



RESUMO DAS CONDIÇÕES GERAIS EM PODER DA UNICRE

SEGURO ONCOLOGIA

APÓLICE Nº 3052 - DOENÇA GRUPO

ARTIGO PRELIMINAR

O contrato de seguro estabelecido entre a **GROUPAMA SEGUROS, S.A.**, adiante designada por **seguradora** e a **UNIBANCO**, 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, de harmonia com as declarações prestadas pelo tomador de seguro e pelas pessoas seguras, designadamente nos boletins de adesão e respectivos questionários individuais de saúde, que lhe serve de base e do qual faz parte integrante.

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: A pessoa cuja saúde ou integridade física se segura, e que é titular dum cartão de crédito, emitido pelo tomador de seguro, que à data de adesão não tenha atingido os 55 anos, cujos elementos de identificação constam do boletim de adesão em poder da seguradora.

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

PESSOAS SEGURAS: O segurado e os elementos do respectivo agregado familiar, cuja aceitação foi, pela seguradora, previamente confirmada.

DATA DE ADESÃO: Dia um do mês seguinte ao da data de entrada do boletim de adesão na seguradora.

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

Apenas se encontram cobertas despesas do foro oncológico nas seguintes garantias.

ASSISTÊNCIA HOSPITALAR:

Sempre que ocorrer **Internamento Hospitalar** em consequência de doença e/ou acidente, a seguradora garante, por aquele contrato, nos termos definidos nas condições gerais, o reembolso das despesas médicas efectuadas pelo segurado com cuidados de saúde, até ao limite estipulado nas condições particulares, correspondentes a:

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;

ASSISTÊNCIA MÉDICA AMBULATÓRIA:

1. Honorários médicos de consultas (generalidade e especialidade), sejam externas ou domiciliárias;
2. Elementos auxiliares de diagnóstico, desde que prescritos por um médico.
3. **Tratamentos Ambulatórios** desde que prescritos por um médico, tais como:
 - a) Encargos de enfermagem geral não privativa;
 - b) Aplicação de injeções, infusões endovenosas e transfusões de sangue, incluindo o sangue e o plasma;
 - c) Aplicação de oxigénio, incluindo o oxigénio;
 - d) Tratamentos por raio X, outras substâncias radioactivas e laser;
 - f) Quimioterapia/Radioterapia realizada em ambiente não Hospitalar;

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, por doença súbita ou desde que prescrita pelo médico assistente do segurado e com o **acordo prévio** da Seguradora.

ARTIGO 4º - EXCLUSÕES

Para além das exclusões previstas no Artº 4º das condições gerais, e nas condições especiais de assistência ambulatória, **fica sempre excluído deste contrato a participação de quaisquer despesas do foro não oncológico.**

ARTIGO 5º - INÍCIO DAS GARANTIAS

Em caso de doença a entrada em vigor das garantias está sujeita ao período de carência de 60 dias.

ARTIGO 6º - CESSAÇÃO DAS GARANTIAS

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

1. no final da anuidade em que perfaça 80 anos de idade;
2. na data em que deixar de ser titular do Cartão Unibanco.

ARTIGO 7º - SUSPENSÃO DAS GARANTIAS

O contrato ficará suspenso em relação a cada pessoa segura que for chamada 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.



Seguros

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 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 da pessoa segura 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 da pessoa segura, de que as declarações por este prestadas são inexactas ou incompletas.

ARTIGO 10º - 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.

ARTIGO 11º - OBRIGAÇÕES DO TOMADOR DE SEGURO E DA PESSOA SEGURA

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 abrangida por este contrato, por escrito, nos 15 dias imediatos àquele em que ocorreu ou que dele 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. cumprir rigorosamente as prescrições do médico escolhido;
 4. sujeitar-se a exames, por médicos designados pela seguradora, caso esta o considere necessário;
 5. 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;
 6. 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.
7. 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 da pessoa segura, os médicos, estabelecimento hospitalar e quaisquer outros prestadores de serviços a utilizar.

ARTIGO 13º - LIQUIDAÇÃO DAS DESPESAS

1. A seguradora obriga-se a reembolsar a pessoa segura, das despesas que forem devidas, no prazo máximo de 30 dias após a receção dos documentos comprovativos;
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) em relação aos honorários clínicos do cirurgião, anestesista e ajudantes intervenientes na cirurgia, as comparticipações 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.



Seguros

ARTIGO 14º - PRÉMIOS

Os prémios são actualizados com a transição de escalão etário, na data de vencimento de cada aderente. Nos termos do Artº 16º das Condições Gerais, a actualização processar-se-á numa percentagem igual ao último I.P.C. (Índice de Preços no Consumidor), divulgado pelo Instituto Nacional de Estatística referente a doze meses. Os prémios poderão ainda ser ajustados em função da sinistralidade verificada.

QUADRO GARANTIAS

CONDIÇÕES PARTICULARES - APÓLICE 3052 - DOENÇA GRUPO - ONCOLOGIA - UNIBANCO

GARANTIAS	FRANQUIAS	COMPART. SEGURADORA	CAPITAL MÁXIMO ANO/PESSOA SEGURA	OUTRAS CONDIÇÕES
Assistência Médica Hospitalar (Art 3º Condições Gerais) <ul style="list-style-type: none">Internamento HospitalarIntervenção CirúrgicaAssistência Hospitalar em Regime ExternoElementos Auxiliares de DiagnósticoTratamentos		100%	€ 26.000,00	
Assistência Médica Ambulatória (Condição Especial 01) <ul style="list-style-type: none">Honorários Médicos de ConsultasElementos Auxiliares de DiagnósticoTratamentos		80%	€ 4.200,00	