

CONDIÇÕES GERAIS DA APÓLICE

Plano de Saúde Mutualista Complementar
Sócios e Familiares Beneficiários da ADSE
(Modelo CA SPGL01)

ARTIGO PRELIMINAR

Entre a MGEN, Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale, adiante designada somente por MGEN e o Tomador do Seguro, na sua qualidade de Associado do SGPL – Sindicato dos Professores da Grande Lisboa, se estabelece o presente Contrato de Seguro regulado pelas Condições Gerais, Especiais, e Particulares constantes da presente Apólice, e de acordo com as declarações constantes da Proposta e restante documentação que lhe serviu de base e da qual faz parte integrante.

Este contrato está ainda subordinado às condições do acordo estabelecido entre a MGEN e o SPGL – Sindicato dos Professores da Grande Lisboa, o qual regula as Condições de Adesão ao Plano de Saúde do SPGL e adiante designado somente por SPGL.

CAPÍTULO I - DEFINIÇÕES, OBJECTO, GARANTIA E EXCLUSÕES

ARTIGO 1º DEFINIÇÕES

Para efeitos do disposto no presente Contrato entende-se por:

- a) **SEGURADORA:** Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale, adiante designada somente por MGEN;
- b) **ADVANCECARE:** Empresa prestadora de serviços e gestora de sinistros que, por conta da MGEN, organiza a Rede de Prestadores, procede à gestão das prestações devidas pelo contrato e articula o pagamento directo das despesas médicas, quer aos prestadores convenionados, nomeadamente médicos, hospitalares, centros de diagnósticos, quer às Pessoas Seguras;
- c) **TOMADOR DO SEGURO:** Entidade que subscreve o presente Contrato e é responsável pelo pagamento do prémio;
- d) **GRUPO SEGURÁVEL:** Conjunto de pessoas, físicas e morais, ligadas ao Tomador do Contrato ou à Entidade subscritora de Acordo Protocolar, por um vínculo prévio à celebração do contrato.
- e) **GRUPO SEGURO:** Conjunto de pessoas, pertencentes ao grupo segurável. Um grupo seguro não pode ser constituído por menos de 20 pessoas, excepto quando abranger, pelo menos 50% do colectivo segurável.
- f) **ADERENTE:** Pessoa singular, identificada nas Condições Particulares, em cujo nome são processadas as indemnizações.
- g) **PESSOA SEGURA / BENEFICIÁRIO:** Pessoa singular identificada nas Condições Particulares cuja saúde ou integridade física se segura através do presente Contrato;
- h) **AGREGADO FAMILIAR:** Conjunto de pessoas constituído pelo Aderente, o seu cônjuge ou pessoa que com ele viva em união de facto, e os seus descendentes menores e solteiros (ou, não sendo menores, até ao limite de idade de 24 anos, desde que sejam estudantes, incluindo adoptados, tutelados e curatelados), que coabitem com a Pessoa Segura ou dela dependam economicamente, estando a seu cargo;
- i) **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 clínica e objectivamente constatadas;
- j) **DOENÇA:** Toda e qualquer alteração involuntária do estado de saúde, não causada por acidente e susceptível de constatação médica objectiva;
- k) **ACIDENTE / DOENÇA PRÉ-EXISTENTE:** Efeitos de acidentes ocorridos ou quaisquer doenças manifestadas antes da data de celebração do contrato e dos quais a Pessoa Segura ainda é portadora à data de início do mesmo;
- l) **SINISTRO:** Evento ou série de eventos susceptível de fazer funcionar as garantias da apólice;
- m) **GRAVIDEZ PRÉ-EXISTENTE:** Gravidez manifestada ou que tenha dado origem a qualquer tratamento médico antes da data de celebração do contrato;
- n) **DOENÇA MANIFESTADA:** Doença que se haja revelado, tenha sido objecto de um diagnóstico inequívoco e/ou dado lugar ao respectivo tratamento;
- o) **DOENÇA SÚBITA:** Toda e qualquer doença que requeira tratamento de urgência em hospital, quer em regime de internamento, quer em regime ambulatorio;
- p) **PRESTAÇÕES CONVENCIONADAS:** Despesas médicas efectuadas pelas Pessoas Seguras na Rede de Prestadores previamente indicada, sendo a participação a cargo da MGEN paga directamente aos prestadores;
- q) **PRESTAÇÕES INDEMNIZATÓRIAS:** Despesas médicas efectuadas pelas Pessoas Seguras fora da Rede de Prestadores e que dão origem a um reembolso directo da MGEN às Pessoas Seguras de acordo com a percentagem estipulada nas Condições Particulares;
- r) **DESPEZA MÉDICA:** Despesa realizada pela Pessoa Segura para aquisição de Serviços Clinicamente necessários, desde que prescritos ou realizados por médico;
- s) **SERVIÇOS CLINICAMENTE NECESSÁRIOS:** Bens, serviços ou cuidados de saúde aprovados directamente pela MGEN ou por intermédio da AdvanceCare, desde que sejam:
 - a. Necessários para tratamento de doença ou de lesão resultante de acidente das Pessoas Seguras;
 - b. Adequados à situação diagnosticada;
 - c. Prestados da forma mais eficiente em termos de custo e mais adequada ao tipo de serviço a prestar;
 - d. De reconhecida validade clínica;

