

**Condições da Apólice da Liberty Health Cover
Corporates, PMEs e ME's
Moçambique
2024 (LH24)**

LH24_Final

Data Efectiva: Janeiro de 2024

Índice

Capítulo I: Nota Introdutória e Definições.....	3
Capítulo II: Condições Gerais da Apólice	9
Capítulo III: Pagamento de Prémios.....	16
Capítulo IV: Cobrança de Dívidas	17
Capítulo V: Formulário para Apresentação de Sinistros	18
Capítulo VI: Coberturas da Apólice	20
Capítulo VII: Exclusões Gerais e Específicas da Apólice (Tratamentos e/ ou Serviços que não estão Abrangidos).....	32
Capítulo VIII: Obrigações e Direitos das Partes; Disposições Finais.....	36
Anexo A: Subsídio de Funeral Integrado.....	38

Capítulo I: Nota Introdutória e Definições

Cláusula 1 – Nota Introdutória

Este documento descreve as condições aplicáveis às coberturas de seguro de saúde e, consoante o caso, o subsídio de funeral integrado, ao abrigo da apólice da Liberty Health Cover. As presentes condições da apólice devem ser lidas em conjunto com as tabelas de coberturas, que descrevem as coberturas a que tem direito e os limites associados a cada cobertura. As condições da apólice, juntamente com as tabelas de coberturas, o Contrato de Seguro de Saúde da Seguradora e o formulário de pedido de adesão, constituem o contrato entre o Tomador do Seguro, a Pessoa Segura e a Seguradora. Foram envidados todos os esforços para garantir que todas as informações importantes de que necessita se encontram nas presentes condições da apólice.

O presente Contrato é constituído pelos seguintes elementos:

Apólice principal de Seguro de Saúde da Seguradora e as condições da apólice – condições das coberturas de saúde e termos legais gerais e Anexo A – Subsídio de Funeral Integrado.

As condições da Apólice principal de Seguro de Saúde da Seguradora e as condições da apólice devem ser lidas em conjunto com os Anexos, salvo quando indicado em contrário no Anexo específico de uma cobertura.

Cláusula 2 – Definições

Segue-se uma lista de termos constantes da presente apólice. Estes termos têm um significado único, conforme definido abaixo, sempre que são utilizados ao longo do texto da apólice.

- a. **Acidente** – qualquer acontecimento súbito, inesperado e específico que ocorra num determinado momento e num determinado lugar, acontecimento este que não será previsível ou contemplável pelo Beneficiário, que resulte em lesões corporais visíveis, violentas, externas e traumáticas, e que não seja originado por doença ou um processo físico ou mental gradual.
- b. **Administrador** – qualquer entidade nomeada e reconhecida pela Seguradora designado para administrar a presente apólice.
- c. **Agravamento do Prémio** – significa que o montante acrescido ao prémio de um candidato de maior risco, acima da taxa de prémio normal da Seguradora.
- d. **Âmbito Territorial de Cobertura** – territórios ou países estipulados nas tabelas de coberturas nos quais a Pessoa Segura estará coberta ao abrigo da presente apólice.
- e. **Ano de Vigência da Apólice** – período de 12 meses a partir da Data de Início da presente apólice e posteriormente cada período consecutivo de 12 meses sempre que a presente apólice for renovada.
- f. **Beneficiário** – Titular da Apólice e qualquer pessoa inscrita como Dependente do Titular da Apólice, a favor de quem o Titular da Apólice se prontifica a pagar as despesas médicas e prémios, que tenha direito às coberturas da presente apólice e que não esteja coberto por um outro Plano de Coberturas (incluindo qualquer outro produto da Liberty Health Cover).

- g. **Cliente Corporate** – Tomador do Seguro com 30 ou mais colaboradores.
- h. **Cliente Microempresa** – Microempresa cujo número de colaboradores varia entre no mínimo 1 e no máximo 5. É obrigatório que todos os colaboradores da microempresa estejam inscritos para que esta possa ser considerada uma microempresa.
- i. **Cliente Pequena e Média Empresa (PME)** – empresa de Pequena a Média dimensão cujo número de colaboradores varia entre no mínimo 6 e no máximo 29.
- j. **Condição Aguda de Saúde** – problema de saúde que geralmente surge repentinamente, evolui rapidamente e é de duração relativamente curta.
- k. **Condições de Saúde Preexistentes** – qualquer lesão, doença, problema de saúde ou sintoma:
 - i. Para o qual foram procurados ou recebidos cuidados de saúde, medicamentos, aconselhamento ou diagnóstico ou que era previsível pela Pessoa Segura anteriormente à Data de Início da Apólice, ou
 - ii. Que surgiu ou era do conhecimento do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura anteriormente à Data de Início da apólice, tenham ou não sido procurados ou recebidos cuidados de saúde, medicamentos, aconselhamento ou diagnóstico.
- l. **Cônjuge** – pessoa com quem o Titular da Apólice esteja casado ao abrigo de qualquer legislação ou direito consuetudinário reconhecido, incluindo uma Pessoa com quem viva em União de Facto.
- m. **Cuidados Críticos** – cobertura para serviços que sejam clinicamente necessários, mas não se encontrem disponíveis localmente (no país) para problemas de saúde que apresentem risco de vida, mas não constituam uma emergência médica.
- n. **Data de Entrada em Serviço** – data de entrada em serviço conforme comunicado pelo Tomador da Apólice.
- o. **Data de Início** – primeiro dia de cobertura que começa na sequência da aceitação do contrato pelo Tomador do Seguro ou conforme acordado entre o Tomador do Seguro e a Seguradora.
- p. **Dependente (Pessoa a Cargo):**
 - i. Cônjuge do Titular da Apólice ou Pessoa com quem viva em união de facto
 - ii. Cônjuge ou filho (conforme definido abaixo) do Titular da Apólice falecido ou Pessoa com quem este tenha vivido em união de facto
 - iii. Filho natural, enteado, filho legalmente adoptado ou qualquer criança colocada sob os cuidados e à guarda do Titular da Apólice ou do Cônjuge do Titular da Apólice ou Pessoa com quem viva em união de facto ou criança em situações de responsabilidade civil em termos de apoio financeiro fixada por decisão judicial. Um filho dependente obedece aos seguintes critérios:
 - o Idade até aos 21 anos (inclusive) ou
 - o Idade compreendida entre os de 22 e 25 anos (inclusive), desde que apresente prova de frequência a tempo inteiro num estabelecimento de ensino reconhecido (cartão de estudante não servirá para este efeito). Em caso de não recepção de comprovativo de

- frequência de um estabelecimento de ensino, o Dependente será excluído no fim do Ano de Vigência da Apólice em que a idade de 25 anos.
- Dependente do Titular da Apólice por razões de deficiência mental ou física (cópia do relatório clínico do médico a confirmar a incapacidade permanente poderá ser exigida)
 - Um nado-morto, após 28 (vinte-e-oito) semanas de gravidez, relativamente apenas ao Subsídio de Funeral.
- q. **Destacamento** – transferência temporária para outra função ou cargo na mesma organização por um período de mais de três meses.
- r. **Dia útil** – qualquer dia (que não um sábado ou domingo ou um feriado) em que bancos e empresas de seguros se encontram normalmente abertos ao público na República da África do Sul e/ou no país em que a apólice foi emitida.
- s. **Dívida Decorrente de Sinistro** – facturas pagas pela Seguradora que são recuperáveis junto da Pessoa Segura ou do Tomador do Seguro.
- t. **Doença** – qualquer doença física ou mental.
- u. **Doença Crónica** – qualquer doença crónica que requeira medicamentos e tratamentos por mais de três meses contínuos.
- v. **Encargos Razoáveis e Habituais** – encargos de saúde que a Seguradora considera razoáveis e habituais quando estes se enquadram ao nível geral de encargos praticados por outros Provedores de saúde equiparáveis na localidade onde os encargos são incorridos ao facultar cuidados, serviços ou materiais semelhantes ou comparáveis, a indivíduos do mesmo sexo e de idade comparável em relação a uma doença ou lesão semelhante.
- w. **Especialista** – médico qualificado e licenciado, com os devidos conhecimentos e habilitações suplementares para desempenhar a função de especialista reconhecido no exercício de técnicas de diagnóstico, tratamento e prevenção, numa área específica da medicina, entre outras, a psiquiatria, neurologia, pediatria, endocrinologia, obstetrícia, ginecologia e dermatologia.
- x. **Evacuação com Carácter de Urgência** – transporte e cuidados imediatos e urgentes, prestados durante o transporte gerido pelo pessoal médico a uma Pessoa Segura aquando de uma evacuação do local onde esta se encontre até à entidade de saúde mais próxima para receber cuidados médicos para tratamento de um Problema de Saúde com Carácter de Emergência Médica
- y. **Evento com Consequências Marcantes para a Vida** – divórcio, casamento ou despedimento da Pessoa Segura ou mudança de emprego ou morte do Cônjuge. Mudar de uma seguradora para outra não se aplica ao considerar a dispensa do regime de subscrição.
- z. **Força Maior** – inclui acontecimentos fortuitos, actos praticados por um Estado ou Governo, alterações regulamentares, catástrofes naturais excepcionalmente adversas, motim, insurreição, sanções, sabotagem, terrorismo, distúrbio político ou civil, guerra, boicotes, embargo, greves, bloqueio,

escassez de mão-de-obra ou materiais, atrasos significativos de transportes públicos ou quaisquer circunstâncias semelhantes, que escapem ao controlo razoável da Seguradora. Inclui também, mas não só, alterações materiais nas taxas de câmbio.

- aa. **Fraude** – pode ser definida como qualquer acção cometida com o objectivo de obter ou tentar obter uma vantagem ou lucro, quer sejam efectivamente prestados ou recebidos quaisquer cuidados/serviços médicos, quer com recurso a cuidados/serviços médicos injustificados ou indevidos custeados pela Seguradora.
- bb. **Hospital** – unidade de saúde devidamente licenciada como um hospital clínico ou cirúrgico no país em que está localizado. Deverá estar sob supervisão constante de um Médico.
- cc. **Idade** – idade (em anos completos) do Titular da Apólice ou pessoas seguras a cargo (vulgo, *Dependentes*) no momento do início ou renovação da apólice para o Ano de Vigência da Apólice.
- dd. **Medicina Baseada na Evidência (MBE)** – utilização conscienciosa, explícita e judiciosa das melhores evidências actuais na tomada de decisões sobre os cuidados prestados aos Beneficiários, em que a experiência clínica individual é agregada às melhores evidências clínicas externas resultantes de investigação sistemática.
- ee. **Médico Conselheiro** – médico contratado pela Seguradora para aconselhar sobre questões médicas pertinentes no que diz respeito a problemas de saúde ou tratamento com base nos Protocolos de Financiamento Clínico e nos benefícios e limites disponíveis
- ff. **Médico ou Profissional de Saúde** – pessoa legalmente habilitada e autorizada em práticas médicas para a prestação de cuidados de saúde após frequentar uma escola de medicina reconhecida e licenciada pelas autoridades médicas competentes do país em que o tratamento é prestado, mas que não poderá ser a própria Pessoa Segura ou progenitor, irmão, Cônjuge, filho ou pai da Pessoa Segura.
- gg. **Período de Carência** – período a partir da Data de Início da apólice durante o qual a presente apólice não cobre nenhum tratamento que se torne necessário seja qual for a causa. Os prémios são devidos durante o Período de Carência.
- hh. **Pessoa em União de Facto** – Pessoa com quem o Titular da Apólice tenha uma relação séria e comprometida à semelhança de um casamento, que cumpra os critérios objectivos de dependência mútua e agregado familiar partilhado e comum, independentemente do sexo de qualquer das partes
- ii. **Pessoa Segura** – Beneficiário.
- jj. **Pessoa Segura por via de Adesão Posterior** – pessoa cujo pedido de adesão é feito
 - i. Mais de 30 (trinta) dias após a data de entrada em serviço
 - ii. Como cônjuge, mais de 30 (trinta) dias após a data de casamento
 - iii. Como Dependente menor, mais de 60 (sessenta) dias após a data de nascimento ou adopção
- kk. **Plano de Coberturas** – significa os limites dos benefícios conforme descrito nas tabelas de benefícios.

ll. **Pré-autorização** – autorização concedida / dada por escrito previamente à prestação de um serviço de saúde ou cuidados de saúde.

mm. **Prémio** – prémio a pagar pelo Tomador do Seguro à Seguradora pelas prestações devidas ao abrigo da presente apólice.

