagamentos referidos no ponto 3., serão processados da seguinte forma:
 - a) na percentagem estipulada nas condições particulares, sobre o custo das despesas médicas a cargo da pessoa segura, depois de deduzida a franquia indicada nas citadas condições.
 - b) em relação aos honorários clínicos do cirurgião, anestesista e ajudantes intervenientes na cirurgia, as participações da seguradora são calculadas na percentagem estipulada nas condições particulares sobre o custo das despesas a cargo da pessoa segura, tendo por limite máximo as regras de quantidade e remuneração ("C" "K"), constantes do "Código de Nomenclatura e Valor Relativo dos Actos Médicos", publicado pela Ordem dos Médicos em 1997.

CAPITAIS E FRANQUIAS

1. CAPITAL MÁXIMO POR SEGURADO E POR ANO

Assistência Hospitalar - € 50.000,00

2. FRANQUIAS

Em caso de sinistro haverá lugar à dedução da seguinte franquia:

Acidente - € 2.000,00

Doença - € 3.000,00

Limite máximo da franquia por ano/segurado - € 3.000,00