- t) PRÉ-AUTORIZAÇÃO: Aprovação dada pelos serviços clínicos da AdvanceCare ou da MGEN, quando exigível nos termos da apólice, que permite às Pessoas Seguras o acesso aos cuidados de saúde garantidos pelo presente Contrato;
- u) REDE DE PRESTADORES: Conjunto de prestadores de cuidados de saúde, nomeadamente médicos, hospitais, clínicas, centros de diagnósticos e outras unidades de saúde com as quais a MGEN e/ ou a AdvanceCare tenha celebrado um acordo de prestação de serviços e que asseguram às Pessoas Seguras a execução dos serviços garantidos pelo contrato no âmbito das Prestações Convencionadas;
- v) MÉDICO: O licenciado por Faculdade de Medicina ou de Medicina Dentária, legalmente autorizado a exercer a profissão no respectivo país e cuja especialidade e inscrição sejam reconhecidas pela Ordem dos Médicos, pela Ordem dos Médicos Dentistas ou por entidades congéneres dos países onde exerçam a sua actividade.
- w) ACTO MÉDICO: Acto realizado por médico legalmente habilitado pela respectiva Ordem, que integra a promoção da saúde, a prevenção e o tratamento da doença, a reabilitação das pessoas que se sujeitam à sua intervenção, podendo determinar procedimentos complementares realizados por outros profissionais de saúde.
- x) HOSPITAL OU CLÍNICA: Estabelecimento legalmente reconhecido onde são prestados serviços permanentes de saúde às Pessoas Seguras, por médicos e enfermeiros diplomados, ou outros profissionais de saúde não sendo, para efeitos deste contrato, considerados como tal, sanatórios, casas de repouso, centros de toxicodependência e alcoólicos e outros estabelecimentos similares;
- y) INTERNAMENTO: Período superior a 24 horas durante o qual a Pessoa Segura se encontra numa unidade hospitalar;
- z) 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;
- aa) APÓLICE: Documento que regula o contrato de seguro. Deste documento fazem parte integrantes as Condições Gerais, Especiais e Particulares, bem como as Actas Adicionais, que durante a vigência do contrato venham a ser emitidas.
- bb) CONDIÇÕES GERAIS: Conjunto de cláusulas que definem e regulamentam obrigações genéricas e comuns inerentes ao contrato de seguro;
- cc) CONDIÇÕES ESPECIAIS: Cláusulas que completam e especificam as Condições Gerais, de aplicação generalizada a determinadas coberturas quando contratadas;
- dd) CONDIÇÕES PARTICULARES: Documento onde se encontram os elementos específicos e individuais de cada contrato, que o distinguem de todos os outros;
- ee) ACTA ADICIONAL: Documento que titula uma alteração da apólice;
- ff) PERÍODO DE CARÊNCIA: Espaço de tempo que difere a eficácia das garantias da apólice para uma data posterior à do início do contrato;
- gg) COMPARTICIPAÇÃO: Percentagem ou valor máximo de despesas médicas garantidas por este Contrato que fica a cargo da MGEN;
- hh) CO-PAGAMENTO: Valor que fica a cargo da Pessoa Segura por cada acto ou conjunto de actos médicos;
- ii) FRANQUIA: Importância que, em caso de sinistro, fica a cargo da Pessoa Segura, e cujo montante está estipulado nas Condições Particulares;
- jj) PRÊMIO: Valor pago pelo Tomador do Seguro à MGEN como contra-partida pelas coberturas contratadas no âmbito do contrato de seguro.

ARTIGO 2º OBJECTO DO CONTRATO E ÂMBITO DAS GARANTIAS

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, o pagamento às Pessoas Seguras de prestações convencionadas ou indemnizatórias em consequência de doença ou acidente ocorrido durante a vigência do contrato.
2. 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.
3. Fica no entanto garantido o pagamento das respectivas taxas moderadoras