Tipo de beneficiário	Taxa de Prémio Aplicável
Tomador da apólice/Titular da apólice	Microempresa – taxa correspondente à respectiva idade PME – taxa correspondente à respectiva idade Corporate – taxa de adulto
Cônjuge do Titular da Apólice ou Pessoa com quem vive em união de facto	Microempresa – taxa correspondente à respectiva idade PME – taxa correspondente à respectiva idade Corporate – taxa de adulto, mesmo quando o Cônjuge ou Pessoa em união de facto tiver menos de 22 anos
Criança e estudante a tempo inteiro	Microempresa – taxa correspondente à respectiva idade PME – taxa correspondente à respectiva idade Corporate – taxa de criança, aplicável ao Prémio para o grupo etário 0-21

nn. **Prémio em Dívida** – prémios em atraso devidos por um Tomador do Seguro.

oo. **Problema de Saúde com Carácter de Urgência** – problema de saúde que surja repentina e inesperadamente, requeira assistência médica ou cirúrgica para proceder à reanimação e/ ou estabilização imediata e quando, caso não sejam administrados cuidados de saúde dentro de 24-48 horas, ocorram danos de saúde sérios a funções orgânicas, disfunção grave de órgãos ou outras partes do corpo, ou que poria em sério perigo a vida da Pessoa Segura.

pp. **Programa de Cuidados de Saúde em Regime Convencionado (*managed care*)** – sistema de prestação de serviços de saúde destinado a garantir o acesso a serviços de saúde económicos, adequados, de boa qualidade e eficazes que permitam a utilização eficiente das coberturas disponíveis para cada Pessoa Segura.

qq. **Protocolo de Financiamento Clínico** – conjunto de directrizes elaboradas pela Seguradora para determinar o financiamento adequado e a atribuição de coberturas para serviços médicos solicitados. A elaboração das directrizes está assente nos princípios da Medicina Baseada na Evidência (MBE).

rr. **Questionário de Saúde** – Formulário de Pedido de Adesão, assinado pelo Titular da Apólice ou Dependente. Admite a inclusão de qualquer declaração, representação ou documento que for apresentado por escrito à Seguradora que contenha informação utilizada para a emissão da presente apólice.

ss. **Rede de Provedores** – rede de Provedores de serviços de saúde com os quais celebrámos e negociámos preços para a prestação de serviços de saúde. Estes Provedores de serviços de saúde serão pagos directamente pela Seguradora de acordo com os preços convencionados, limites de coberturas especificados e sujeitos às condições da presente apólice.

- tt. **Seguradora** – seguradora que emite a presente apólice.
- uu. **Sinistros** – factura relativa a serviços e despesas ou extracto detalhado, emitido por um Hospital, Clínico Geral ou Médico, apresentado para pagamento.
- vv. **Tratamento no Estrangeiro por Eleição** – situação em que um Beneficiário opte por obter serviços médicos fora do país onde reside, de acordo com o Âmbito Territorial do Plano de Coberturas a que tenha aderido, e que não requeira uma Evacuação com Carácter de Urgência ou Cuidados Críticos.
- ww. **Tomador do Seguro** – grupo empregador que adquiriu a presente apólice em relação aos seus colaboradores e é responsável pelo pagamento dos prémios em conformidade com a presente apólice.
- xx. **Titular da Apólice** – colaborador que trabalha em regime de tempo inteiro em situação permanente, assim como o colaborador a tempo inteiro que passa para a reforma ao fim de uma vida profissional ao serviço de um empregador que é o Tomador do Seguro e que é elegível para cobertura à data da reforma.
- yy. **Trauma** – lesão resultante de agente extrínseco.

Cláusula 3 – Objectivo das Condições da Apólice

- a. Estas condições da apólice garantem ao Segurado, em caso de Doença ou Acidente ocorrido durante o seu período de validade, cobertura de um conjunto de serviços de saúde conforme definido nestas condições da apólice em conjunto com a tabela de prestações contratadas pelo Tomador do Seguro.

Cláusula 4 – Âmbito de Aplicação das Condições da Apólice

- a. Estas condições da apólice assinadas pelo respectivo Tomador do Seguro, as informações facultadas a cada Segurado (através do formulário de subscrição ou da folha de cálculo), bem como toda a documentação clínica necessária para a aceitação do risco pela Seguradora, constituem a base do contrato e são parte integrante do mesmo, determinando, em particular, o risco coberto.

Cláusula 5 – Garantias Contratuais

- a. O contrato de seguro pode garantir, consoante as condições e dentro dos limites estabelecidos para o efeito nas Condições Gerais e nas tabelas de prestações; as seguintes coberturas:
 - i. Hospitalização
 - ii. Urgências médicas em Moçambique, e outros territórios, dependendo da opção escolhida pelo Tomador do Seguro.
 - iii. Tratamento em regime de ambulatório (Consultas, Exames e Tratamentos)
 - iv. Próteses e outros dispositivos médicos
 - v. Medicamentos
- b. As coberturas contratadas são definidas nas condições gerais e específicas. O contrato de seguro pode também incluir outras coberturas, desde que devidamente identificadas nas tabelas de prestações e definidas pelas suas próprias condições especiais.

- c. A Seguradora garante o pagamento de serviços de saúde à Pessoa Segura no âmbito das prestações de saúde contratadas sujeitas ao pagamento atempado do Prémio, destas condições da apólice e dos Protocolos de Financiamento Clínico pelo Tomador do Seguro, efectuados pela rede de Provedores de cuidados de saúde, fora da rede (suportando a Pessoa Segura todos os respectivos custos, nos termos e limites estabelecidos nas tabelas de prestações.

Capítulo II: Condições Gerais da Apólice

Cláusula 6 – Cobertura de Seguro

Celebrámos uma parceria com seguradoras nacionais para licenciar e segurar as apólices das Liberty Health Cover a nível nacional nos países onde as apólices são emitidas. Entre em contacto com a Seguradora ou aceda ao nosso site (<https://www.libertyhealth.net/en/>) para consultar a lista dos nossos parceiros de seguros nacionais.

Cláusula 7 – Lei Aplicável

- a. A presente apólice rege-se e será interpretada, determinada e executada de acordo com a legislação do país em que a presente apólice foi emitida.

Cláusula 8 – Cessão

- a. O Tomador do Seguro ou a Pessoa Segura não terá o direito de ceder a presente apólice ou qualquer cobertura de seguro efectuada ao abrigo da mesma.

Cláusula 9 – Não divulgação

- a. Caso uma Pessoa Segura conscientemente faça uma declaração falsa ou não divulgue que tem ou sofre de uma doença ou problema de saúde, incluindo estar em tratamento ou a tomar medicamentos respeitante a qualquer problema de saúde/ diagnóstico e provável tratamento futuro, a Seguradora reservar-se-á o direito de:
 - i. Impor Períodos de Carência
 - ii. Impor Agravamentos do Prémio
 - iii. Especificamente excluir coberturas em relação a uma determinada condição de saúde, doença, perturbação ou deficiência que existisse no momento de adesão às coberturas ao abrigo da presente apólice
 - iv. Proceder à resolução da cobertura da Pessoa Segura
 - v. Recuperar junto da Pessoa Segura específicas ou todas as despesas médicas incorridas em relação ao respectivo problema de saúde
- b. A Seguradora informará a Pessoa Segura por escrito sobre qualquer limitação, agravamento do Prémio ou exclusão específica imposta ou resolução da apólice.

Cláusula 10 – Residência

- a. A Pessoa Segura deverá residir no país em que a presente apólice é emitida ou está registada para que possa usufruir da cobertura ao abrigo da apólice, salvo acordo prévio em contrário entre o Tomador do Seguro e a Seguradora.

Cláusula 11 – Início da Cobertura

- a. A presente apólice produzirá efeitos a partir do momento em que o formulário de subscrição é aceite

pela Seguradora e o Tomador do Seguro paga o Prémio devido na totalidade. Não serão permitidas alterações retroactivas.

- b. Todos os formulários de pedido de adesão e de alteração preenchidos serão válidos por um período de 90 (noventa) dias a partir da data da declaração feita pelo candidato a pessoa segura, inclusive declarações necessárias, se e quando exigidas. Sempre que um formulário ultrapassar o período de validade de 90 (noventa) dias, será necessário um novo formulário.
- c. Se o pedido de adesão à presente apólice for aprovado pela Seguradora durante os meses em que o Ano de Vigência da Apólice já está em curso, a Data de Início da cobertura será o primeiro dia do mês imediatamente posterior ao mês em que o pedido de adesão for aprovado. Em alternativa, uma Pessoa Segura pode optar por uma cobertura imediata, mas será cobrado o prémio integral do mês em que a apólice é activada.
- d. **Todos os Dependentes terão de ser inscritos no mesmo Plano de Coberturas do Titular da Apólice. Um Dependente não poderá escolher um Plano de Coberturas diferente do Titular da Apólice. Será proibida a apresentação de Sinistros a mais do que uma Seguradora de saúde ao mesmo tempo. Um Titular da Apólice ou um Dependente que esteja coberto por mais do que uma cobertura, DEVERÁ comunicar a situação à Seguradora. A não comunicação em matéria de coberturas além da presente poderá isentar-nos da liquidação de qualquer sinistro ou reembolso ao abrigo da presente apólice.**
- e. No caso de recém-nascidos, o pedido de adesão deverá ser feito no prazo de 60 (sessenta) dias a partir da data do nascimento, devendo ser apresentada junto com o pedido de adesão uma cópia da certidão de nascimento ou confirmação emitida pelo hospital com o nome do bebé.
- f. Se o recém-nascido for inscrito no prazo de 60 (sessenta) dias, a cobertura começará a produzir efeitos a partir da data do nascimento. Quaisquer Sinistros relativos a despesas incorridas em relação ao recém-nascido durante este período poderão ser apresentados para efeitos de pagamento após a inscrição do recém-nascido. Os Prémios serão cobrados a partir do primeiro dia do mês imediatamente posterior ao mês do nascimento.
- g. Se o recém-nascido não for inscrito no prazo de 60 (sessenta) dias após o nascimento, a cobertura da presente apólice não produzirá efeitos a partir do primeiro dia após o nascimento. Outrossim, a cobertura relativa ao recém-nascido começará a produzir efeitos conforme especificado na Cláusula 11.a) e sujeita ao regime de subscrição conforme especificado na Cláusula 21.
- h. Em caso de urgência, se o recém-nascido necessitar de cuidados hospitalares imediatamente após o nascimento e antes da alta, este estará coberto pela apólice da mãe para coberturas de internamento hospitalar apenas durante os primeiros 15 (quinze) dias a partir da data de nascimento.

Cláusula 12 – Limite de Idade

- a. A presente apólice não aceitará novos candidatos a pessoa segura com idade superior a 70 (setenta) anos. Uma Pessoa Segura com menos de 70 anos quando originalmente aderiu a cobertura da presente apólice começa a produzir efeitos, mas que posteriormente ultrapassa a idade de 70 anos,

continuará a ser coberta pela presente apólice.

Cláusula 13 – Mudança de Planos de Coberturas

- a. Um Titular de Apólice só poderá mudar de Plano de Coberturas na altura da renovação da apólice, mediante notificação por escrito com antecedência de 30 (trinta) dias antes da renovação da apólice.

Cláusula 14 – Resolução da Cobertura da Pessoa Segura

- a. A cobertura de uma Pessoa Segura ao abrigo da presente apólice dá-se por resolvida na data em que se verificar a ocorrência da primeira de qualquer uma das seguintes situações:
 - i. A apólice na íntegra considera-se resolvida conforme o disposto na Cláusula 15 desta secção ou a cobertura de uma Pessoa Segura será resolvida por motivos de fraude de acordo com a Cláusula 17.
 - ii. Quando a Pessoa Segura deixar de reunir as condições necessárias para cobertura por deixar de reunir as condições de Titular da Apólice ou Dependente;
 - iii. Falta de pagamento dos prémios devidos conforme disposto na presente apólice.
- b. O Tomador do Seguro deverá comunicar à Seguradora por escrito e com antecedência de 1 (um) mês civil a resolução da cobertura do Titular da Apólice e/ ou dos Dependentes, quaisquer que forem os motivos. Caso a notificação der entrada após o término do período de notificação e tenham sido executados Sinistros relativos ao Titular da Apólice ou Dependentes, a Seguradora reservar-se-á o direito de:
 - i. Cobrar prémios relativos ao período durante o qual os Sinistros foram executados apesar de o Titular da Apólice ou Dependentes terem deixado de ser elegíveis para cobertura
 - ii. Recusar financiamento para quaisquer sinistros recebidos após o término do período de pré-aviso.
 - iii. Recuperar do Tomador do Seguro as despesas incorridas pela Seguradora relativos a quaisquer Sinistros
- c. Quando um Dependente deixa de ser elegível na qualidade de Dependente, deixará de ser considerado inscrito como tal para os efeitos da presente apólice, como também deixará de gozar do direito a coberturas, independentemente de um pré-aviso ter sido dado nos termos da presente apólice ou de outra forma.

