

APÓLICE DE SEGURO DE DOENÇA GRUPO
CONDIÇÕES GERAIS DA APÓLICE

ARTIGO PRELIMINAR

Entre a **GROUPAMA SEGUROS S.A.**, adiante designada por seguradora, e o tomador de 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 prestadas pelo tomador de seguro e pelas pessoas seguras, designadamente na proposta, boletins de adesão e respectivos questionários individuais de saúde, que lhe servem de base e da qual ficam fazendo parte integrante.

CAPÍTULO I

DEFINIÇÕES, OBJECTO E GARANTIAS DO CONTRATO, COBERTURAS FACULTATIVAS, DETERMINAÇÃO DOS VALORES SEGUROS, ÂMBITO TERRITORIAL E EXCLUSÕES

ARTIGO 1º - DEFINIÇÕES

Para efeitos do presente contrato entende-se por:

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

TOMADOR DE SEGURO: A pessoa ou entidade que contrata com a seguradora, sendo responsável pelo pagamento dos prémios.

SEGURADO: A pessoa cuja saúde ou integridade física se segura, e que se encontra identificada nas condições particulares.

AGREGADO FAMILIAR DO SEGURADO: O seu cônjuge ou equiparado e respectivos filhos, enteados ou adoptados, solteiros até aos 24 anos, desde que com eles vivam em comunhão de mesa e habitação e não exerçam profissão remunerada.

Para efeitos contratuais tem os mesmos direitos e obrigações do segurado.

PESSOAS SEGURAS: O segurado e os elementos do respectivo agregado familiar, quando expressamente incluídos.

SEGURO DE GRUPO: Seguro de um conjunto de pessoas, ligadas entre si e ao tomador de seguro por um vínculo ou interesse comum.

SEGURO DE GRUPO CONTRIBUTIVO: Seguro de grupo em que a pessoa segura contribui no todo ou em parte para o pagamento do prémio.

SEGURO DE GRUPO NÃO CONTRIBUTIVO: Seguro de grupo em que o tomador de seguro contribui na totalidade para o pagamento do prémio.

BOLETIM DE ADESÃO: Impresso onde constam informações que dizem respeito à pessoa segura e elementos relativos à sua identificação.

DOENÇA: Alteração involuntária do estado de saúde, não causada por acidente e susceptível de constatação médica objectiva.

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 nela origine lesões corporais, que possam ser clínica 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.

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.

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, de 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 clinicamente necessários, 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.

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

COMPARTICIPAÇÃO: Percentagem das despesas médicas a reembolsar pela Seguradora.

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

ARTIGO 2º - OBJECTO DO CONTRATO

1. Pelo presente contrato a seguradora garante, em caso de doença e/ou acidente, nos termos destas condições gerais e das condições especiais aplicáveis, as coberturas expressamente contratadas e indicadas nas condições particulares e com os limites nestas fixados, mediante:

- a) O reembolso das despesas efectuadas com cuidados de saúde;
- b) O pagamento directo aos prestadores dos serviços de saúde;
- c) O reembolso e o pagamento referidos nas alíneas a) e b).

2. Se os custos dos serviços prestados e referidos nas alíneas **b)** e **c)** do nº 1 excederem o respectivo limite de valor seguro, por garantia e por pessoa segura, o tomador de seguro é responsável e devedor, perante a seguradora, pelo excesso verificado.

3. O presente contrato não garantirá o pagamento de quaisquer despesas médicas ou medicamentosas reclamadas pela rede de hospitais e outras instituições que integrem o Serviço Nacional de Saúde, quando a Pessoa Segura, sendo beneficiária de tal serviço, aí for assistida.

Fica no entanto garantido o pagamento das respectivas taxas moderadoras.

ARTIGO 3º - GARANTIAS DO CONTRATO

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

ASSISTÊNCIA HOSPITALAR:

1. Diária hospitalar da pessoa segura;
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 4º - EXCLUSÕES

1. Salvo convenção expressa nas condições particulares não serão comparticipadas as despesas resultantes de:
 - a) Alcoolismo e tratamentos relativos à toxicodependência, 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 nervos, 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 roncopia;
- 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.