ARTIGO 3º CONDIÇÕES DE ADMISSÃO DE BENEFICIÁRIO/ADERENTE

1. Poderão aderir a este contrato unicamente as pessoas que sejam beneficiárias da ADSE ou de qualquer outro subsistema de saúde que lhe seja equiparável.
2. Poderão também ser Beneficiários do Contrato todos os membros do agregado Familiar do Aderente, desde que sejam também Beneficiários do mesmo subsistema ou outro que lhe seja equiparável.
3. As Pessoas Seguras/Beneficiários considerar-se-ão aceites, depois de cumpridas as formalidades definidas pela MGEN, e conforme os critérios de subscrição a todo o momento em vigor. A formalização dessa aceitação será feita através do envio do Cartão de Saúde.
4. As formas de adesão ao presente contrato são:
 - a) Contrato Colectivo para os Colaboradores do Tomador do seguro, e respectivos Agregados Familiares, desde que previamente incluídos na apólice.
 - b) Seguro Individual, para o Aderente e seu Agregado Familiar, constituído pelo Cônjuge, Filhos, Ascendentes e afiliados que com ele coabitem ou que dele dependam economicamente, estando a seu cargo, desde que previamente incluídos na apólice.
5. Quando, por qualquer motivo, o Beneficiário deixar de ter direito às prestações da ADSE, ou do subsistema em que tenha estado englobado, cessam automaticamente as coberturas do contrato.
6. No caso de seguro que inclua o Agregado Familiar é obrigatória a inclusão de todos os elementos que o compõem. A não observação desta obrigação é considerada como violação das obrigações contratuais do Tomador e das Pessoas Seguras.

7. No caso de Seguro incluindo o Agregado Familiar, todos os Beneficiários terão de ser admitidos na Apólice dentro do prazo de sessenta (60) dias a partir da data de adesão do Aderente/Tomador de Seguro. Findo esse prazo a sua admissão deverá ser expressamente autorizada pela MGEN.

ARTIGO 4º PERÍODO DE CARÊNCIA E ENTRADA EM VIGOR DAS GARANTIAS

1. Salvo disposição em contrário e desde que expressamente referida nas Condições Particulares, a entrada em vigor das garantias deste contrato, em relação a cada uma das pessoas seguras, verificar-se-á, em caso de doença, depois de decorrido o período de carência estabelecido para cada um dos actos médicos cobertos, a seguir referidos:
 - a) O período de carência para qualquer acto médico praticado em consequência de uma doença ou no âmbito da garantia de parto é de noventa (90) dias, com excepção das situações previstas a seguir.
 - b) O período de carência é alargado para trezentos (300) dias em caso de; intervenção cirúrgica a ulcera gastroduodenal, litotricia renal e vesicular, intervenção cirúrgica do foro ginecológica por patologia benigna, hemorroidectomia, mastectomia por patologia benigna, tiroidectomia por patologia benigna e colecistectomia.
 - c) O período de carência é alargado para trezentos e sessenta (360) dias em caso de operação aos ouvidos, nariz ou garganta, operação ao joelho, uvulopalatoplastia (patologia do sono), extracção de nervos, sinais, quistos ou verrugas dermatológicas, tratamento às cataratas, intervenção cirúrgica às hérnias, doença grave ou doença pré-existente.
2. Consideram-se como doenças graves as doenças que impliquem o Tratamento de Cancro, Neurocirurgia, Cirurgia By-Pass das Artérias Coronárias, Substituição de Válvulas e Transplante de Órgãos.
3. Não haverá lugar à aplicação de qualquer período de carência em caso de acidente que requeira tratamento de urgência em hospital, quer em regime de internamento, quer em regime ambulatorio.
4. Para efeito do acima disposto, considera-se tratamento de urgência aquele que deva ser efectuado no prazo máximo de 48 horas após o sinistro.
5. O período de carência, conforme anexo, começa a contar a partir da data de efeito da adesão de cada um dos Beneficiários.
6. Toda e qualquer interrupção de pagamento atempado de prémios obriga à interrupção do período de carência com a mesma duração.
7. Quando, a pedido do Tomador do Seguro, se verificar a ampliação de coberturas ou de capital seguro, respeitar-se-á o período de carência na quota-parte do capital e coberturas alteradas.

ARTIGO 5º EXCLUSÕES

Estão excluídas todas as despesas que previamente tenham sido recusadas pela ADSE ou qualquer outro subsistema equiparável.

Ficam ainda excluídos da cobertura desta apólice:

1. Todos os actos médicos praticados em consequência de uma alteração, ou agravamento no estado de saúde do Beneficiário, que tenha sido dolosamente provocado por este;
2. As perturbações provocadas pelo consumo excessivo de álcool, uso de estupefacientes e narcóticos quando não prescritos por receita médica;
3. As perturbações psíquicas e neurológicas de carácter crónico na medida em que estas impliquem uma hospitalização ou tratamento no domicílio com assistência de uma terceira pessoa em consequência de um estado de dependência;
4. Despesas feitas durante curas de repouso, casas de repouso, lares de terceira idade e outros estabelecimentos similares, bem como os respectivos tratamentos. São também excluídas as despesas relativas a um estado de dependência;
5. Os tratamentos não reconhecidos oficialmente pela Ordem dos Médicos;
6. Os tratamentos ou cirurgia estética excepto se, em consequência de acidente, forem considerados clinicamente necessários pelo médico para a sobrevivência e garantia da saúde da pessoa segura;
7. Tratamentos de rejuvenescimento;
8. Tratamentos de emagrecimento que não sejam receitados por um médico para prevenir uma degradação do estado geral da saúde;
9. Doenças profissionais e Acidentes de Trabalho;
10. Prática profissional de desporto;
11. Prática de desportos e actividades perigosas tais como Pára-queda, Tauromaquia, Boxe, Luta livre, karate e outras artes marciais, Alpinismo e montanhismo. Espeleologia. Caça de animais ferozes, Desportos de inverno. Competições desportivas com veículos com ou sem motor;
12. Actos de guerra, declarada ou não;
13. Intervenção em actos criminosos;
14. Intervenção em rixas, salvo em caso de legítima defesa própria ou alheia, de bens e pessoas;