Cláusula 15 – Cancelamento pelo Tomador do Seguro

- a. O Tomador do Seguro poderá cancelar a apólice mediante pré-aviso por escrito com 90 (noventa) dias de antecedência. A cobertura para todas as Pessoas Seguras cessará na data do cancelamento da apólice.
- b. Em caso de força maior, reservamo-nos o direito de cancelar a presente apólice com 30 dias de antecedência, notificando o Tomador do Seguro por escrito.

Cláusula 16 – Renovação

- a. Na data de renovação, de acordo com as datas de início e fim do grupo, conforme exposto no acordo-quadro de serviços (geralmente no fim de cada Ano de Vigência da Apólice), a apólice poderá ser renovada por um período de mais 1 (um) ano, sujeito a acordo mútuo entre a Seguradora e o

Tomador do Seguro sobre os termos de renovação. No acto da renovação da apólice, a Seguradora procederá a uma revisão das coberturas, condições da apólice e prémios, sujeito a acordo mútuo entre a Seguradora e o Tomador do Seguro e desde que a Seguradora faculte ao Tomador do Seguro os termos de renovação por escrito com antecedência de 90 (noventa) dias. Todas os Prémios em Dívida deverão ser liquidados antes da renovação.

- b. Filhos a cargo com idades compreendidas entre os 22 e 25 anos no momento da renovação terão de apresentar comprovativo recente de frequência de um estabelecimento de ensino. **Filhos a cargo com a idade de 25 anos no momento de renovação serão automaticamente excluídos.** O Titular da Apólice será informado da exclusão por escrito.
- c. No caso de as condições de renovação não estiverem acordadas até à data de renovação, a cobertura para todas as Pessoas Seguras cessará a partir do primeiro dia após a data prevista para a renovação da apólice.

Cláusula 17 – Fraude

- a. Se um sinistro, seja em que aspecto for, for falso ou caso meios fraudulentos tenham sido utilizados pela Pessoa Segura ou qualquer pessoa a actuar em nome desta para obter coberturas ao abrigo da presente apólice, a cobertura da Pessoa Segura poderá ser cancelada imediatamente e todas as coberturas e prémios perdidos. Poderá ainda ser instaurado um processo judicial contra as partes em questão.
- b. Seguem-se exemplos de Fraude, incluindo, mas sem se limitar a:
 - i. Elaboração ou uso de um documento falso, incluindo qualquer documento de apoio, factura de uma prestação de cuidados de saúde ou outro documento de cobrança
 - ii. Coluio com Provedores para a apresentação de Sinistros fraudulentos
 - iii. Não comunicar ou declarar fielmente informações médicas (problema de saúde/ tratamento/ diagnóstico) e alterações em quaisquer documentos previamente apresentados, caso as informações ou circunstâncias que constam nos respectivos documentos tenham mudado.
 - iv. Duplicação, furto ou empréstimo de documentos com a intenção de obter serviços de forma ilegal
 - v. Alteração de um sinistro abrangido pelo seguro de saúde para a obtenção de ganhos financeiros
 - vi. Apresentação de facturas falsas relativas a prestações de saúde por parte de um beneficiário ou provedor de serviços, especialmente a facturação de serviços fictícios
 - vii. Facturação de serviços de saúde injustificados fora do âmbito de cuidados prescritos por um médico ou das necessidades do doente
 - viii. A prática por parte de Pessoas Seguras de permitirem a terceiros sem seguro a utilização do cartão de saúde para aceder a coberturas
 - ix. Falsificação de facturas relativas a prestação de serviços emitidas para efeitos de Sinistros com o intuito de obter reembolsos a favor da Pessoa Segura
 - x. Apresentação de receitas médicas fraudulentas em farmácias
- c. Em situações em que verificarmos a prática de fraude, poderemos aplicar qualquer uma das seguintes sanções ou uma combinação destas:
 - i. resolução imediata da apólice

- ii. cessação da cobertura da Pessoa Segura
- iii. instauração de um processo judicial cível e/ ou penal.

Cláusula 18 – Cartões de Saúde

- a. Um cartão de saúde, por Beneficiário, será emitido apenas após o recebimento do formulário de inscrição completamente preenchido e após pagamento integral do Prémio devido.
- b. Em caso de extravio ou furto do cartão, caberá ao Tomador e/ ou Pessoa Segura informar imediatamente a Seguradora, sob pena de o Tomador do Seguro e/ ou Pessoa Segura ser responsabilizado por quaisquer Sinistros pagos por uso indevido.
- c. O custo de produção de novos cartões será por conta do Tomador do Seguro e/ ou Pessoa Segura.
- d. A utilização do cartão de saúde por qualquer pessoa que não seja a Pessoa Segura, com o conhecimento ou consentimento da Pessoa Segura, constituirá um abuso das coberturas do Plano de Coberturas e será tratada pela Seguradora em conformidade com a Cláusula 17.

Cláusula 19 – Coberturas Proporcionais

- a. Quando uma Pessoa Segura adere à apólice durante o curso do Ano de Vigência da Apólice, os limites anuais das coberturas para cuidados prestados em regime de ambulatório e os prémios serão proporcionais em fracções mensais de modo a reflectir que a cobertura não se aplica a um ano inteiro.

Cláusula 20 – Preços da Liberty ou Lista de Preços do Provedor

- a. Por *Preços da Liberty* ou *Lista de Preços do Provedor* entender-se-á o montante máximo acordado que pagaremos por uma despesa médica específica (por exemplo, tratamento hospitalar, consultas, medicamentos, procedimentos, exames, etc.) a um Provedor da Rede.
- b. Na ausência de um montante convencionado com um provedor de serviços médicos, pagaremos o que forem considerados Encargos Razoáveis e Habituais no país em que o tratamento e os serviços forem obtidos.
- c. Em situações em que o provedor cobrar acima do valor máximo acordado ou do que forem considerados Encargos Razoáveis e Habituais, o paciente/membro será responsável pelo pagamento da diferença entre os dois montantes.

Cláusula 21 – Regime de Subscrição

- a. Se uma Pessoa Segura sofrer um Evento com Consequências Marcantes para a Vida e solicitar adesão ou readmissão na qualidade de Pessoa Segura ao abrigo da presente apólice no prazo de 30 (trinta) dias após a ocorrência do Evento com Consequências Marcantes para a Vida, esta deverá ser inscrita na qualidade de Pessoa Segura **sem** aplicação de regime de subscrição.
- b. No que toca a clientes Corporate / Grandes Empresas, **apenas** as seguintes medidas serão aplicáveis:
 - i. O regime de subscrição não será aplicado a uma Pessoa Segura em relação à qual o pedido de adesão for feito no prazo de 30 (trinta) dias a partir de um período especificado de Destacamento ao serviço do empregador.
 - ii. O colaborador deverá obrigatoriamente efectuar o pedido de adesão à cobertura da presente apólice no prazo de 30 (trinta) dias a partir da Data de Início da apólice ou da Data de Entrada

- em Serviço do colaborador, a fim de obter cobertura sem a aplicação do regime de subscrição; colaboradores nesta situação deverão fazer a inscrição a partir da data de entrada em serviço ou Data de Início da apólice ou o regime de subscrição será aplicado.
- iii. Dependentes cujos pedidos de adesão à cobertura forem efectuados em até 30 (trinta) dias a partir da Data de Início da Apólice ou da data de entrada em serviço do colaborador, obterão cobertura sem aplicação do regime de subscrição; um Dependente nesta situação deverá ser inscrito a partir da Data de Início da apólice ou da data de entrada em serviço, caso contrário, o regime de subscrição será aplicado.
 - iv. No caso de um recém-nascido, o pedido de adesão deverá ser feito no prazo de 60 (sessenta) dias a partir da data de nascimento para obtenção de cobertura sem aplicação do regime de subscrição; Dependentes nesta situação deverão ser inscritos a partir da data de nascimento caso contrário será aplicado o regime de subscrição.
 - v. No caso de uma criança adoptada ou criança entregue à guarda de uma Pessoa Segura, o pedido de adesão deverá ser feito no prazo de 60 (sessenta) dias a partir da data de adopção ou data em que foi entregue à guarda para obter cobertura sem aplicação do regime de subscrição; Dependentes nesta situação deverão ser inscritos a partir da data de adopção ou data em que foram entregues à guarda, caso contrário será aplicado o regime de subscrição.
 - vi. No caso de Cônjuge recém-casado ou Pessoa em União de Facto recente, será necessário fazer a inscrição a coberturas ao abrigo da presente apólice no prazo de 30 (trinta) dias a partir da data do casamento ou data da formação da união de facto; o Dependente nesta situação deverá ser inscrito a partir da data de casamento ou data da formação da união de facto para obter cobertura sem aplicação do regime de subscrição; caso contrário, será aplicado o regime de subscrição.
 - vii. O regime de subscrição não será aplicado no que diz respeito a uma nova empresa adquirida por um actual grupo empregador, desde que o pedido de adesão seja feito no prazo de 30 (trinta) dias a partir da data da aquisição e o grupo de colaboradores seja superior a 29 indivíduos.
- c. Todos os novos candidatos a pessoa segura deverão preencher um Questionário de Saúde, que constituirá a base do contrato.
 - d. Todos os formulários de inscrição deverão estar devidamente preenchidos, acompanhados de assinatura e data da declaração.
 - e. Por razões de limitações do formulário, quaisquer outras informações poderão ser incluídas numa folha separada.
 - f. Todos os formulários preenchidos serão válidos por um prazo de 90 (noventa) dias a partir da data da declaração feita pelo candidato a pessoa segura.
 - g. Pessoas cuja adesão não é feita dentro dos prazos especificados nesta mesma Cláusula poderão estar sujeitas ao regime de subscrição aplicado a Segurados por via de Adesão Posterior.
 - h. Clientes Pequena e Média Empresa (PME) e Pessoas Seguras por via de Adesão Posterior, o seguinte poderá ser aplicado no acto do pedido de adesão ou em casos de não divulgação (cláusula 9):**

- i. Um período de carência de até 24 meses aplicável no que diz respeito a um problema de saúde específico, limite de uma cobertura (incluindo maternidade), actividade de recreio, ocupação ou estado geral de saúde.
- ii. Agravamento do prémio em relação a um problema de saúde especificado, actividade de recreio, ocupação ou estado geral de saúde.
- iii. Exclusão vitalícia de cobertura em relação a um determinado problema de saúde, actividade de recreio, ou ocupação específica.
- iv. Recusa de cobertura

Cláusula 22 – Segunda Opinião Médica

- a. Poderemos exigir uma segunda opinião no que diz respeito a um diagnóstico, tratamento proposto ou medicamento que possa dar origem a um sinistro, e por este motivo, o beneficiário em questão deverá consultar um dentista ou médico designado pela Seguradora e às nossas custas. Caso a segunda opinião proponha um tratamento ou medicamento diferente do primeiro, poderemos exigir que sejam seguidas as propostas contidas na segunda opinião.

Cláusula 23 – Processos Judiciais

- a. Não será instaurado processo judicial nem sanção não pecuniária para efeitos de recuperação ao abrigo da presente apólice até após o término do prazo de 60 (sessenta) dias a partir da data em que a prova de um sinistro foi prestada nos termos das condições da apólice. As partes concordam que em caso de qualquer conflito ou disputa entre as partes em relação à apólice, o diferendo será regido e controlado ao abrigo da lei do país em que a presente apólice é emitida e que as partes reconhecerão exclusivamente este foro e jurisdição para a resolução de qualquer conflito ou disputa.

Cláusula 24 – Arbitragem

- a. Qualquer divergência entre os pareceres médicos em relação às consequências de qualquer Acidente, doença, morte ou despesa será remetida a dois peritos médicos designados, por escrito, respectivamente pelas duas partes no litígio, para fins de uma resolução proposta pelos referidos peritos. Qualquer diferendo entre os dois peritos médicos deverá ser remetido a um mediador independente, que deverá ter sido designado à partida, por escrito, pelos dois peritos médicos. A decisão do mediador será definitiva.

Cláusula 25 – Acontecimentos Fora do Controlo da Seguradora (Força Maior)

- a. Caso a Seguradora seja impedida de cumprir qualquer uma das suas obrigações nos termos da presente apólice por motivo de Força Maior, notificaremos o Tomador do Seguro/ Pessoas Seguras das circunstâncias e natureza da Força Maior, bem como da duração estimada e a medida em que o desempenho da Seguradora se torna impossível.
- b. Nestas circunstâncias, as obrigações da Seguradora nos termos da apólice serão suspensas até que as circunstâncias que originaram a Força Maior terminem e a Seguradora não será responsável perante o Tomador/ Pessoas Segura por quaisquer danos sofridos pelo Tomador/ Pessoas Seguras devido à incapacidade da Seguradora de cumprir as suas obrigações nos termos da apólice. Em caso de Força Maior, a Seguradora poderá cancelar a apólice mediante notificação com 30 (trinta) dias de antecedência.