2. Relativamente à garantia de assistência hospitalar, ficam ainda excluídas as despesas resultantes de:

- a) 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;
- b) Parto normal, Cesariana ou interrupção da gravidez;

ARTIGO 5º - GARANTIAS FACULTATIVAS

Mediante convenção expressa nas condições particulares, poderão ser objecto do presente contrato outras garantias, de harmonia com as coberturas e exclusões constantes nas respectivas condições especiais, que tiverem sido contratadas.

ARTIGO 6º - DETERMINAÇÃO DOS VALORES SEGUROS

Os valores seguros, nomeadamente máximos anuais garantidos, percentagens de comparticipação e franquias, são estabelecidos mediante acordo prévio entre a seguradora e o tomador de seguro.

ARTIGO 7º - ÂMBITO TERRITORIAL

O seguro é válido em Portugal Continental e Regiões Autónomas dos Açores e Madeira. Fica, no entanto, abrangida a assistência médica realizada no estrangeiro, desde que:

- a) Resulte de acidente ou doença súbita verificados durante permanência não superior a 45 dias ou,
- b) Prescrita pelo médico assistente da pessoa segura e com o **acordo prévio** da Seguradora.

CAPÍTULO II

INÍCIO, CESSAÇÃO E SUSPENSÃO DAS GARANTIAS

ARTIGO 8º - INÍCIO DAS GARANTIAS

1. Em caso de doença a entrada em vigor das garantias está sujeita ao período de carência estipulado nas condições particulares;
2. **Salvo convenção em contrário, o período de carência é alargado para:**

a) 300 dias em caso de:

- Todas as despesas originadas por gravidez.

b) 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;
- Tireoidectomia 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;
- Correção 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 da pessoa segura.

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

ARTIGO 9º - CESSAÇÃO DAS GARANTIAS

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

1. Na data aniversária do contrato imediatamente a seguir à data em que perfaça a idade estipulada nas condições particulares ou, no caso dos filhos, quando perfaçam os 24 anos de idade;
2. No momento em que deixe de fazer parte do agregado familiar;
3. Data a partir da qual deixe de existir o vínculo ou interesse comum que une o Tomador de Seguro e o Segurado;
4. As coberturas do Agregado Familiar terminam na mesma data de cessação das garantias do Segurado.

ARTIGO 10º - SUSPENSÃO DAS GARANTIAS

O contrato ficará suspenso em relação a cada pessoa segura 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.

CAPÍTULO III

INÍCIO, ELIGIBILIDADE E FUNCIONAMENTO DO GRUPO, DURAÇÃO, RESOLUÇÃO, NULIDADE DO CONTRATO E COEXISTÊNCIA DE CONTRATOS

ARTIGO 11º - INÍCIO DO CONTRATO

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 zero horas do dia imediato ao da aceitação da proposta pela seguradora, salvo se, por acordo das partes, for aceite outra data para a produção de efeitos, a qual não pode, todavia, ser anterior à da recepção daquela proposta pela seguradora.
2. A proposta considera-se aprovada no décimo 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 sua antecipada aprovação, ou da necessidade de recolher esclarecimentos essenciais à avaliação do risco.

ARTIGO 12º - ELIGIBILIDADE E FUNCIONAMENTO DO GRUPO

1. O tomador de seguro fica obrigado a enviar à seguradora:
 - a) No início do contrato e no acto de adesão de uma nova pessoa segura, o respectivo boletim de adesão;
 - b) A relação das pessoas seguras que deixaram de pertencer ao grupo seguro.
2. Podem beneficiar das garantias conferidas pelo presente contrato as pessoas que satisfaçam cumulativamente as seguintes condições à data da sua inclusão no seguro:
 - a) Não se encontrem ausentes do serviço por motivos de saúde, licença sem vencimento ou prestação do serviço militar;
 - b) Preencham o questionário individual de saúde e sejam aceites pela seguradora;
 - c) Pertencam e se enquadrem na definição de seguro de grupo;
 - d) Satisfazam as condições de admissão previstas nas condições particulares.
3. A data de inclusão da pessoa no seguro é estabelecida de acordo com os seguintes princípios:
 - a) **Seguro de grupo não contributivo** - na data de recepção do pedido de adesão;
 - b) **Seguro de grupo contributivo** - no dia um do mês seguinte à data de recepção do pedido de adesão;
4. Qualquer das partes pode excluir a pessoa segura na data de vencimento do contrato.
5. Qualquer das partes pode, igualmente, e a todo o tempo, excluir da cobertura do contrato a pessoa segura desde que se verifique algum dos fundamentos previstos na lei.
6. Aos casos previstos nos números anteriores aplica-se com as devidas adaptações, o disposto nos artigos 14º e 15º.