15. Todas as despesas apresentadas quando o valor máximo da garantia for atingido ou ultrapassado;
16. Todas as despesas apresentadas em prazo superior a cento e oitenta (180) dias, após o acto médico, ou num prazo superior a sessenta (60) dias após o pagamento efectuado por qualquer outro subsistema de que seja beneficiário;
17. Todas as despesas não devidamente documentadas de acordo com o disposto no artigo 21º ou quando não for apresentado documento original quando exigido.
18. As prestações de dependência e de acção social cobertas pelo subsistema;
19. Todas as consultas e exames médicos que sejam considerados benefício social ao abrigo do contrato laboral de cada trabalhador;
20. Os actos médicos que não observam as limitações constantes do artigo 29º e 30º das Condições Gerais.

CAPTITULO II - FORMAÇÃO DO CONTRATO E SUAS ALTERAÇÕES

ARTIGO 6º FORMAÇÃO DO CONTRATO

1. O presente Contrato baseia-se nas declarações constantes da respectiva proposta, bem como nos Boletins de Adesão, nos quais devem mencionar-se, com inteira veracidade, todos os factos ou circunstâncias que permitam a exacta apreciação do risco ou possam influir na aceitação do referido contrato ou na correcta determinação do prémio aplicável, mesmo as circunstâncias cuja declaração não seja expressamente solicitada em questionário eventualmente fornecido para o efeito pela MGEN, sob pena de incorrer nas consequências previstas nos artigos 9º e 10º.
2. Sem prejuízo do disposto no número seguinte, o contrato tem-se por concluído nos termos propostos se, no prazo de catorze (14) dias a contar da data de recepção da proposta devidamente preenchida e acompanhada dos documentos solicitados, a MGEN não tiver comunicado a sua aceitação ou recusa ou não tiver solicitado informações clínicas, relatórios ou questionários médicos adicionais essenciais à avaliação do risco.
3. O disposto no número anterior não é aplicável quando a MGEN demonstre que, em caso algum, celebra contratos com as características constantes da proposta.
4. Com excepção das situações em que a MGEN manifeste a necessidade de recolher informação adicional, o contrato considera-se celebrado nos termos propostos a partir das zero horas do dia seguinte ao da aceitação da Proposta pela MGEN.

ARTIGO 7º EFEITOS DO CONTRATO

Sem prejuízo do disposto no artigo anterior, o presente Contrato e respectivas coberturas apenas produzirão efeitos a partir do momento em que o respectivo prémio ou fracção inicial sejam pagos pelo Tomador do Seguro.

ARTIGO 8.º CONSOLIDAÇÃO DO CONTRATO

Passados trinta (30) dias após a entrega da apólice por parte da MGEN, ocorre a consolidação do contrato, não podendo o Tomador do Seguro, após essa data, invocar qualquer desconformidade entre o acordado e o conteúdo da apólice que não resulte de documento escrito ou de outro suporte duradouro prévio.

ARTIGO 9º OMISSÕES OU INEXACTIDÕES DOLOSAS DO TOMADOR DO SEGURO / PESSOA SEGURA NA DECLARAÇÃO INICIAL DO RISCO

1. Caso se verifiquem omissões ou inexactidões dolosas na Declaração Inicial do Risco efectuada pelo Tomador do Seguro ou Pessoa Segura nos termos previstos no número 1 do artigo 6º, o contrato é anulado pela MGEN mediante o envio de declaração nesse sentido ao Tomador do Seguro, no prazo de três meses a contar do conhecimento do incumprimento.
2. Caso ocorram sinistros, quer antes da MGEN ter tido conhecimento do incumprimento doloso, quer ainda no prazo referido no número anterior, os mesmos não ficam cobertos pelo contrato.
3. Sem prejuízo do disposto nos números anteriores, a MGEN tem direito ao prémio devido até ao final do prazo referido no n.º 1, ou, nos casos em que o dolo do Tomador do Seguro/Pessoa Segura tenha o propósito de obter uma vantagem, até ao termo do contrato.

ARTIGO 10º OMISSÕES OU INEXACTIDÕES NEGLIGENTES DO TOMADOR DO SEGURO / PESSOA SEGURA NA DECLARAÇÃO INICIAL DO RISCO

1. Caso se verifiquem omissões ou inexactidões negligentes na Declaração Inicial do Risco efectuada pelo Tomador do Seguro e/ou Pessoa Segura nos termos previstos no n.º 1 do artigo 6º, a MGEN pode:
 - a) Propor uma alteração ao contrato, fixando um prazo, não inferior a catorze (14) dias para o Tomador do Seguro / Pessoa Segura se pronunciar;
 - b) Anular o contrato, caso se comprove que a MGEN em caso algum teria celebrado o contrato se tivesse conhecido o facto omitido ou declarado inexactamente.
2. De acordo com o definido no número anterior, o contrato cessa os seus efeitos, vinte (20) dias após o envio da proposta de alteração por parte da MGEN, se o Tomador do Seguro e/ou Pessoa Segura não concordarem com a mesma, ou trinta (30) dias após o envio da declaração de cessação prevista na alínea b).