Cláusula 26 – Ajustamento de Coberturas e Prémios

- a. A Seguradora reserva-se o direito de ajustar os prémios ou coberturas (incluindo quaisquer garantias aplicáveis) e os encargos cobrados ao abrigo da presente apólice em caso de:
 - i. Introdução ou alteração de uma disposição legislativa ou regulamentar (incluindo legislação ou regulamentação tributária) que afecte a presente apólice ou a Seguradora, ou
 - ii. Alteração da interpretação ou entendimento jurídicos de qualquer legislação ou regulamentação (incluindo legislação ou regulamentação tributária) que afecte a presente apólice ou a Seguradora.
 - iii. O Tomador do Seguro e as Pessoas Seguras (consoante o caso) serão notificados por escrito sobre quando as novas alterações entrarão em vigor.

Cláusula 27 – Compromissos

- a. **O Tomador do Seguro garante que todas as informações prestadas à Seguradora e/ ou ao seu Administrador a qualquer momento são completas e verídicas. As informações que afectam a decisão da Seguradora de prestar coberturas configuram informações materiais.**
- b. **Quando o Tomador do Seguro presta à seguradora e/ ou ao seu Administrador informações pessoais de uma Pessoa Segura, o Tomador do Seguro garante que a Pessoa Segura consentiu que o Tomador do Seguro cedesse as informações pessoais em causa à Seguradora e/ ou ao respectivo Administrador.**
- c. **Sempre que informação relevante não for divulgada na íntegra ou for considerada falsa, a Seguradora poderá decidir cancelar a apólice e/ ou não honrar sinistros ou cobertura.**

Capítulo III: Pagamento de Prémios

Cláusula 28 – Prémios

- a. Os prémios serão pagos antecipadamente e a periodicidade escolhida poderá ser alterada apenas no aniversário da apólice em vigor.
- b. Prémios para clientes PME (6-29 colaboradores) e clientes Corporates / Grandes Empresas (30 e mais colaboradores) serão pagos mensalmente, trimestralmente, bianualmente ou anualmente, salvo especificação em termos dos requisitos regulamentares dentro de um território específico. Neste caso, prevalecerão os requisitos regulamentares.
- c. Prémios para clientes Microempresas (máximo de 5 colaboradores) serão pagos anualmente, antecipadamente. Os prémios para dependentes inscritos durante o ano de vigência da apólice deverão ser pagos antes de as coberturas serem activadas e no prazo de 30 (trinta) dias após a inscrição dos dependentes.
- d. Os prémios deverão ser pagos antecipadamente a partir do dia 1 do mês do período a que se refere o prémio (mensal, trimestral, semestral ou anualmente), o mais tardar até ao dia 7 do primeiro mês do período a que o prémio diz respeito.
- e. O primeiro Prémio deverá ser conclusivamente creditado na conta bancária indicada pela Seguradora antes da Data de Início da presente apólice para permitir a activação de coberturas das Pessoas

Seguras.

- f. Os prémios deverão ser pagos directamente à Seguradora e não a terceiros. A cobertura não começará a produzir efeitos, nem a suspensão de coberturas será levantada até que os prémios tenham sido recebidos na conta bancária da Seguradora.
- g. Facturas IVA serão elaboradas para quaisquer alterações processadas até o dia 15 do mês em curso para efeitos de acrescentar ou terminar a cobertura de Pessoas Seguras.
- h. Alterações relativas a Pessoas Seguras recebidas após o dia 15 do mês deverão constar da próxima factura IVA.
- i. Eventuais facturas relativas a ajustamento decorrentes de notas de crédito pendentes não serão reembolsáveis a favor de uma apólice em vigor, mas serão compensadas com futuras facturas de prémios. Se um Tomador do Seguro proceder à resolução da sua apólice com a Seguradora, quaisquer notas de crédito ou reembolsos devidos relativos a Prémios serão reembolsados apenas 3 (três) meses após a cobertura da apólice ter sido resolvida.
- j. Independentemente de o Tomador do Seguro efectuar pagamentos antecipados mensal, trimestral, semestral ou anualmente, quaisquer alterações relativas às Pessoas Seguras serão incluídas nas facturas no mês correspondente e de acordo com a periodicidade escolhida.
- k. Os prémios serão devidamente ajustados a partir do primeiro dia do mês posterior ao mês em que foram apresentadas as alterações no que diz respeito a Pessoas Seguras. Em casos em que a adesão ou desistência da Pessoa Segura ocorra durante um período de facturação, os Prémios serão ajustados numa base mensal e não diária.
- l. A Seguradora reserva-se o direito de rever os prémios a qualquer momento durante o Ano de Vigência da Apólice devido a alterações imprevistas de ordem tributária ou legislativa.
- m. A Seguradora reserva-se o direito de suspender o pagamento de Sinistros e a apólice das Pessoas Seguras, caso o Tomador do Seguro não tenha efectuado o pagamento da totalidade do Prémio devido até o dia 14 do mês em que o mesmo se tornou devido. Quando o montante total dos prémios for pago, a Seguradora deverá restabelecer as coberturas das Pessoas Seguras.

Capítulo IV: Cobrança de Dívidas

Cláusula 29 – Dívidas

- a. Prémio em Dívida
 - i. Prémios deverão ser pagos até o mais tardar o dia 7 do mês a que a factura se refere.
 - ii. Na falta de pagamento até o dia 14 do mês em que é devido, não serão tratados quaisquer sinistros e a apólice será suspensa.
 - iii. Na falta de pagamento até 2 (dois) meses a contar do dia 1 do mês em que é devido, a apólice será resolvida e uma notificação por escrito será enviada ao Tomador do Seguro. A dívida será remetida a um organismo de cobrança e quando necessário, será instaurado um processo de cobrança judicial.

- b. Dívida Decorrente de Sinistros
 - i. Segurados activos
 - Dívidas Decorrente de uns Sinistros terão de ser imediatamente liquidada pela Pessoa Segura.
 - Caso uma Dívida Decorrente de um sinistro não seja paga no prazo de 3 (três) meses após o vencimento da dívida, as coberturas da Pessoa Segura serão suspensas (os prémios continuarão a ser captados e facturados). A Pessoa Segura e o Tomador do Seguro serão informados por meio de correspondência escrita.
 - ii. Pessoas Anteriormente Seguradas
 - Em situações de demissão de uma Pessoa Segura quando exista uma Dívida Decorrente de um sinistro por liquidar, o Tomador do Seguro será responsável pelo pagamento imediato desta Dívida Decorrente de um sinistro.
 - Caso a Dívida Decorrente de um sinistro não seja paga em até 3 (três) meses após o vencimento da dívida, a apólice será suspensa. O Tomador do Seguro será informado por escrito.

Capítulo V: Formulário para Apresentação de Sinistros

Cláusula 30 – Sinistros

Como apresentar Sinistros

Agiremos de boa-fé em todas as Nossas relações com o Tomador do Seguro e as Pessoas Seguras. O Tomador do Seguro e as Pessoas Seguras, por sua vez, deverão zelar pelo cumprimento do seguinte:

- a. O pagamento de despesas incorridas com tratamentos ao abrigo da presente apólice estará sujeito aos nossos preços convencionados no país onde o tratamento for prestado. Na inexistência de um preço convencionado com um provedor de serviços médicos, a liquidação de Sinistros será feita de acordo com o que considerarmos Encargos Razoáveis e Habituais no país onde o tratamento é feito. A Pessoa Segura será responsável pelas despesas que excedam os Nossos preços convencionados ou o que a Seguradora considere Encargos Razoáveis e Habituais.
- b. Tratamento em unidades de saúde da rede de Provedores
Se uma Pessoa Segura procurar tratamento na nossa rede de Provedores, procederemos ao pagamento directo do custo do tratamento ao provedor de saúde até os limites de cobertura especificados e sujeito às condições da presente apólice. Uma Pessoa Segura deverá sempre apresentar o cartão de saúde ao provedor de saúde para poder receber tratamento.
- c. Tratamento em unidades de saúde fora da rede de Provedores
Em certos Planos de Cobertura nenhum sinistro será liquidado directamente a favor de um provedor fora da rede ou reembolsado a uma Pessoa Segura que recorra a serviços de um provedor fora da rede sem autorização da seguradora.
- d. Tratamento fora do país
Para os Planos de Coberturas que permitem Tratamento no Estrangeiro por Opção, em situações em que uma Pessoa Segura se desloca para fazer um tratamento fora do país em que a presente apólice foi emitida, financiaremos o tratamento apenas em unidades de saúde da Nossa Rede de Provedores. Na ausência de unidades de saúde da nossa Rede de Provedores num determinado país, procederemos à liquidação dos Sinistros em conformidade com o que considerarmos Encargos

Razoáveis e Habituais, sujeitos à Cláusula 30a. Despesas referentes a viagens e alojamento não serão financiadas para tratamento fora do país.

Sinistros por tratamentos fora do país onde reside serão convertidos à taxa de câmbio da data da prestação do serviço ou a data da alta, no caso de hospitalização.

e. Requisitos para a apresentação de um Sinistro

Para o processamento e pagamento de um sinistro, as seguintes informações deverão constar na conta de forma clara:

- i. Número da Apólice/ Adesão
- ii. Nome e Apelido do doente
- iii. Data de nascimento
- iv. Diagnóstico
- v. Data da prestação do serviço (em caso de hospitalização, incluir as datas de internamento e alta)
- vi. Descrição detalhada do tratamento ou serviço associado a cada prestação (ou seja, nome do medicamento, nível dos cuidados durante o internamento)
- vii. Quantidade (por exemplo, 30 Disprin 3 dias na enfermaria geral)
- viii. Código da tarifa (se disponível)
- ix. Montante cobrado por serviço ou tratamento recebido
- x. Nome do profissional de saúde responsável pelo tratamento
- xi. Nome da entidade (por exemplo, Hospital Geral, Africa Medical Clinic)
- xii. Montante cobrado (que deverá corresponder à soma dos montantes individuais que constam na conta)
- xiii. Número de pré-autorização (se for o caso e quando o serviço carece de pré-autorização – vide Cláusula 30g)
- xiv. Prova de pagamento em caso de reembolso ao Titular da Apólice. Prova de pagamento poderá ser apresentada sob a forma de cópia de pagamento por transferência electrónica (EFT), a prova de uma transacção relativa a um pagamento por cartão de débito/ crédito ou um recibo. Caso a prova de pagamento correcta não seja anexada, a conta será rejeitada.
- xv. Assinatura do doente ou Titular da Apólice, caso o doente seja menor
- xvi. Assinatura do provedor do serviço
- xvii. Data da conta e número de referência da conta

Inobservância das condições acima relativas ao sinistro, sem uma explicação razoável, poderá invalidar o sinistro. Recomenda-se que a Pessoa Segura mantenha cópias de todas as informações médicas que enviar à Seguradora. Isto ajudará a Pessoa Segura a acompanhar o que é devido pela Seguradora e será útil no caso de precisar de obter informação sobre o estado do sinistro.

f. A Pessoa Segurada terá de verificar se tem os recursos necessários para pagar o tratamento.

A Seguradora poderá determinar se uma Pessoa Segura é elegível para um determinado tratamento de acordo com a sua apólice, bem como informar se a Pessoa Segura tem benefícios disponíveis para efectuar o pagamento (dentro dos limites de coberturas indicados na tabela de coberturas). No entanto, caberá à Pessoa Segura verificar se tem coberturas disponíveis, entrando em contacto connosco ou ao consultar a tabela de coberturas e contactar o Médico ou Hospital para se informar sobre o custo do tratamento.

