

Liberty Protecção Saúde

Condições gerais e especiais

1110170 - 01.2009



Liberty
Seguros

Pela protecção dos valores da vida.

Liberty Seguros, S.A. - Av. Fontes Pereira de Melo, n.º 6 1069-001 Lisboa

Telef. 808 243 000 - Fax 21 355 33 00

Pessoa Colectiva matriculada na Cons. Reg. Comercial de Lisboa sob o número único 500 068 658 - Capital Social € 24.348.750,69

ÍNDICE Condições gerais e especiais

Condições Gerais		Condições Especiais	
1. Definições	3	1. Assistência em caso de Hospitalização	11
2. Formação e cessação do contrato	3	2. Assistência Ambulatória	13
3. Objecto do contrato	4		
4. Extensão e âmbito do seguro	4		
5. Exclusões	4		
6. Início do seguro e das garantias	5		
7. Resolução do Contrato	6		
8. Obrigações do Tomador do Seguro e das Pessoas Seguras	7		
9. Pagamento das Indemnizações	8		
10. Pagamento dos Prémios	8		
11. Disposições Diversas	9		
12. Arbitragem	9		
13. Lei aplicável ao contrato	10		
14. Reclamações	10		
15. Autoridade de supervisão competente	10		

Dando cumprimento ao disposto no artigo 37.º, n.º 3, do regime jurídico do contrato de seguro, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 72/2008, de 16 de Abril, esclarece-se que as cláusulas ou artigos que estabelecem causas de invalidade, de prorrogação, de suspensão ou de cessação do contrato por iniciativa de qualquer das partes, o âmbito das coberturas, designadamente a sua exclusão ou limitação, e que imponham ao tomador do seguro ou ao beneficiário deveres de aviso dependentes de prazo, estão escritas em caracteres destacados e de maior dimensão do que os restantes.

Condições Gerais

1. DEFINIÇÕES

Para efeitos do presente contrato, considera-se:

Segurador: A entidade legalmente autorizada a exercer a actividade seguradora e que subscreve com o Tomador do Seguro, o contrato de seguro, no caso, a Liberty Seguros, S.A., adiante designada por Segurador.

Pessoa Segura: A pessoa cuja saúde se segura, identificada nas Condições Particulares. No caso de subscrição familiar também se entendem como tal cada um dos membros do respectivo agregado.

Tomador do Seguro: A entidade que celebra o contrato com o Segurador, sendo responsável pelo pagamento do prémio.

Sinistro: Doença, acidente, gravidez ou parto, desde que expressamente garantido pelo contrato de seguro.

Beneficiário: A pessoa singular ou colectiva a favor de quem reverte a prestação do Segurador decorrente do contrato de seguro.

Agregado familiar: A Pessoa Segura e o seu cônjuge, os seus filhos, enteados e adoptados, enquanto abrangidos pelo esquema oficial que regula a concessão de abono de família. Equipara-se a cônjuge, para todos os efeitos deste contrato de seguro, a pessoa que, viva em união de facto com a Pessoa Segura.

Doença: A alteração involuntária do estado de saúde, não causada por acidente, verificada, reconhecida e atestada por autoridade médica competente.

Acidente: Acontecimento fortuito, súbito e anormal, devido a causa exterior e estranha à vontade da Pessoa Segura, e que nela origine lesões corporais.

Médico: Licenciado por uma faculdade de Medicina, legalmente autorizado a exercer a profissão no respectivo país. Excluem-se todas as especialidades não reconhecidas pela Ordem dos Médicos.

Unidade Hospitalar: Estabelecimento de saúde, público ou privado, legalmente reconhecido, com assistência médica permanente (24 horas/dia). Excluem-se Sanatórios, Casas de Repouso, Termas, Lares de 3ª idade e estabelecimentos similares.

Período de Carência: Período de tempo que difere o início de vigência das garantias para data posterior à do início da cobertura.

Franquia: Importância que em, caso de sinistro, fica a cargo da Pessoa Segura.

2. FORMAÇÃO E CESSAÇÃO DO CONTRATO

Artigo 1.º

1. O presente contrato de seguro:

- a) Tem por base as declarações prestadas pelo Tomador do Seguro e pela Pessoa Segura, na proposta de seguro, questionários e exames médicos e, também, as declarações prestadas por aqueles no decurso do contrato.
- b) Rege-se pelo convencionado nestas Condições Gerais e nas Condições Especiais e Particulares que se lhes juntem, e, também, pelas actas adicionais, as quais incluem as modificações acordadas durante a vigência do contrato, bem como pelo que estiver estabelecido na legislação em vigor.