3. Ocorrendo a cessação do contrato, o prémio é devolvido tendo em conta o período de tempo ainda não decorrido até à data de vencimento, bem como o capital seguro ainda disponível salvo quando tenha havido pagamento de prestações decorrente de sinistro pela MGEN.
4. Em caso de sinistro ocorrido antes da cessação ou da alteração do contrato, cuja verificação ou consequências tenham sido influenciadas por facto relativamente ao qual tenha havido omissão ou inexactidão negligente, a MGEN:
 - a) Garante o sinistro na proporção da diferença entre o prémio pago e o prémio que seria devido, caso, aquando da celebração do contrato, tivesse conhecimento do facto omitido ou declarado inexactamente;
 - b) Não garante o sinistro, demonstrando que em caso algum teria celebrado o contrato se tivesse conhecido o facto omitido ou declarado inexactamente.

ARTIGO 11º INCLUSÃO/EXCLUSÃO OU TRANSFERÊNCIAS DE PESSOAS SEGURAS

1. Sem prejuízo do disposto no número seguinte, o Tomador do Seguro pode, durante a vigência do contrato, pedir a inclusão das pessoas que fazem parte do agregado familiar, sendo necessário o preenchimento do pedido da inclusão.

No caso da adesão dos elementos do agregado familiar não ser simultânea à do aderente ou não ocorrer nos 60 dias seguintes, a sua aceitação fica condicionada à aceitação prévia da MGEN.

O início das garantias para as Pessoas Seguras que durante a vigência do contrato solicitem a sua inclusão no contrato fica, salvo na situação prevista no número seguinte, sujeito aos períodos de carência previstos no artigo 4º.

2. Quando a totalidade do agregado familiar já se encontrar incluída no seguro, a inclusão de recém-nascidos é obrigatória e deverá ser comunicada até sessenta (60) dias após a data de nascimento.

Se o pedido de inclusão for feito para além dos sessenta (60) dias acima referidos, a inclusão ficará condicionada à aceitação prévia por parte da MGEN, salvo quando tenha havido pagamento de prestações decorrentes de sinistros.

3. Durante a vigência do contrato, o Tomador do Seguro pode pedir, por escrito, a exclusão de uma Pessoa Segura do agregado familiar. A exclusão só produzirá efeito na data de renovação do contrato, excepto nos casos de morte da Pessoa Segura, situação em que a MGEN devolverá o prémio relativo ao período já pago e ainda não decorrido.

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 sessenta (60) dias após a cessação das garantias, subscrever um novo contrato de seguro de saúde.

5. Quando em consequências das condições contratuais, cessação da actividade, perda da qualidade de membro no Agregado Familiar ou outras, qualquer Aderente deixar de poder estar incluído num contrato, tem direito ao estabelecimento de uma apólice individual em seu nome, enquanto Tomador do seguro. Com esta finalidade a MGEN disponibilizará para subscrição um dos produtos individuais, em exploração naquela data, mais próximo do plano de saúde anterior. Esta subscrição deverá ser pedida no prazo de sessenta (60) dias a contar da data cessação das garantias.

CAPÍTULO III - DURAÇÃO DO CONTRATO

ARTIGO 12º INICIO, DURAÇÃO E RENOVAÇÃO DO CONTRATO

1. O contrato de seguro é celebrado por um ano e será anualmente renovado por igual período, salvo comunicação prévia do Tomador do Seguro.
2. O contrato tem o seu início às zero (0) horas da data da aceitação pela MGEN.

ARTIGO 13º DENÚNCIA DO CONTRATO

1. Nos contratos celebrados por anos e seguintes, a denúncia equivale à sua não renovação.
2. O Tomador do Seguro, mediante comunicação escrita à outra parte com trinta (30) dias de antecedência em relação à data de efeito, poderá denunciar o contrato na data do seu vencimento.

ARTIGO 14º LIVRE RESOLUÇÃO

1. O Tomador do Seguro dispõe de um prazo de trinta (30) dias a contar da recepção da apólice para poder resolver o contrato sem invocar justa causa, sem prejuízo do disposto no número seguinte.
2. O prazo previsto no número anterior conta-se a partir da data de celebração do contrato, desde que o Tomador do Seguro, nessa data, disponha em papel ou noutro suporte duradouro, de todas as informações relevantes que tenham de constar da apólice.
3. A resolução do contrato nos termos acima definidos, deve ser comunicada à MGEN por escrito, em suporte de papel ou outro meio duradouro disponível e acessível à MGEN.