- g. Serviços ou coberturas que requerem pré-autorização
- Para determinados serviços ou coberturas, a Pessoa Segura deverá obter uma pré-autorização da Seguradora. Os serviços ou coberturas que requerem pré-autorização incluem:
- i. Hospitalização (programada e não programada)
 - ii. Tratamento do cancro (em regime de internamento e ambulatório)
 - iii. Diálise renal (em regime de internamento e ambulatório)
 - iv. Radiologia especializada (em regime de internamento e ambulatório)
 - v. Serviços de Evacuação com Carácter de Urgência e ambulância aérea (dentro do país e a nível internacional)
 - vi. Medicamentos para problemas de saúde crónicos
 - vii. Aparelhos e próteses médicos externos
 - viii. Serviços de ortodontia
 - ix. Transplante de órgãos
 - x. Deslocação por razões humanitárias ou compassivas
 - xi. Repatriamento do corpo de pessoa falecida
 - xii. Serviços de ambulância sem carácter de urgência e de ambulância aérea
 - xiii. Cuidados Críticos
 - xiv. Gravidezes de alto risco (ultra-sons e consultas adicionais em regime de ambulatório)
 - xv. Reabilitação, Cuidados de Enfermagem ao Domicílio (assistência domiciliar) e Cuidados de Fim de Vida
 - xvi. Viagens e Alojamento
- h. O formulário de pedido de adesão em regime convencionado e informações clínicas deverão ser entregues à Seguradora pelo menos 2 (dois) Dias Úteis antes de o Dependente obter o tratamento/serviço. Caso a Pessoa Segura não obtenha a pré-autorização, poderá ser pessoalmente responsabilizado pelas despesas médicas.
- i. Em caso de acidente ou hospitalização na eventualidade de um caso de urgência, uma notificação por escrito juntamente com as informações médicas disponíveis que sejam razoáveis e sirvam de prova deverão ser enviadas para a Seguradora no prazo de 2 (dois) Dias Úteis do momento do evento, ou se for um fim-de-semana ou feriado, no próximo dia útil.
- j. Em situações em que a pré-autorização for necessária e não for obtida, reservaremos o direito de:
- i. Recusar financiamento ou
 - ii. Aplicar um co-pagamento de 20% do montante total do sinistro.

Capítulo VI: Coberturas da Apólice

Cláusula 31 – Coberturas

- a. Esta secção deverá ser lida em conjugação com as tabelas de coberturas. Consulte as tabelas de coberturas do Plano que escolheu para entender exactamente a que coberturas tem direito ao abrigo da sua apólice. Esta secção contém informação mais pormenorizada sobre as coberturas a que tem direito de acordo com a sua apólice, onde informação pormenorizada não está incluída nas tabelas de coberturas.
- b. Importa lembrar que as coberturas variam dependendo do país e do Plano de Coberturas que

escolheu e, portanto, podem não ser aplicáveis ao seu Plano de Coberturas ou país. Em caso de dúvida sobre o que é aplicável, ligue para a sede nacional da Seguradora para obter esclarecimentos. Os Pedidos de Pagamento não serão financiados em relação a serviços que não estão cobertos pelo respectivo Plano de Coberturas.

- c. Nenhuma Pessoa Segura terá o direito de atribuir, transferir, garantir ou ceder as suas coberturas ou direitos ao abrigo das coberturas da presente apólice.
- d. Tratamento em regime de ambulatório para problemas de saúde agudos
Isto inclui:
- i. Consultas com médicos de clínica geral
 - ii. Consultas com especialistas
 - iii. Patologia, ou seja, análises de sangue requeridas por um médico no decurso de consultas do dia-a-dia.
 - iv. Radiologia, ou seja, radiografias básicas em regime de ambulatório.
 - v. Procedimentos não-cirúrgicos em regime de ambulatório, tais como a aplicação de gesso e pontos.
 - vi. Fisioterapia
 - vii. Biocinética e quiroprática
 - viii. Psicologia
 - ix. Assistente social
 - x. Terapia ocupacional
 - xi. Fonoaudiologia/ audiologia
 - xii. Audiologista especialista em aparelhos auditivos
 - xiii. Podologia
 - xiv. Nutricionista
 - xv. Ortoptista/ Protésico
 - xvi. Terapia relativa à Saúde no Trabalho
 - xvii. Medicamentos para problemas de saúde agudos, incluindo medicamentos que sejam clinicamente necessários e por lei restringidos a medicamentos prescritos por um médico, destinados exclusivamente à Pessoa Segura em regime de ambulatório. Nestas circunstâncias, as quantidades dispensadas não poderão exceder as quantidades prescritas pelo médico assistente.
 - xviii. Exame médico anual
- e. Vacinas
Vacinas para crianças menores de seis (6) anos de idade (inclusive) serão garantidas pela cobertura de medicamentos para problemas de saúde agudos (relativos a incidentes quotidianos), sujeitas à política de cuidados de saúde da Seguradora.
- Vacinas para crianças até e incluindo 6 anos:**
- i. Difteria
 - ii. Rubéola
 - iii. Haemophilus influenza do tipo B
 - iv. Hepatite A e B
 - v. Sarampo

- vi. Meningite
- vii. Papeira
- viii. Infecções pneumocócicas
- ix. Poliomielite
- x. Rotavírus
- xi. Tétano
- xii. Tuberculose (BCG)
- xiii. Tifóide
- xiv. Vitamina A (não é uma vacina, mas faz parte do programa de alguns países)
- xv. Tosse convulsa (coqueluche)

Para grupos de idade mais avançada, será coberto o acesso a coberturas em relação a:

- i. Hepatite B
- ii. Papiloma vírus humano/ HPV (sujeito a pré-autorização e critérios clínicos)
- iii. Gripe
- iv. Meningite
- v. Infecções pneumocócicas
- vi. Tétano
- vii. Tifóide

Vacinas suplementares cobertas para pessoas de todas as idades:

- i. Febre-amarela
- ii. Raiva (Em caso de urgência, deverá obter a primeira dose. Posteriormente deverá ligar para Seguradora e comunicar o sinistro, que após apresentação será processado de acordo com as coberturas disponíveis.)

f. Cobertura para Doenças Crónicas

Para ter acesso à cobertura de Doenças Crónicas, a Pessoa Segura, com diagnóstico de Doença Crónica, deverá obter Pré-autorização por meio de inscrição no Programa de Cuidados de Saúde em Regime Convencionado. Para se inscrever neste programa, o médico responsável pelo tratamento, em conjunto com a Pessoa Segura, deverá preencher um formulário de inscrição para medicamentos para problemas de saúde crónicos e enviá-lo para a Seguradora. O tratamento de doenças crónicas estará sujeito à nossa lista de doenças crónicas, protocolos de financiamento clínico e formulários de medicamentos aprovados.

É importante observar que, no caso de uma Pessoa Segura não se inscrever no Programa de Cuidados de Saúde em Regime Convencionado, não terá acesso à cobertura de Doenças Crónicas.

Salvo decisão em contrário da Nossa parte, as coberturas em relação aos medicamentos obtidos mediante receita médica serão limitados ao suficiente para a utilização durante um mês (ou ao número mais próximo de embalagens completas) para cada receita ou repetição da mesma.

Esta cobertura abrange os seguintes serviços (apenas para Doenças inscritas como Crónicas):

- i. medicamentos
- ii. consultas

- iii. radiologia básica
- iv. serviços de patologia

Lista de Doenças crónicas	
Acne	Hipertensão
Doença de Addison	Hipertiroidismo
Rinite alérgica	Hipotiroidismo
Doença de Alzheimer	Hipopituitarismo
Anemia	Síndrome de má absorção
Espondilite anquilosante	Hipogonadismo masculino
Anorexia nervosa	Doença de Menière
Arritmias e distúrbios de condução	Distúrbios da menopausa e perimenopausa
Asma	Menorragia
Perturbação de hiperactividade e défice de atenção (PHDA)	Doença do neurónio motor
Esófago de Barrett	Esclerose múltipla
Hiperplasia prostática benigna	Distrofia muscular
Perturbação afectiva bipolar	Miastenia grave
Bronquiectasia	Neuropatia
Bulimia nervosa	Perturbação obsessiva compulsiva (TOC)
Insuficiência cardíaca	Osteoartrite
Cardiomiopatia	Osteoporose
Doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC)	Doença de Paget
Doença renal crónica	Síndromes paralíticas e complicações associadas
Síndrome de Conn	Mal de Parkinson
Cor pulmonale	Pêfigo
Doença arterial coronária / doença isquémica do coração	Poliarterite nodosa
Doença de Crohn	Síndrome do ovário policístico
Doença de Cushing	Polimialgia reumática
Fibrose cística	Perturbação de stresse pós-traumática
Trombose venosa profunda	Púrpura trombocitopénica primária/ idiopática
Depressão	Psoríase
Dermatite/ eczema	Artrite psoriática
Dermatomiosite	Fibrose intersticial pulmonar
Diabetes insípida	Artrite reumatóide
Diabetes mellitus tipo 1	Rosácea
Diabetes mellitus tipo 2	Sarcoidose
Doença diverticular	Esquizofrenia
Disritmias	Esclerodermia e esclerose sistémica
Distonia	Síndrome de Sicca
Endometriose	Acidente vascular cerebral
Epilepsia	Lúpus eritematoso sistémico
Perturbação de ansiedade generalizada (GAD)	Trombose e embolia
Glaucoma	Síndrome de Tourette
Doença de Refluxo Gastroesofágico (DRGE)	Ataques isquémicos transitórios
Gota	Neuralgia trigémina

Lista de Doenças crónicas	
Hemofilia	Tuberculose
Hepatite B	Colite ulcerativa
Hepatite C	Infecção do tracto urinário (crónica)
HIV/ SIDA	Incontinência urinária
Hiperlipidemia	Valvulopatias
Hiperparatiroidismo	Síndrome de Zollinger-Ellison
Hipoparatiroidismo	

g. Coberturas oftalmológicas

As seguintes coberturas oftalmológicas são cobertas em regime de ambulatório:

- i. 1 (um) exame oftalmológico anualmente
- ii. Armações e lentes (incluindo lentes de contacto) uma vez de dois em dois anos apenas para a correcção de erros de refração.

h. Cobertura de medicina dentária

i. Cuidados dentários básicos

Esta cobertura abrange os seguintes tratamentos e serviços dentários em regime de ambulatório:

- i. Consultas dentárias
- ii. Procedimentos dentários básicos, incluindo extracção de dentes e desvitalizações, obturações, coroas, tratamento preventivo, destarização e polimento e raios-x

j. Cuidados dentários especializados

Cuidados dentários especializados incluindo, desvitalizações, próteses, obturações, coroas, pontes, tratamento periodontal, ortodontia e cirurgia dentária incluindo cirurgia maxilofacial e oral e extracção de sisos inclusos. O tratamento ortodôntico está restrito a segurados com até 21 (vinte e um) anos, inclusive.

k. Coberturas de maternidade

Esta cobertura proporciona garantias para cobrir cuidados de maternidade em regime de ambulatório.

l. Os cuidados de maternidade em regime de ambulatório incluem os seguintes exames e serviços:

Pacote de maternidade	Quantidade
Consultas	12
Ultra-som	3
Exame VDRL	1
Grupo sanguíneo Rhesus	1
Hemoglobina	1
Exame de HIV	2
Tira reactiva de medição de proteína e glicose	1
Diagnóstico da síndrome de Down	1
Marcadores bioquímicos séricos do primeiro e segundo trimestre	1
Amostra de vilosidade coriônica	1
Amniocentese (sujeito a pré-autorização)	1

Quaisquer outras prestações serão pagas a partir das coberturas destinadas a incidentes quotidianos.

m. Gravidezes de alto risco

Além das coberturas de maternidade em regime de ambulatório enumeradas na Cláusula 30 alínea k), nestes casos financiaremos ultra-sons e consultas adicionais. Sujeito a inscrição para efeitos de gestão de casos. Uma gravidez de alto risco é aquela que ameaça a saúde ou a vida da mãe ou do feto.

n. Maternidade (parto) em regime de internamento

Ao abrigo desta cobertura, enquadrar-se-ão as coberturas de maternidade em regime de internamento, incluindo confinamento, parto (parto normal) e parteiras.

Observação: Parto por cesariana está excluído, excepto mediante um parecer clínico que abone a favor da cesariana e mediante a obtenção de uma pré-autorização aprovada pela Seguradora.

Conforme especificado na cláusula 11 alínea e) a 11 alínea h), um recém-nascido estará coberto por 15 (quinze) dias imediatamente após o nascimento ao abrigo da apólice da mãe, sujeito ao limite de cobertura de maternidade em regime de internamento especificado nesta cláusula.

o. Cuidados neonatais

- i. Enfermaria neonatal (incubadora)
- ii. Fototerapia
- iii. Anomalias congénitas
- iv. Prematuridade

Observação: Esta cobertura vigora desde o nascimento até ao momento da alta do bebé.

p. Assistência Hospitalar (em regime de internamento)

Antes de uma Pessoa Segura começar o tratamento em regime de internamento (excepto em casos de acidente ou Problema de Saúde com Carácter de Urgência), a Pessoa Segura deverá obter uma pré-autorização pelo menos 2 (dois) Dias Úteis antes do internamento hospitalar. O pedido deverá ser apresentado electronicamente ou por escrito através do Centro de Atendimento. Caso a Pessoa Segura não obtenha a pré-autorização, poderá ser pessoalmente responsabilizada pelas despesas médicas.

A pré-autorização permite-nos garantir que o tratamento mais adequado é prestado ao custo mais adequado e permite-nos acompanhar a qualidade do atendimento que a Pessoa Segura recebe.