ARTIGO 13º - DURAÇÃO DO CONTRATO

1. O contrato pode ser celebrado por um período de um ano a continuar pelos anos seguintes;
2. O contrato considera-se sucessivamente renovado por períodos anuais, excepto se qualquer das partes o denunciar por correio registado, ou por outro meio do qual fique registo escrito, com a antecedência mínima de 30 dias em relação ao termo da anuidade ou se o tomador não proceder ao pagamento do prémio nos termos do nº 1 do Artº 14º.

ARTIGO 14º - 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 uma pessoa segura.
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 15º - NULIDADE DO CONTRATO

1. Este contrato considera-se nulo e, conseqüentemente, não produzirá quaisquer efeitos em caso de sinistro, quando da parte do tomador de seguro ou da pessoa segurado tenha havido, no momento de celebração do contrato, declarações inexactas assim como reticências de factos ou circunstâncias dele conhecidas, e que poderiam ter influído 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 da pessoa segura, de que as declarações por este prestadas são inexactas ou incompletas.

CAPÍTULO IV

ACTUALIZAÇÃO DO CAPITAL E PRÉMIO E COEXISTÊNCIA DE CONTRATOS

ARTIGO 16º - ACTUALIZAÇÃO DO CAPITAL E PRÉMIO

Salvo convenção em contrário a seguradora actualizará os capitais seguros, as franquias existentes bem como os respectivos prémios a cobrar ao tomador de seguro, em cada vencimento anual, nos termos contratados e devidamente expressos nas condições particulares.

ARTIGO 17º - COEXISTÊNCIA DE CONTRATOS

1. O tomador de seguro e a pessoa segura 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 pela Pessoa Segura.

CAPÍTULO V

PAGAMENTO DOS PRÉMIOS

ARTIGO 18º - PAGAMENTO DOS PRÉMIOS

1. O prémio ou fracção inicial é devido na data da celebração do contrato, dependendo a eficácia deste do respectivo pagamento.
2. Sem prejuízo do disposto no nº 6, os prémios ou fracções subsequentes são devidos nas datas estabelecidas na apólice, sendo aplicável, neste caso, o regime previsto nos nºs 3 a 5.
3. A seguradora encontra-se obrigada, até 60 dias antes da data em que o prémio ou fracção subsequente é devido, a avisar, por escrito, o tomador de seguro, indicando essa data, o valor a pagar, a forma e o lugar de pagamento e as consequências da falta de pagamento do prémio ou fracção.
4. Nos contratos de seguro cujo pagamento do prémio seja objecto de fraccionamento por prazo inferior ao trimestre, e estejam identificados em documento contratual as datas de vencimento e os valores a pagar, bem como as consequências da falta de pagamento do prémio ou fracção, a seguradora pode optar por não proceder ao envio do aviso previsto no número anterior, recaindo sobre ela o ónus da prova da emissão e aceitação, pelo tomador de seguro, daquele documento contratual.
5. Nos termos da lei, na falta de pagamento do prémio ou fracção na data indicada no aviso previsto no nº 3 ou no documento contratual previsto no número anterior, o contrato é automaticamente resolvido.
6. Nos contratos de prémio variável e nos contratos titulados por apólices abertas, é aplicável o disposto na Condição Especial “Contratos de prémio variável e contratos titulados por apólices abertas”.
7. A falta de pagamento, na data indicada no aviso, de um prémio adicional, desde que este decorra de um pedido do tomador de seguro para extensão da garantia, não implicando agravamento do risco inicial, determinará que se mantenham as condições contratuais em vigor anteriormente àquele pedido.
8. O seguro considera-se em vigor sempre que o recibo tenha sido entregue ao tomador de seguro por entidade expressamente designada pela seguradora para o recebimento do prémio respectivo.