4. A resolução do contrato nos termos acima definidos, tem efeito retroactivo, tendo porém a MGEN direito ao:

- a) Valor do Prémio relativo ao período de tempo já decorrido, na medida em que tenha suportado o risco;
- b) Montante das despesas razoáveis que a MGEN tenha efectuado com exames médicos sempre que esses valores sejam imputados contratualmente ao Tomador do Seguro.

ARTIGO 15º RESOLUÇÃO DO CONTRATO

1. O presente Contrato de seguro pode ser resolvido por qualquer das partes a todo o tempo, havendo justa causa para o efeito, nos termos gerais.

2. Constitui justa causa, nomeadamente:

a) Em relação ao Tomador do Seguro:

- O incumprimento das obrigações contratuais a cargo da MGEN essenciais à manutenção do contrato nos termos em que ele foi aceite;

b) Em relação à MGEN:

- A falta de pagamento do prémio, conforme previsto no artigo 19º;
- A burla ou tentativa de burla do Tomador do Seguro e/ou da Pessoa Segura;
- A omissão ou inexactidão dolosa ou negligente do Tomador do Seguro/Pessoa Segura na proposta;
- O incumprimento das obrigações contratuais a cargo do Tomador do Seguro e/ou do Segurado essenciais à manutenção do contrato nos termos em que ele foi aceite.
- A denúncia do Protocolo/Acordo estabelecido com o SPGL

3. O prémio a devolver em caso de resolução será sempre calculado tendo em consideração o período de tempo ainda não decorrido até à data de vencimento, salvo quando tenha havido pagamento de prestações decorrente de sinistro pela MGEN.

4. Salvo nos casos previstos na Lei ou expressamente referidos no contrato, a resolução do contrato produz os seus efeitos às 24 horas do 30.º dia a contar da recepção da respectiva comunicação.

ARTIGO 16º EFEITOS DA CESSAÇÃO DAS GARANTIAS

1. Em caso de não renovação do contrato ou da cobertura e não estando o risco coberto por um contrato de seguro posterior, a MGEN garante, até que se esgote o capital seguro ainda disponível relativo ao último período de vigência do contrato, as prestações contratualmente devidas em consequência de Doenças Manifestadas durante o período de vigência da apólice ou outros factos ocorridos na vigência da apólice, desde que cobertas pelo seguro.

2. A obrigação prevista no número anterior, sem prejuízo das regras sobre participação de sinistros previstas na apólice, apenas se verifica em relação a doenças manifestadas e outros factos ocorridos cobertos pela apólice, desde que participados à MGEN até trinta (30) dias após o termo de vigência do contrato, salvo justo impedimento.

3. A obrigação da MGEN a que se reporta o presente artigo cessa, em qualquer caso, decorridos que sejam dois (2) anos sobre a data do termo de vigência do contrato.

CAPÍTULO IV - VALOR SEGURO, PAGAMENTO DOS PRÉMIOS E FALTA DE PAGAMENTO DE PRÉMIOS

ARTIGO 17º VALOR SEGURO

A responsabilidade da MGEN é sempre limitada às importâncias máximas fixadas nas Condições Particulares da Apólice.

ARTIGO 18º PAGAMENTO DOS PRÉMIOS

1. A cobertura dos riscos garantidos através do presente Contrato fica, nos termos definidos na legislação em vigor, dependente do pagamento do prémio ou fracção inicial, sendo o mesmo devido na data de celebração do contrato.

2. O prémio correspondente a cada período de duração do contrato é devido por inteiro, sem prejuízo de poder ser fraccionado para efeitos de pagamento, desde que acordado e expressamente previsto nas Condições Particulares.

3. Os prémios ou fracções subsequentes são devidos nas datas definidas na apólice, e, quando seja o caso, a parte do prémio de montante variável relativa a acerto de valor ou a parte do prémio correspondente a alterações ao contrato são devidas nas datas indicadas nos respectivos avisos, nos termos definidos nos números seguintes.

4. A MGEN avisará, por escrito e com uma antecedência mínima de trinta (30) dias em relação à data em que o prémio ou fracção subsequente é devido, o Tomador do Seguro, indicando a data do pagamento, o valor a pagar, a forma de pagamento, bem como as consequências da falta de pagamento do prémio ou fracção.

5. Quando por acordo, o pagamento do prémio for objecto de fraccionamento por prazo igual ou inferior ao trimestre, não haverá lugar ao envio de qualquer aviso de cobrança, ficando neste caso indicadas nas Condições Particulares do contrato as datas em que são devidas cada uma das fracções, os valores a pagar, bem como as consequências da falta de pagamento de qualquer fracção.

6. Quando da emissão do contrato será feito o acerto a 31 de Dezembro do ano em curso. O prémio correspondente ao período que medeia entre o início do contrato e o final da anuidade será calculado tendo em consideração a proporção deste período e o prémio anual.