Em casos de acidente ou Problema de Saúde com Carácter de Urgência, notificação por escrito juntamente com eventuais informações comprovativas razoavelmente disponíveis deverão ser enviadas à Seguradora dentro do prazo de 2 (dois) Dias Úteis a contar a partir do evento, ou se for um fim-de-semana ou feriado, no próximo dia útil.

As seguintes coberturas hospitalares estão cobertas ao abrigo da presente apólice:

q. Tratamento Hospitalar e Serviços Conexos

A cobertura inclui:

- i. Internamento em hospital em quarto individual normal.
 - ii. Honorários hospitalares para médicos, especialistas, cirurgiões, anestesistas, fisioterapeutas ou outras consultas essenciais com especialistas realizadas no hospital.
 - iii. Custos do bloco operatório.
 - iv. Medicamentos para levar para casa (para 14 dias no máximo)
 - v. Aparelhos, materiais e medicamentos para a enfermaria e bloco operatório utilizados no Hospital.
 - vi. Despesas de alojamento incorridas por um dos pais que partilha o quarto do Hospital de uma criança segura menor de 12 (doze) anos (inclusive), quando esta recebe cuidados num Hospital, em regime de internamento, e mediante recomendação por escrito do médico responsável a afirmar que um dos pais deverá permanecer com a criança.
- r. Hospitalização psiquiátrica
Esta cobertura abrange as despesas do tratamento psiquiátrico recebido em regime de internamento numa unidade psiquiátrica de um Hospital. Todos os cuidados deverão ser prestados sob a supervisão directo de um psiquiatra credenciado.
- s. Reabilitação, Serviços de Enfermagem Privados e Cuidados de Fim de Vida.
Esta cobertura paga os custos de reabilitação, cuidados de enfermagem privados/ assistência domiciliar e cuidados de fim de vida no lugar de internamento hospitalar. Estes serviços deverão ser prestados numa entidade credenciada ou por um provedor de cuidados de saúde credenciado. Estes cuidados ocorrerão na sequência de um evento hospitalar e exclui os custos associados a cuidados temporários, apoio a actos da vida corrente e assistência a fragilizados. Esta cobertura inclui alojamento, enfermagem, medicamentos, serviços auxiliares tais como fisioterapia e terapia da fala, e consultas, mas não só. O acesso a esta cobertura está sujeito à pré-autorização, aprovação do plano de tratamento e sujeito à respectiva cobertura e à gestão de casos contínua.
- t. Próteses e Aparelhos
De acordo com esta cobertura e sujeito aos Protocolos de Financiamento Clínico, pagaremos os custos de:
- i. Membros artificiais
 - ii. Dispositivos internos (implantados cirurgicamente) e próteses, como marca-passos, próteses ortopédicas, incluindo próteses de quadril
 - iii. Implantes ortopédicos, por exemplo, dispositivos de alongamento ósseo, placas e parafusos para fixação espinal.
 - iv. Dispositivos endovasculares
 - v. Dispositivos para o sistema nervoso central, sistema cardíaco e sistema oftálmico e auditivo.
- u. Aparelhos Médicos Externos
Pagaremos por aparelhos médicos externos, incluindo cadeiras de rodas; glicosímetros e grandes órteses ortopédicas por exemplo, bota ortopédica até ao joelho.
- v. Radiologia Especializada
Ao abrigo desta cobertura, cobriremos as despesas de radiologia especializada que for necessária em regime de ambulatório ou hospitalar (tomografia por emissão de positrões-Tomografia

computadorizada (PET-CT), radioisótopo, tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética (MRI)). Toda radiologia especializada (em regime de ambulatório ou hospitalar) estará sujeita a Pré-autorização e Protocolos de Financiamento Clínico.

Em alguns Planos de Coberturas, a radiologia especializada é coberta apenas em casos de Trauma. Consulte a tabela de coberturas ou entre em contacto com a sede nacional da Seguradora para confirmar as coberturas e obter uma pré-autorização.

w. Cobertura de Serviços de ambulância

Pagaremos por serviços de ambulância terrestre (modalidade a ser determinada em função da logística) em território nacional com carácter de urgência para transportar a Pessoa Segura até à entidade médica mais próxima para a obtenção de tratamento. Pré-autorização será necessária para serviços de ambulância para evacuações ou problemas de saúde que não se enquadram no conceito de Evacuação Médica com Carácter de Urgência ou Problema de Saúde com Carácter de Urgência ou quando serviços de ambulância são necessários para deslocações transfronteiriças ou por via aérea. A Aprovação estará sujeita a Protocolos de Financiamento Clínico.

x. Cobertura de doenças graves

Até ao limite da cobertura de doenças graves e sujeito a Pré-autorização e Protocolos de Financiamento Clínico, esta cobertura cobre os custos de tratamento (em regime de ambulatório e de internamento) para oncologia (cancro), transplantes de órgãos e diálise renal.

y. Oncologia

Esta cobertura abrange as despesas do tratamento do cancro, independentemente de os cuidados serem prestados em regime de internamento ou em regime de ambulatório num centro de tratamento de cancro credenciado. Esta cobertura está disponível quando os doentes estão sob tratamento activo do cancro, incluindo despesas conexas até e incluindo um período de 5 (cinco) anos (após o tratamento activo) de modo a permitir o acompanhamento indicado quando o doente se encontra em remissão.

Em particular, cobrimos os seguintes tratamentos, que estão sujeitos a Protocolos de Financiamento Clínico:

- i. Medicamento quimioterápico/ oncológico de acordo com as directrizes baseadas na evidência. Consulte a Lista de Medicamentos Oncológicos Especializados para saber quais os medicamentos no que diz respeito ao cancro que foram excluídos ou estão sujeitos a critérios específicos de pré-autorização.
- ii. Radioterapia
- iii. Radiologia especializada:
 - o Tomografias/ ressonâncias magnéticas (2 por Pessoa Segura por ano)
 - o Tomografias por emissão de positrões (PET) (1 por Pessoa Segura por ano)
 - o Cintigrafias ósseas (1 por Pessoa Segura por ano)
- iv. Consultas
- v. Patologia
- vi. Hospitalização para tratamento de cancro em regime de internamento.
- vii. A partir do momento em que o doente entra em remissão, o tipo e a periodicidade dos serviços

de saúde necessários para acompanhamento serão prestados mediante pré-autorização, dependendo do tipo de cancro que está a ser controlado e do período de tempo decorrido desde o diagnóstico inicial.

z. Transplantes de órgãos

Esta cobertura abrange o custo de operações de transplante de rins, coração, fígado, pulmão, córnea ou medula óssea em que a Pessoa Segura é o receptor, mas não inclui:

- i. Quaisquer despesas relacionadas com ou a favor do doador de órgãos ou cadáver, incluindo a colheita de.
- ii. Transporte do doente ou órgão.

Outras despesas médicas relacionadas com um transplante de órgão também são abrangidas, incluindo:

- i. Hospitalização
- ii. Consultas
- iii. Medicamentos anti-rejeição (em regime de ambulatório ou de internamento)
- iv. Patologia
- v. Radiologia
- vi. Compatibilidade de doador limitada a membros da família definidos como pais, filhos e irmãos biológicos.

aa. Diálise renal

Esta cobertura abrange as despesas de tratamento para diálise renal, independentemente de o tratamento ser recebido enquanto inscrito em regime de internamento ou em regime de ambulatório num centro de diálise devidamente credenciado.

Os custos médicos conexos também são cobertos, incluindo hospitalização (para tratamento em regime de internamento), consultas, medicamentos e patologia. Esta cobertura exclui o reembolso de despesas relacionadas com diálise peritoneal automatizada.

bb. Coberturas Internacionais (aplicável apenas a certos Planos de Coberturas)

cc. Evacuação Internacional com Carácter de Urgência

No caso de um Problema de Saúde com Carácter de Urgência quando o tratamento não estiver disponível no país, pagaremos os custos de transporte da Pessoa Segura a ser evacuada do país onde o Problema de Saúde com Carácter de Urgência ocorreu para o centro médico indicado mais próximo no Âmbito Territorial de Cobertura. O centro médico mais próximo poderá ser no país onde ocorreu o Problema de Saúde com Carácter de Urgência. As seguintes classes de situações de saúde poderão dar origem a uma Evacuação com Carácter de Urgência:

dd. Acidentes

Uma Pessoa Segura será evacuada para uma unidade de saúde adequada caso a especialidade exigida não esteja disponível no país em que a Pessoa Segura se encontra no momento do acidente. A necessidade de uma especialidade específica será determinada pelo Nosso Médico Conselheiro no que disser respeito a aconselhamento recebido do Médico do país responsável pelo tratamento. O Médico Conselheiro poderá, ocasionalmente, solicitar mais um parecer de um outro Especialista. No

que disser respeito à necessidade de atendimento numa unidade de terapia intensiva, a existência de uma Unidade de Tratamentos Intensivos (UTI) no país será o factor que determinará que a Pessoa Segura receberá cuidados no país no tocante a tratamentos em UTI.

ee. Problemas de saúde agudos não relacionados com acidentes que requeiram tratamento especializado

Um segurado será evacuado por motivos de um evento de natureza aguda para outro país caso não exista um especialista normalmente disponível no país para gerir o problema de saúde em causa. A este respeito, o seguinte será aceite como apropriado para tratar problemas de saúde que requeiram tratamento de Especialista:

- i. Problemas de saúde – Clínico
- ii. Problemas de saúde passíveis de cirurgia – Cirurgião geral
- iii. Evacuações com carácter de urgência não serão realizadas para o tratamento de Doenças Crónicas em estado de deterioração

ff. A Evacuação Internacional com Carácter de Urgência estará sujeita à aprovação do Assessor clínico da seguradora, disponibilidade de coberturas (dependendo do Plano de Coberturas que escolheu) e condições da apólice. O Assessor clínico da Seguradora, em consulta com os profissionais médicos competentes e sujeito aos critérios da seguradora para evacuações internas (sujeitos a alterações pontuais), determinará se o problema de saúde de uma Pessoa Segura constitui um Problema de Saúde com Carácter de Urgência de elevada gravidade ou que apresente risco de vida que requeira evacuação imediata para obter tratamento a fim de evitar morte ou séria redução das perspectivas de saúde imediatas ou a longo prazo da Pessoa Segura. A gravidade do problema de saúde será avaliada no contexto da localização geográfica da Pessoa Segura e da disponibilidade local de tratamento ou instalações médicas.

gg. Princípios gerais de evacuação

Os seguintes princípios de evacuação aplicam-se:

- i. O médico que supervisiona a transferência será responsável por avaliar a estabilidade do doente para saber se tem condições de viajar; determinar que a evacuação é o melhor para o doente; e que o prognóstico do doente será materialmente melhorado pela evacuação.
- ii. Triagem de encaminhamento apropriada, exame clínico, investigações especiais e estabilização/reanimação do doente deverão ser concluídas pelo médico de referência, se possível.
- iii. É possível que cuidados iniciados pela entidade responsável pela transferência terão de ser continuados durante o transporte.
- iv. Toda a documentação clínica relevante deverá acompanhar o doente no que diz respeito à avaliação e gestão antes da evacuação (cópias dos exames feitos, medicamento administrado e documento de encaminhamento para o médico que vai receber o doente).
- v. Uma decisão sobre o modo de transporte será tomada.
- vi. A evacuação será uma "transferência inter-hospitalar" (de uma entidade médica para outra – dentro do âmbito territorial de cobertura), ou "resposta primária" (em situações em que o doente não recebeu cuidados nenhuns ou recebeu apenas atendimento pré-hospitalar).
- vii. A decisão sobre o modo de transporte que será utilizado caberá aos serviços contratados de Evacuação com Carácter de Urgência e ao assessor clínico. (Muitos factores deverão ser considerados, incluindo: áreas de aterragem, tempo para mobilização, condições

meteorológicas durante o voo, duração e distância do voo e certas restrições de ordem jurídica que também poderão ser aplicadas, tal como limitações no que diz respeito aos elementos necessários, por exemplo, uma aeronave de dois motores, ou um voo à noite.)

Após uma Evacuação com Carácter de Urgência internacional, pagaremos os custos de transporte do doente de volta ao país onde reside, mediante obtenção de uma pré-autorização para as despesas.

hh. Cobertura para Cuidados Críticos (no país e no estrangeiro)

No caso de um problema de saúde que não constitua uma urgência, mas ponha em risco a vida do doente, para o qual tratamento seja clinicamente necessário, mas não esteja disponível localmente em regime de internamento, os cuidados poderão ser recebidos em outra parte em África ou na Índia. A cobertura abrange despesas de viagem/ alojamento e de tratamento. Cuidados de acompanhamento serão financiados a nível local. Caso não existam os cuidados necessários da qualidade exigida, poderá ser considerada uma consulta de acompanhamento no prazo de um ano a contar do momento da deslocação de natureza médica inicial ao abrigo da cobertura para Cuidados Críticos. Esta cobertura estará sujeita ao limite Global e a pré-autorização.