2. O Tomador do Seguro e a Pessoa Segura estão obrigados, antes da celebração do contrato, a declarar com exactidão todas as circunstâncias que conheçam e que razoavelmente devam ter por significativas para a apreciação do risco pelo Segurador, mesmo as circunstâncias cuja menção não seja expressamente solicitada nos questionários fornecidos pelo Segurador para o efeito.

3. O incumprimento doloso do dever previsto no número anterior:

- a) **Torna o contrato anulável pelo Segurador, mediante declaração enviada por este ao Tomador do Seguro no prazo de três meses a contar do conhecimento daquele incumprimento;**

- b) Constitui o Segurador no direito ao prémio devido até ao final do prazo referido na alínea anterior, salvo se tiver concorrido dolo ou negligência grosseira do Segurador ou do seu representante, ou até ao termo do contrato, no caso de o dolo do Tomador do Seguro ou do Segurado ter o propósito de obter uma vantagem;
- c) Desonera o Segurador da obrigação de cobertura do sinistro que ocorra antes do conhecimento do incumprimento doloso ou no decurso do prazo previsto na alínea a).

4. O incumprimento negligente do dever previsto no número 2 constitui o Segurador no direito de, mediante declaração a enviar ao Tomador do Seguro, no prazo de três meses a contar do seu conhecimento:

- a) Propor uma alteração do contrato, fixando um prazo, não inferior a 14 dias, para o envio da aceitação ou, caso a admita, da contraproposta;
- b) Fazer cessar o contrato, demonstrando que, em caso algum, celebra contratos para a cobertura de riscos relacionados com o facto omitido ou declarado inexactamente.

5. Não têm validade as cláusulas limitativas dos direitos do Tomador do Seguro e da Pessoa Segura, salvo quando aceites expressamente e por escrito pelos mesmos. Não requerem esta aceitação as cláusulas que decorram de um preceito legal.

3. OBJECTO DO CONTRATO

Artigo 2.º

O Segurador garante às Pessoas Seguras, por motivo de doença ou acidente, nos termos e até aos limites das Condições Gerais, Especiais e Particulares, o pagamento de prestações de Assistência em caso de Hospitalização, sendo esta a cobertura principal do presente Contrato de Seguro.

Poderá ser adicionalmente contratada a cobertura complementar de Assistência Ambulatória.

4. EXTENSÃO E ÂMBITO DO SEGURO

Artigo 3.º

Consoante o que ficar expressamente estipulado e regulado nas Condições Especiais e Particulares quanto à extensão do seguro, o Segurador responde a título de reembolso pelas despesas médicas relacionadas com as coberturas referidas no Art.º 2º., sendo o presente seguro válido em todo o mundo com as limitações constantes do Art.º 4.º, n.º 2.

Artigo 4.º

Salvo convenção expressa em contrário:

1. É da livre escolha da Pessoa Segura o médico e unidade hospitalar desde que o respectivo consultório ou estabelecimento se situem em Portugal Continental ou nas Regiões Autónomas dos Açores e Madeira.

2. Ficam abrangidas as despesas médicas realizadas no estrangeiro desde que resultem de acidente aí ocorrido ou de doença súbita aí manifestada durante uma estadia cuja duração não exceda 90 dias, e ainda as que, decorrentes de acidente ou doença ocorridos em Portugal, tenham sido incorridas em consequência de prescrição de médico especialista, e desde que à realização das mesmas o Segurador tenha previamente dado o seu acordo.

5. EXCLUSÕES

Artigo 5.º

Salvo convenção em contrário, constante das Condições Especiais ou Particulares, o presente contrato de seguro não garante o pagamento de prestações ou indemnizações decorrentes de:

1. Doença já existente e conhecida da Pessoa Segura antes da entrada em vigor do presente contrato de seguro ou acidente verificado antes dessa mesma data;

2. Doença ou acidente decorrentes de ou provocados por alcoolismo, consumo de estupefacientes não prescrito por médico, bem como as consequências da habituação a estupefacientes, ainda que prescritos por médico;