ARTIGO 19º FALTA DE PAGAMENTO DE PRÉMIOS

1. Quando o prémio ou fracção inicial não for pago pelo Tomador do Seguro, o contrato não produzirá quaisquer efeitos.
2. Quando o pagamento do prémio for fraccionado, a falta de pagamento de qualquer fracção subsequente no decurso de uma anuidade determina a resolução automática e imediata do contrato às 24 horas da data em que o pagamento dessa fracção era devido.
3. Quando se verificar a falta de pagamento do prémio de anuidades subsequentes, ou da primeira fracção deste, na data em que esse pagamento era devido, considera-se que o contrato não se renova, deixando consequentemente de produzir efeitos a contar das 24 horas dessa mesma data.
4. Quando se verificar falta de pagamento do prémio adicional correspondente a uma alteração do contrato, a alteração não produzirá efeitos, subsistindo o contrato com âmbito e nas condições que vigoravam antes da pretendida alteração, a menos que a subsistência do contrato se revele impossível, caso em que o contrato se considera resolvido na data do vencimento do prémio não pago.

ARTIGO 20º ACTUALIZAÇÃO DO PRÉMIO

1. As tarifas são actualizadas a um (01) de Janeiro de cada anuidade.
2. A actualização será feita com base na evolução dos custos e quantidade de actos médicos indemnizados ao abrigo dos seguros de saúde.
3. Sem prejuízo do número anterior, o prémio será igualmente actualizado sempre que as Pessoas Seguras transitarem para o escalão etário imediatamente a seguir aquele em que se encontravam.
4. O prémio de renovação do contrato será objecto de aviso prévio ao tomador do seguro com uma antecedência mínima de trinta (30) dias da sua data efeito.

CAPÍTULO V - DIREITOS E OBRIGAÇÕES DAS PARTES

ARTIGO 21º OBRIGAÇÕES DO TOMADOR DO 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 do Seguro e/ou a Pessoa Segura obrigam-se a:
 - a) Seleccionar um prestador, de preferência, pertencente à rede de prestadores AdvanceCare.
 - b) Apresentar o seu cartão de saúde quando receberem serviços clínicos no prestador.
 - c) Pagar a totalidade das despesas do acto médico ao prestador.
 - d) Apresentar o pedido de comparticipação à ADSE ou subsistema que lhe seja equiparável.
 - e) Apresentar, no prazo máximo de (60) sessenta dias a contar da data da comparticipação do subsistema, o documento original comprovativo do montante das despesas não reembolsadas pelo subsistema e fotocópia dos respectivos recibos.
2. Para além das obrigações acima referidas, o Tomador do Seguro e/ ou a Pessoa Segura deverão igualmente em caso de sinistro:
 - a) Informar com verdade a AdvanceCare ou a MGEN sobre as circunstâncias e consequências da doença ou acidente.
 - b) Cumprir as prescrições do médico a que tenham recorrido;
 - c) Sujeitar-se a exames por médicos designados pela AdvanceCare ou pela MGEN, caso estes o considerem necessário;
 - d) Autorizar os médicos ou hospitais a que tenham recorrido a facultar aos serviços clínicos da AdvanceCare ou da MGEN, os relatórios clínicos e quaisquer outros documentos que estes tenham por conveniente para documentar o processo.
3. As Pessoas Seguras deverão igualmente solicitar a pré-autorização aos serviços clínicos da AdvanceCare ou da MGEN, sempre que estiver em causa a realização de:
 - Despesas garantidas ao abrigo da Condição Especial de "Despesas de Hospitalização", quando motivadas por acidente ou doença;
 - Despesas com tratamento de fisioterapia, de terapia da fala, garantidas ao abrigo da Condição Especial "Despesas de Assistência Ambulatória", quando contratada, e Despesas de Transportes para Unidades Hospitalares no Estrangeiro;
 - Qualquer acto médico indicado na Cláusula Particular "Extensão Territorial" quando, neste último caso, tiver sido alargado o âmbito territorial da apólice nos termos previstos.
 - Despesas com Parto, cesariana e Interrupção de Gravidez.
4. Se por uma situação de urgência não for possível solicitar a pré-autorização, devem ser contactados os serviços clínicos da AdvanceCare no prazo de 48 horas ou no mais curto período de tempo possível.
5. A MGEN ou a AdvanceCare informará as Pessoas Seguras sempre que futuramente outros serviços clínicos ou despesas necessitem de pré-autorização.
6. O Tomador do 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.
7. O Tomador do Seguro e/ou as Pessoas Seguras responderão por perdas e danos caso não sejam seguidos os procedimentos previstos nos números anteriores.
8. O Tomador do Seguro e/ou as Pessoas Seguras autorizam a MGEN a ceder à AdvanceCare toda a informação confidencial sobre este Contrato.