A cobertura inclui:

- i. Tratamento em regime de internamento, tratamentos oncológicos e tratamento em regime de ambulatório que forem necessários para determinar um plano de tratamento ou a título de acompanhamento de um tratamento anterior aprovado ao abrigo de coberturas de cuidados críticos ou evacuação.

O financiamento estará sujeito aos seguintes critérios:

- i. O tratamento deverá ser considerado medicamente necessário e clinicamente indicado.
- ii. O tratamento deverá estar indisponível no país
- iii. Para problemas de saúde susceptíveis de reduzir a vida da pessoa e de a levar à morte nos próximos 10 anos
- iv. O tratamento estará sujeito à obtenção de autorização antes da transferência e tratamento
- v. O tratamento será curativo e não paliativo
- vi. O tratamento deverá enquadrar-se nos nossos protocolos de financiamento clínico
- vii. Seguradora escolherá a entidade e o país em que o tratamento será prestado.

Tratamentos que não estão cobertos:

- i. **Tratamentos experimentais**
- ii. **Segunda Opinião por decisão da pessoa segura**
- iii. **Tratamento contra a deterioração de um problema de saúde crónico**
- iv. **Um tratamento específico que não esteja disponível no país, mas ao mesmo tempo exista no país um tratamento alternativo clinicamente indicado**
- v. **Qualquer tratamento que tenha sido autofinanciado fora do âmbito territorial de cobertura e sem pré-autorização**
- vi. **Exclusões normais da apólice**
- vii. **Tratamentos voltados para cuidados paliativos**

- ii. Coberturas de viagem e alojamento para cuidados críticos e casos de evacuação médica internacional

com carácter de urgência (sujeitos a Pré-autorização e disponibilidade de coberturas)

- jj. Deslocação terrestre (Aplicável apenas a casos de Cuidados Críticos)
 - i. Para deslocações por estrada dentro do país onde a entidade ou o provedor está a 200 km ou mais do local de residência actual do doente.
 - ii. Quando um veículo privado é utilizado para fins de viagem, o custo do combustível será reembolsado mediante a apresentação de recibos e correlação com a distância e datas da viagem.

- kk. Deslocações aéreas (Aplicável a casos de Cuidados Críticos e evacuação médica internacional com carácter de urgência)
 - i. Um voo de ida e volta em classe económica
 - ii. Um voo de ida e volta em classe económica para um membro da família (ou outra pessoa previamente indicada) na qualidade de acompanhante quando for clinicamente necessário ou se o doente for menor. Isto será sujeito ao limite especificado nas tabelas de coberturas respectivas ao doente.

Para deslocações tanto dentro como fora do país, os serviços serão financiados em entidades médicas adequadas mais próximas.

Financiaremos despesas acessórias relativas ao alojamento, alimentação e transporte do doente (a não ser que este se encontre no hospital) e de um membro da família (ou outra pessoa previamente indicada) na qualidade de acompanhante se for clinicamente necessário ou se o doente for menor. Isto será sujeito ao limite especificado nas tabelas de coberturas do doente.

As despesas de transporte e alojamento pré-aprovados serão pagas em reembolsos, a não ser que estes tenha sido arranjado e reservado pela Seguradora.

Para apresentar um sinistro relativo a despesas de viagem em território nacional, terá de:

- i. Preencher o formulário-tipo de reembolso relativo a deslocações que indica o ponto de partida, o destino final e a distância percorrida e
- ii. Enviar o formulário com o recibo do combustível que indique claramente a data.

II. Despesas de viagem e alojamento que não pagamos:

- i. **Despesas de alojamento e de viagem que não tenham sido pré-aprovadas**
- ii. **Despesas de transporte ou alojamento incorridas para a obtenção de segunda opinião ou decorrentes de consultas com provedores escolhidos pelo próprio interessado**
- iii. **Despesas de alojamento para a noite anterior ou seguinte ao dia do tratamento ou internamento se optar por partir mais cedo ou ficar para além do prazo que autorizámos**
- iv. **Coberturas de transporte ou alojamento para tratamentos considerados cosméticos, incluindo serviços de ortodontia cosmética e optometria**
- v. **Seguro de viagem**
- vi. **Despesas diversas, tais como ligação à Internet, serviços de televisão com pagamento por visualização (*pay-per-view*), telefone, serviços de lavandaria, bebidas do frigorífico do quarto, e gratificações**
- vii. **Despesas incorridas com a obtenção de vistos**
- viii. **Despesas de transporte do local de residência para o aeroporto e o percurso inverso**

- ix. **Aluguer de automóveis**
 - x. **Despesas de estacionamento pontual ou estacionamento de longa duração no aeroporto**
 - xi. **Ajudas de custo diárias, no caso de ficar com amigos ou família**
 - xii. **Despesas adicionais de alojamento para o doente no que diz respeito ao internamento hospitalar; os custos hospitalares substituem os custos de alojamento**
- mm. Repatriamento de corpos de pessoas falecidas
No caso de uma Pessoa Segura falecer fora do seu país no âmbito de uma Evacuação Internacional com Carácter de Urgência ou uma transferência médica referente a Cuidados Críticos, pagaremos as despesas de preparação e transporte do corpo da Pessoa Segura do local de morte para seu país, ou pagaremos as despesas de preparação e funeral local do corpo da pessoa falecida no país onde ocorreu a morte. Pagaremos apenas o limite do custo de um caixão de repatriamento normal.

O pagamento de despesas relacionadas com o repatriamento do corpo de pessoa falecida está sujeito à obtenção da Pré-autorização.

- nn. Tratamento no Estrangeiro por Opção
Aplicável aos beneficiários dos Planos de Coberturas em que o Âmbito Territorial de Cobertura ultrapassa os limites do país de residência. Segurados podem optar por obter serviços médicos fora do país de residência, mas dentro do Âmbito Territorial de Cobertura; estes serviços serão financiados de acordo com as prestações disponíveis e as regras da apólice. As despesas de viagem e alojamento para o doente e eventuais membros de família que o acompanhem não serão financiadas. Aplicam-se os Pré-autorização e Protocolos de Financiamento Clínico.

Capítulo VII: Exclusões Gerais e Específicas da Apólice (Tratamentos e/ ou Serviços que não estão Abrangidos)

Cláusula 32 – Exclusões Gerais da Apólice

Ao abrigo da presente apólice, estão explicitamente excluídos os seguintes elementos de tratamento, condições de saúde, actividades e despesas conexas ou consequentes destas e a Seguradora não será responsável por qualquer um destes:

- a. **Qualquer tratamento ou intervenção médica que seja excluída da cobertura e/ ou não esteja assente nos Protocolos de Financiamento Clínico.**
- b. **Tratamentos de beleza e cirurgias plásticas, incluindo a remoção de tecido cicatricial de quelóides.**
- c. **Condições de saúde preexistentes, conforme definidas, salvo disposição em contrário no formulário de inscrição e expressamente confirmado por Seguradora.**
- d. **Medicamentos alternativos prescritos como, mas existindo outros, homeopatia, acupunctura, medicina chinesa, reflexologia, aromaterapia e remédios caseiros.**
- e. **Serviços ou tratamento em qualquer residência, spa, clínica hídrica, sanatório, ou assistência a fragilizados.**
- f. **Despesas associadas a cuidados temporários, apoio a actos de suporte da vida e, ou cuidados de**

longa duração num estabelecimento que não seja uma instituição de saúde credenciada.

- g. Tratamentos relacionados com infertilidade, impotência ou disfunção sexual.**
- h. Tratamento realizado pelo próprio Segurado, membro de família ou Cônjuge.**
- i. Não cumprimento de tratamentos médicos.**
- j. Todas as despesas relacionadas com o transplante de órgãos ou tecidos musculares, esqueléticos ou humanos de um doador para um receptor e todas as despesas directas ou indirectamente relacionadas com o transplante de órgãos (excepto conforme definido na cobertura Transplante de Órgãos).**
- k. Transplantes de células estaminais para finalidades que não estejam assentes em directrizes de tratamento reconhecidas internacionalmente.**
- l. Tratamento e/ ou morte decorrente de lesões auto-infligidas, tentativa de suicídio, abuso de álcool e dependência ou abuso de drogas, incluindo as complicações associadas a qualquer um dos itens acima. Exceptua-se o máximo de 3 (três) dias para estabilizar a Pessoa Segura. Observação: No que diz respeito ao Subsídio de Funeral, excluem-se lesões auto-infligidas no período dos primeiros 24 meses a partir da data de inícios.**
- m. Medicamentos experimentais, investigacionais ou pioneiros ou técnicas médicas/ cirúrgicas não comumente disponíveis que a Pessoa Segura opte por receber, embora o tratamento geral e habitualmente prestado para a problema de saúde em questão esteja disponível na Âmbito Territorial de Cobertura da apólice.**
- n. Lesão ou doença em serviço a tempo inteiro na qualidade de integrante de uma unidade policial ou militar e o tratamento resultante de participação activa e voluntária em actos de guerra, invasão, ou actos de um inimigo estrangeiro, hostilidades, guerra civil, rebelião, revolução, motim, comoção civil ou qualquer acto ilegal ou criminoso, incluindo pena de prisão resultante destes actos.**
- o. Custos de viagem ou custos não médicos, a não ser que especificamente previstos na apólice.**
- p. Profilaxia para a prevenção da malária, e vacinas tais como vacinas de viagem, epidemias e pandemias, e quaisquer outras vacinas;**
- q. Tratamento em regime de internamento hospitalar quando a Pessoa Segura poderia ter recebido tratamento adequado para o problema de saúde em questão em regime de ambulatório;**
- r. Encargos por consultas marcadas e não cumpridas;**
- s. Despesas ou coberturas a pagar ao abrigo de qualquer legislação ou cobertura de seguro correspondente relacionados com morte, lesão ou doença no ambiente de trabalho, incluindo**

avaliações médicas de aptidão para trabalhar e de saúde no trabalho;

- t. Despesas relacionadas com lesões e/ ou problemas de saúde resultantes de eventos ilegais desportos radicais ou actividades, incluindo, mas existindo outros: escalada, montanhismo, espeleologia, , pára-quedismo, asa delta, pilotagem de avião (a não ser que aprovado pela Seguradora por escrito), parapente, balonismo, todos as formas de mergulho (a não ser que a pessoa em questão tenha sido devidamente habilitada e certificada como mergulhador por uma organização de mergulho reconhecida internacionalmente ou a não ser que essa pessoa no momento da realização do evento que deu origem a um sinistro esteja na realidade a receber formação de mergulho de um instrutor de mergulho devidamente habilitado e credenciado), corridas de qualquer tipo que não seja a pé e todos os desportos profissionais ou inerentemente perigosos, a não ser que declarado e aceite pela Seguradora por escrito antes do evento que deu origem ao Sinistro;**
- u. O custo de transporte de uma Pessoa Segura com recurso ao transporte próprio, e o custo de cuidados de saúde prestado pelas seguintes partes, a não ser que exista acordo por escrito para cobertura dos respectivos custos:**
 - i. Auto-tratamento pelo titular da apólice ou tratamento concedido a qualquer de seus beneficiários por ele mesmo**
 - ii. Tratamento concedido a seus colaboradores ou em sua unidade hospitalar**
 - iii. Por um terceiro ao abrigo de um contracto entre este terceiro e o Tomador da apólice;**
- v. Despesas decorrentes de qualquer litígio ou disputa entre a Pessoa Segura e qualquer pessoa ou entidade médica a quem o tratamento foi solicitado ou por quem foi administrado, ou quaisquer outros custos não directa e especificamente relacionados com o pagamento das despesas médicas cobertas pela apólice;**
- w. Qualquer perda ou dano, custo ou despesa de qualquer natureza, directa ou indirectamente causado por resultante de, ou em relação a qualquer um dos seguintes, mesmo que alguma outra causa ou evento possa contribuir ao mesmo tempo ou em qualquer outra sequência para a perda:**
 - i. Radiação ionizante ou contaminação por radioactividade de qualquer combustível nuclear ou de qualquer resíduo nuclear da combustão de combustível nuclear**
 - ii. As propriedades radioactivas, tóxicas, explosivas ou outras propriedades perigosas ou contaminantes de qualquer instalação nuclear, reactor ou outro conjunto nuclear ou componente nuclear**
 - iii. Qualquer arma de guerra que empregue fissão e/ ou fusão atómica ou nuclear ou outra reacção semelhante de força ou matéria radioactiva;**
- x. Serviços ou tratamentos para os quais uma pré-autorização deveria ter sido obtida e não foi; e**
- y. Qualquer medicamento oncológico especializado na lista de exclusões da nossa lista de Medicamentos Oncológicos Especializados.**

Cláusula 33 – Exclusões específicas

- a. Esteróides anabolizantes e testosterona;
- b. Arteterapia;
- c. Autópsias;
- d. Humidificadores;
- e. Champôs e condicionadores medicamentosos, inclusive para queda de cabelo. Esta limitação não inclui as preparações utilizadas para o tratamento de piolhos, sarna e outras infecções microbianas, bem como as preparações de alcatrão de carvão para o tratamento da psoríase;
- f. Preparações para a queda de cabelo relacionada com o sexo biológico ou a idade.
- g. Todas os serviços médicos e despesas conexas incorridas pelos pais ou futuros pais numa gestação de substituição
- h. Psicometria e terapia de *biofeedback*
- i. Medicamentos não registados;
- j. Massagens;
- k. Vitaminas (incluindo multivitaminas), suplementos minerais, tónicos ou qualquer possível combinação destes produtos;
- l. Tratamento da obesidade;
- m. Terapia do sono;
- n. Preparações para emagrecer;
- o. Sabonetes, exfoliantes e outros produtos de limpeza;
- p. Óculos de sol, óculos de leitura, lentes de contacto coloridas, preparações para lentes de contacto;
- q. Preparações para a protecção solar e bronzamento;
- r. Artigos de higiene;
- s. Tratamento para depilação;
- t. Cirurgia cosmética da mama, por exemplo, mamoplastia de redução/ mamoplastia de aumento/ mastopexia e procedimentos relativos a complicações resultantes de cirurgias cosméticas da mama

anteriores.