3. Perturbações psíquicas de carácter crónico, ou que careçam de hospitalização em Unidade Hospitalar Psiquiátrica, sejam ou não consequentes de doença ou acidente;
4. Doenças epidémicas oficialmente declaradas;
5. Intervenções cirúrgicas de laqueação de trompas, reduções e aumentos mamários com ou sem justificação médica;
6. Inseminação artificial e quaisquer outros procedimentos de procriação medicamente assistida;
7. Cirurgias destinadas à correcção de anomalias, doenças ou malformações congénitas, excepto quando realizadas em pessoas seguras nascidas durante a vigência do contrato de seguro;
8. Lesões causadas por tratamentos decorrentes de doença ou acidente não garantidos por este contrato de seguro;
9. Tratamento cirúrgico da roncopatia;
10. Transplantes e implantes;
11. Tratamentos ou cirurgia plástica para fins estéticos, excepto em caso de acidente coberto pelo presente contrato de seguro;
12. Tratamentos termais, salvo mediante acordo expresso e prévio do Segurador. No caso de existir acordo expresso e prévio do Segurador, este não abrange nem cobre as despesas relativas a alojamento e alimentação.
13. "Check-up" e exames gerais de saúde;
14. Doenças e acidentes resultantes da utilização ou do transporte de materiais radioactivos;
15. Consequências da tentativa de suicídio;
16. Acidentes de trabalho, assim como doenças profissionais, nos termos definidos e regulamentados pela respectiva Legislação especial;
17. Acidentes resultantes de:
 - a) Prática profissional de desportos, ou ainda, para amadores, as provas desportivas integradas em campeonatos e respectivos treinos.
 - b) Prática de caça de animais ferozes, desportos de inverno, boxe, artes marciais, paraquedismo, tauromaquia e outros desportos ou actividades de risco semelhante.
 - c) Utilização de aeronaves de carreiras não comerciais.
 - d) Utilização de veículos motorizados, quando em competições desportivas ainda que amadoras, e respectivos treinos.
 - e) Cataclismos da natureza, actos de guerra, actos de terrorismo, ou seja, quaisquer crimes, actos ou factos como tal considerados nos termos da legislação penal em vigor e perturbação da ordem pública.
 - f) Rixas, prática de actos criminosos e outros actos dolosos da Pessoa Segura;
18. Doença ou acidente da pessoa segura enquanto esteja a prestar serviço militar.

6. INÍCIO E DURAÇÃO DO SEGURO E DAS GARANTIAS

Artigo 6.º

O presente contrato de seguro entra em vigor às 0:00 horas do dia indicado nas Condições Particulares da apólice, a qual nunca poderá ser anterior à data de aceitação da proposta.

Artigo 7.º

A cobertura do presente contrato de seguro só produz os seus efeitos para cada Pessoa Segura, após a aceitação por parte do Segurador, ficando ainda o início de vigência das garantias sujeito aos Períodos de Carência acordados e estipulados nas Condições Especiais e Particulares.

Artigo 8.º

O presente contrato considera-se celebrado pelo período de tempo estabelecido nas Condições Particulares.

Artigo 9.º

Quando for celebrado por um ano e seguintes, o contrato considera-se tacitamente renovado, no termo de cada anuidade, salvo se qualquer uma das partes o denunciar com pré-aviso, por correio registado, não inferior a 30 dias relativamente à data do seu termo.

Artigo 10.º

Quando for celebrado por um período de tempo certo e determinado, o mesmo não poderá, em caso algum, ser prorrogado, caducando o contrato às vinte e quatro horas do dia do seu termo, sem necessidade de qualquer aviso.

7. RESOLUÇÃO DO CONTRATO

Artigo 11.º

1. O contrato pode ser resolvido pelas partes a todo o tempo, havendo justa causa, nos termos gerais, mediante correio registado.

2. O Segurador só poderá proceder à resolução do contrato nos casos em que a Lei expressamente lho permita e com as consequências aí previstas.

3. O Tomador do seguro dispõe de um prazo de 30 dias a contar da recepção da apólice para resolver o contrato, mediante comunicação escrita dirigida ao Segurador. Decorridos 30 dias sobre a data de recepção da apólice sem que o Tomador do seguro haja invocado qualquer desconformidade entre o acordado e o conteúdo da apólice, só são invocáveis divergências que resultem de documento escrito ou de outro suporte duradouro.

4. Ocorrendo a resolução do contrato, o Tomador do Seguro terá direito ao reembolso do prémio correspondente ao período de risco não decorrido, a calcular *pro rata temporis*. Todavia, se a resolução for de iniciativa do Tomador do Seguro, o montante do prémio a estornar será calculado sem prejuízo da aplicabilidade das regras tarifárias em vigor relativas a seguros temporários e a prémios mínimos, podendo ainda o Segurador deduzir o custo da apólice e as despesas e encargos que, comprovadamente, tiver suportado.