ARTIGO 22º PAGAMENTO DA INDEMNIZAÇÃO

1. A MGEN obriga-se a proceder com diligência e prontidão a todas as averiguações indispensáveis para a correcta regularização dos sinistros.
2. No caso de prestações indemnizatórias, a MGEN pagará, o montante devido no prazo de quinze (15) dias úteis após a recepção do pedido de participação e dos documentos referidos no artigo anterior, necessários para a regularização do sinistro.
3. Os pagamentos devidos pela MGEN serão efectuados em Portugal e em moeda nacional.
Caso as despesas sejam efectuadas em moeda estrangeira, a conversão para Euros será efectuada à taxa de câmbio publicada pelo Banco de Portugal no dia de realização da despesa.

CAPÍTULO VI - DISPOSIÇÕES FINAIS

ARTIGO 23º 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 MGEN não poderá em caso algum ser superior ao valor real das despesas efectuadas pelo Tomador do Seguro e/ou Pessoa Segura.

ARTIGO 24º ÂMBITO TERRITORIAL

1. O contrato é válido em Portugal Continental e Regiões Autónomas dos Açores e Madeira.
2. O contrato é válido no Estrangeiro quando se verifique uma das seguintes condições:
 - a) Em caso de acidente ou doença súbita, quando a Pessoa Segura se encontrar no estrangeiro por um período não superior a noventa (90) dias;
 - b) Em caso de qualquer tratamento no estrangeiro, desde que uma entidade médica, nomeada pela AdvanceCare ou pela MGEN, reconheça a impossibilidade de se efectuar o tratamento em causa, em território nacional;
 - c) Quando o âmbito das coberturas subscritas pela Pessoa Segura expressamente prever a sua aplicação no estrangeiro.
3. Quando expressamente previsto nas Condições Particulares, e sem prejuízo do disposto no n.º 2 deste artigo, o contrato poderá igualmente produzir efeitos no estrangeiro, nas condições e termos previstos nas Condições Especiais.

ARTIGO 25º COMUNICAÇÕES E NOTIFICAÇÕES ENTRE AS PARTES

1. As comunicações ou notificações previstas nesta Apólice devem revestir forma escrita ou ser prestadas por outro meio de que fique registo duradouro, para a última morada do Tomador do Seguro constante no contrato ou para o representante da MGEN em Portugal.
2. Qualquer alteração à morada ou sede do Tomador do Seguro deverá ser comunicada ao representante da MGEN em Portugal, nos trinta (30) dias subsequentes à data em que se verifique, sob pena de as comunicações ou notificações que a MGEN venha a efectuar para a morada desactualizada se terem por válidas e eficazes.

ARTIGO 26º SUB-ROGAÇÃO

A MGEN, uma vez paga a indemnização, fica sub-rogada nos direitos da Pessoa Segura contra terceiros responsáveis pelo sinistro, até à concorrência da quantia indemnizada, abstendo-se a mesma de praticar quaisquer actos ou omissões que possam prejudicar a sub-rogação, sob pena de responder por perdas e danos.

ARTIGO 27º GESTÃO DE RECLAMAÇÕES

1. A MGEN dispõe de uma unidade orgânica responsável pela gestão de reclamações à qual poderão ser dirigidas quaisquer questões relacionadas com o presente Contrato.
2. Em caso de divergência com a MGEN, o Tomador do Seguro e/ ou Pessoa Segura podem também apresentar reclamações as entidades competentes, sem prejuízo ainda da possibilidade do recurso à arbitragem ou aos tribunais, de acordo com as disposições legais em vigor.

ARTIGO 28º LEGISLAÇÃO E FORO

1. O presente Contrato rege-se pela Lei portuguesa.
2. Nos casos omissos no presente Contrato, recorrer-se-á à legislação aplicável.
3. O foro competente para a resolução de qualquer litígio emergente deste Contrato é o da Comarca de Lisboa.

ARTIGO 29º OUTRAS DISPOSIÇÕES

Salvo fornecimento de prova de existência de patologia através de relatório médico que justifique a realização de um maior número de consultas em cada uma das especialidades, as consultas de especialidade asseguradas nos termos das garantias é limitado aos seguintes números:

- a) Ginecologia - 4 consultas por anuidade;

- b) Clínica Geral/Medicina Interna - 8 consultas por anuidade;
- c) Pediatria (0-3 anos) - 12 consultas por anuidade;
- d) Pediatria (+3 anos) - 4 consultas por anuidade;
- e) Otorrinolaringologia - 4 consultas por anuidade;
- f) Cirurgia Vascular - 2 consultas por anuidade;
- g) Dermatologia e Venereologia - 4 consultas por anuidade.
- h) Outras Especialidades - 6 consultas por anuidade.
- i) Obstetrícia - 12 consultas por anuidade

ARTIGO 30º TRATAMENTOS E OUTRAS DISPOSIÇÕES

Salvo fornecimento de prova de existência de patologia através de relatório médico que justifique a realização de um maior número de Tratamentos em cada uma das especialidades, os tratamentos de especialidade assegurados nos termos das garantias é limitado aos seguintes números:

- a) Fisioterapia - 15 sessões por anuidade;
- b) Cinesioterapia - 10 sessões por anuidade;
- c) Terapia da fala - 15 sessões por anuidade.