- u. **Gestão da ginecomastia;**
- v. **Busca e salvamento;**
- w. **Implantes dentários;**
- x. **Cirurgia refractiva ou tratamento ocular a laser;**
- y. **Suplementos alimentares e nutricionais, incluindo alimentos para bebés e leites especiais;**
- z. **Preparações para a cessação tabágica;**
- aa. **Reparação de próteses e aparelhos (especificados na Cláusula 31t) ou aparelhos médicos externos, (especificados na Cláusula 31u);**
- bb. **Qualquer tecnologia, procedimento ou medicamento sanitário considerado entre as Exclusões da Apólice após a conclusão de um processo de avaliação da tecnologia da saúde baseado na evidência;**
- cc. **Probióticos;**
- dd. **Ozonoterapia e oxigenoterapia hiperbárica;**
- ee. **Ortóteses para os pés, palmilhas ortopédicas e calçado especializado/ortopédico; e**
- ff. **Quaisquer défices financeiros no que diz respeito a medicamentos, que possam surgir devido à cobrança por parte de um provedor, de preços superiores aos considerados razoáveis e habituais para medicamentos dispensados.**

Capítulo VIII: Obrigações e Direitos das Partes; Disposições Finais

Cláusula 34 – Obrigações do Tomador do Seguro e das Pessoas Seguras

- a. No caso de um Sinistro abrangido pelo presente contrato, o Tomador do Seguro e a Pessoa Segura, sob pena de serem responsabilizados por perdas e danos, comprometem-se a
 - i. Informar a Seguradora de todas as condições de saúde pré-existentes de que tenham conhecimento.
 - ii. Informar a Seguradora, por escrito, de qualquer Sinistro, no prazo de 120 (cento e vinte) dias imediatamente após a sua ocorrência.
 - iii. Realizar, sempre que solicitado, os exames que serão pagos pela Seguradora aos médicos indicados, cessando a responsabilidade da Seguradora se não forem realizados.
 - iv. Autorizar, no âmbito de um Sinistro no contexto de um pedido de prestação ou reembolso de cuidados de saúde ao abrigo do contrato de seguro, os Médicos e outros profissionais ou instituições de saúde utilizados, a prestar ao Médico designado pela Seguradora, as informações solicitadas por esta última, relativas ao seu estado de saúde e aos serviços clínicos prestados.

- b. Para que o Tomador do Seguro e a Pessoa Segura possam beneficiar do pagamento das coberturas, um Sinistro deve chegar à Seguradora no prazo de 120 (cento e vinte) dias após a data do tratamento ou da alta. Um Sinistro apresentado após este prazo não será pago.
- c. A Seguradora não será responsável pelas consequências de qualquer atraso ou negligência imputável à Pessoa Segura no recurso à assistência médica, o mesmo se esta se recusar a seguir o tratamento prescrito.
- d. O Tomador do Seguro e a Pessoa Segura são responsáveis, em termos jurídicos, por perdas e danos em casos de fraude, simulação e falsidade, para justificar despesas de saúde ou qualquer outra utilização maliciosa de meios com vista a uma utilização indevida do contrato, a fim de obter um benefício ilegítimo.
- e. A Pessoa Segura tem o ónus de provar a veracidade das declarações, e a Seguradora pode exigir qualquer meio de prova adequado ao seu alcance.

Cláusula 35 – Obrigações da Seguradora

- a. A Seguradora tem a obrigação de cumprir os seus compromissos para com o Tomador do Seguro e as Pessoas Seguras de forma atempada, nomeadamente:
 - i. Disponibilizar o Cartão Saúde e/ ou certificado de segurado, bem como disponibilizar informações sobre os serviços e/ ou alterações na Rede de Provedores
 - ii. Analisar rápida e diligentemente os pedidos de Autorização
 - iii. Efectuar o pagamento das coberturas de acordo com as condições, o Plano de Coberturas e dentro do prazo previsto nas presentes condições da apólice.

Cláusula 36 – Disposições Finais

Contactos

Se precisar de mais esclarecimentos sobre a sua apólice ou se estiver insatisfeito com qualquer aspecto da mesma, entre em contacto connosco, o seu consultor financeiro/ mediador ou visite o nosso [site](https://www.libertyhealth.net/mozambique/en/)

Anexo A: Subsídio de Funeral Integrado

Salvo indicação em contrário na presente tabela, aplicam-se as condições da apólice principal.

CONDIÇÕES E QUADRO DA APÓLICE DE FUNERAL INTEGRADA Subsídio de Funeral (Família)	
Elegibilidade	Todos os membros que sejam membros activos da Liberty Health Cover são elegíveis para aderir ao seguro de Funeral.
Descrição do Subsídio	O Subsídio cobre o Titular da Apólice, o Cônjuge e os Filhos. O Subsídio de Funeral paga um montante único em caso de Morte de um membro elegível. Se o seguro familiar for seleccionado, o subsídio pagará um montante único em caso de Morte do cônjuge ou filho do membro elegível.
Evento Segurado	Morte das Pessoas Seguradas.
Cobertura	Se o Titular da Apólice e/ou os Dependentes deixarem de ser Beneficiários da apólice de seguro de saúde em virtude de Morte, se retirarem (se demitirem), se reformarem ou deixarem de preencher qualquer um dos critérios de elegibilidade, a cobertura cessará imediatamente.
Idade de Cessação do Subsídio	A cobertura termina quando o Beneficiário atinge a idade de cessação da cobertura.
Período de Carência	Nenhum Período de Carência será aplicado ao Subsídio de Funeral. Não se aplicará qualquer Período de Carência em caso de Morte devido a um acidente.
Período de Notificação do Sinistro	6 meses O Tomador do Seguro / Beneficiários devem notificar por escrito a Global Alliance de qualquer pedido de indemnização dentro do Período de Notificação de Sinistro. Se um pedido de indemnização for apresentado à Global Alliance após o termo do Período de Notificação de Sinistro, a Global Alliance rejeitará o pedido notificado.
Período de Apresentação de Documentos	12 meses Uma folha de transmissão de correio electrónico não é prova suficiente de que a Global Alliance recebeu a notificação necessária, ou quaisquer outros documentos ou informações referidos nas tabelas do benefício. O Esquema deve tomar medidas razoáveis para garantir que a Global Alliance tenha recebido a correspondência ou a documentação relevante.
Pagamento dos Subsídios	Em caso de Morte de qualquer Dependente, os subsídios por morte serão pagos ao Titular da Apólice, ou a tal ou tal pessoa ou pessoas que a Seguradora considere com direito para o custo dos serviços funerários (beneficiário nomeado).
Exclusões do Subsídio de Funeral	Por favor, consulte as Cláusulas 8 e 9 das condições da apólice principal.
Documentação de Sinistros	<ul style="list-style-type: none"> • Formulário de pedido de indemnização funerária preenchido e carimbado. • Cópia autenticada da certidão de óbito ou do atestado médico; ou ordem de enterro. • Cópia autenticada de um documento de identificação válido para os requerentes e para o membro.

CONDIÇÕES E QUADRO DA APÓLICE DE FUNERAL INTEGRADA Subsídio de Funeral (Família)	
	<ul style="list-style-type: none"> • Em caso de Morte por causas não naturais, uma cópia autenticada do relatório da polícia. • A Global Alliance reserva-se o direito de solicitar qualquer informação ou documentação adicional para avaliar o sinistro. Todos os custos associados à obtenção e recolha de documentos serão suportados pelo membro. O ónus da prova de qualquer sinistro recai sobre o segurado.
Limites territoriais da cobertura	<p>A presente Apólice é extensiva para cobrir todas as pessoas de Moçambique.</p> <p>A cobertura está limitada a Moçambique. No caso de uma vida assegurada pretender residir num outro país, a Global Alliance fornecerá cobertura para os Subsídios de Funeral apenas para a vida assegurada no seu novo país de residência, desde que a vida assegurada não resida nos seguintes países excluídos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mali 2. Líbia 3. Burundi 4. Somália 5. Sudão do Sul 6. Iraque 7. Afeganistão 8. Irão 9. Paquistão 10. Síria 11. Iémen 12. Faixa de Gaza 13. Cisjordânia 14. Zimbabué 15. Nigéria <p>A cobertura do Subsídio de Funeral cessará no prazo de 30 (trinta) dias após a entrada no novo país de residência.</p>
Revisão do Prémio	<p>Consulte a Cláusula 4.</p> <p>A Global Alliance reserva-se o direito de alterar a taxa de prémio numa data diferente da data de revisão anual do prémio ou da data de revisão anual, mediante aviso escrito ao Tomador do Seguro com 1 (um) mês de antecedência, se:</p> <ul style="list-style-type: none"> • O número de membros a segurar nos termos da presente Apólice aumentar ou diminuir em mais de 15% • Uma nova empresa associada ou subsidiária do Tomador do Seguro iniciar a participação neste Tomador do Seguro; ou Houver uma alteração na estrutura de benefícios ao abrigo desta Apólice; ou

CONDIÇÕES E QUADRO DA APÓLICE DE FUNERAL INTEGRADA Subsídio de Funeral (Família)	
	<ul style="list-style-type: none"> • as actividades empresariais do Tomador do Seguro se alterarem de tal forma que, na opinião da Global Alliance, o risco da Global Alliance ao abrigo desta Apólice se alterar em qualquer aspecto material ou; • O Tomador do Seguro iniciar actividades empresariais numa outra região dos Territórios de tal forma que, na opinião da Liberty Life, o risco da Liberty Life ao abrigo desta Apólice se alterar em qualquer aspecto material.
Isenção de Responsabilidade	Após o pagamento do subsídio, a Global Alliance ficará isenta de qualquer responsabilidade e o Tomador do Seguro aceita toda a responsabilidade relativamente ao subsídio em causa.
Sinistros, Consultas / Reclamações	<p>Pedidos de Indemnização: Para Reivindicar um Benefício na sua Apólice, por favor contacte a Global Alliance Moçambique.</p> <p>Consultas / Reclamações: Discuta a questão com a Global Alliance Moçambique através do número +258 21 493 108/18 ou do correio electrónico info@ga.co.mz</p> <p>Resolução de disputas Qualquer disputa decorrente de ou em conexão com o presente Plano será, em primeira instância, remetida às Partes para discussão e resolução numa reunião interpartes a realizar 7 (sete) Dias Úteis após a notificação (por qualquer das Partes) de uma disputa.</p> <p>Se a disputa não for resolvida na reunião entre as Partes, então, à escolha de qualquer uma das Partes, a disputa pode ser submetida a arbitragem por um árbitro independente a ser acordado entre as Partes.</p>
<p>Definições</p> <p>Subsídio de Funeral significa o Subsídio definido na Tabela, que é pagável se um pedido de indemnização relativo à vida do Membro for admitido como um pedido válido pela Global Alliance.</p> <p>Morte significa o Evento Segurado que seja a Morte do Titular da Apólice ou de qualquer um dos Dependentes definidos.</p> <p>Seguro significa o Seguro nos termos do qual a Global Alliance forneça Benefícios aos Membros nos termos desta Apólice.</p>	