CAPITULO VI DOS SINISTROS

ARTIGO 19º - OBRIGAÇÕES DO TOMADOR DE SEGURO E DO SEGURADO

Verificando-se qualquer evento que faça funcionar as garantias deste contrato, o tomador de seguro ou a pessoa segura, 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 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 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 comparticipação 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 no prazo máximo de 120 dias a contar da data da sua realização.

ARTIGO 20º - LIBERDADE DE ESCOLHA

São de livre escolha da pessoa segura, os médicos, estabelecimento hospitalar e quaisquer outros prestadores de serviços a utilizar.

CAPITULO VII DAS INDEMNIZAÇÕES

ARTIGO 21º - LIQUIDAÇÃO DAS DESPESAS

1. A seguradora obriga-se a reembolsar o tomador de seguro ou a pessoa segura, salvo convenção expressa nas condições particulares, das despesas que forem devidas, de acordo com as garantias e limites estabelecidos nas citadas condições, no prazo máximo de 30 dias após a recepção dos documentos comprovativos e necessários para a regularização do sinistro.
2. Se após cura aparente, com conseqüente retorno da pessoa segura 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) Os honorários do cirurgião, anestesista e ajudantes ficam limitados ao valor que resulta do produto entre o valor do K estipulado nas Condições Particulares e a quantidade de “K” atribuído ao acto médico que originou a despesa, de acordo com o Código de Nomenclatura e Valores Relativos de Actos Médicos, publicado pela Ordem dos Médicos em 1997.

CAPITULO VIII

DISPOSIÇÕES DIVERSAS

ARTIGO 22º - COMUNICAÇÕES E NOTIFICAÇÕES ENTRE AS PARTES

1. As comunicações ou notificações do tomador de seguro ou do segurado previstas nesta apólice, consideram-se válidas e plenamente eficazes, caso sejam efectuadas por correio registado, ou por outro meio do qual fique registo escrito, para a sede social da seguradora ou, tratando-se de seguradora com sede no estrangeiro, para a morada da sua sede social ou sucursal, consoante o caso.
2. São igualmente válidas e plenamente eficazes as comunicações ou notificações feitas, nos termos do número anterior, para o endereço do representante da seguradora não estabelecida em Portugal, relativamente a sinistros abrangidos por esta apólice.
3. Todavia, a alteração de morada ou de sede do tomador de seguro ou do segurado deve ser comunicada à seguradora, nos 30 dias subsequentes à data em que se verificarem, por carta registada com aviso de recepção, sob pena de as comunicações ou notificações que a seguradora venha a efectuar para a morada desactualizada se terem por válidas e eficazes.
4. As comunicações ou notificações da seguradora previstas nesta apólice consideram-se válidas e plenamente eficazes caso sejam efectuadas por correio registado, ou por outro meio do qual fique registo escrito, para a última morada do tomador de seguro ou do segurado constante do contrato, ou entretanto comunicada nos termos previstos no número anterior.

ARTIGO 23º - SUBROGAÇÃO

1. A seguradora, uma vez paga a indemnização, fica subrogada, até à concorrência da quantia indemnizada, em todos os direitos do segurado contra terceiro responsável pelos prejuízos, obrigando-se a pessoa segura a praticar o que necessário for para efectivar esses direitos.
2. A pessoa segura responderá por perdas e danos por qualquer acto ou omissão voluntária que possa impedir ou prejudicar o exercício desses direitos.

ARTIGO 24º - LEGISLAÇÃO APLICÁVEL E ARBITRAGEM

1. A lei aplicável a este contrato é a lei portuguesa.
2. Todas as divergências que possam surgir em relação à aplicação deste contrato de seguro podem ser resolvidas por meio de arbitragem, nos termos da lei em vigor.

ARTIGO 25º - FORO

O foro competente para dirimir qualquer litígio emergente deste contrato é o local da emissão da apólice.