5. Caso a resolução sobrevenha a um sinistro, levar-se-á em conta, para efeito de devolução de parte do prémio que a mesma importar, somente a parte do capital seguro que exceda o valor da indemnização, no caso de haver limitação anual do capital.

Artigo 12.º

1. O Tomador do Seguro ou a Pessoa Segura obrigam-se a participar ao Segurador quaisquer factos ou circunstâncias que agravem as condições do risco seguro, por correio registado e no prazo de 14 dias a contar da data de que deles tenham conhecimento, nomeadamente os referidos no Art.º 15.º. Esta obrigação não é aplicável às alterações do estado de saúde da pessoa segura.

2. No prazo de 30 dias a contar do momento em que tenha conhecimento do agravamento do risco, o Segurador pode:

- a) apresentar ao tomador do seguro proposta de modificação do contrato, que este deve aceitar ou recusar em igual prazo, findo o qual se entende aprovada a modificação proposta;
- b) resolver o contrato, demonstrando que, em caso algum, celebra contratos que cubram riscos com as características resultantes desse agravamento do risco.

Artigo 13.º

1. A resolução do contrato tem como consequência a cessação de todas as garantias relativamente à totalidade das Pessoas Seguras.
2. As garantias cessam ainda, relativamente a cada Pessoa Segura:
 - a) Por denúncia do contrato.
 - b) Por caducidade, sempre que qualquer Pessoa Segura atinja a idade de 65 anos, ou, sendo filhos, enteados, adoptados do Tomador do Seguro, a partir do momento em que nos termos da legislação em vigor, cesse, relativamente aos mesmos, o direito à concessão de abono de família.

Artigo 14.º

1. Em caso de não renovação do contrato ou da cobertura e não estando o risco coberto por um contrato de posterior, o Segurador não pode, nos dois anos subsequentes e até que se mostre esgotado o capital seguro no último período de vigência do contrato, recusar as prestações resultantes de doença manifestada ou outro facto ocorrido na vigência do contrato, desde que cobertos pelo seguro.
2. Para efeito do disposto no número anterior, o Segurador deve ser informado da doença nos 30 dias imediatos ao termo do contrato, salvo justo impedimento.
3. Excluem-se todos os acontecimentos cuja constatação médica seja posterior à data da cessação.

8. OBRIGAÇÕES DO TOMADOR DO SEGURO E DAS PESSOAS SEGURAS

Artigo 15.º

1. Durante a vigência do contrato, o Tomador do Seguro obriga-se a comunicar ao Segurador as seguintes alterações:
 - a) Mudança de domicílio.
 - b) Mudança da profissão das Pessoas Seguras.
 - c) Qualquer deslocação de uma Pessoa Segura ao estrangeiro que exceda 90 dias.
2. Na falta de comunicação da situação referida na alínea a) do número anterior, qualquer carta ou citação será validamente enviada ou notificada, ao último domicílio conhecido pelo Segurador.

Artigo 16.º

O Tomador do Seguro é solidariamente responsável quando esteja ao seu alcance substituir a Pessoa Segura quanto às obrigações que sobre ela impendem.

Artigo 17.º

Sob pena de incorrer em responsabilidade por perdas e danos, em caso de sinistro, a Pessoa Segura fica obrigada a:

- a) Informar com verdade o Segurador sobre as circunstâncias e consequências do sinistro, designadamente quanto à origem de uma doença, data e causas de um acidente, data e montante das despesas efectuadas.
- b) Recorrer a um médico e seguir as suas prescrições.
- c) Escolher uma Unidade Hospitalar, se o seu estado exigir hospitalização.
- d) Participar a ocorrência por escrito ao Segurador o mais rapidamente possível, no prazo máximo de 8 dias imediatos àquele em que ocorreu, ou da data em que dele tiver conhecimento. Em caso de acidente, indicar data, hora, local, causas e consequências do mesmo, testemunhas presenciais, eventual responsável e autoridades que dele tomaram conhecimento.**

Indicar igualmente o médico que prestou os primeiros socorros e o médico assistente escolhido. Em caso de se verificar, por qualquer motivo de reconhecida relevância, impossibilidade de participar todos ou alguns destes elementos, deverá ser feita a participação imediatamente após a cessação do impedimento.
- e) Remeter ao Segurador em conjunto com a participação, a declaração do médico assistente, relativa ao sinistro e ao tratamento.
- f) Enviar, logo após a alta, a declaração respectiva, passada pelo médico assistente.
- g) Autorizar os médicos que a tratem, a prestar todas as informações e elementos que sejam solicitados pelo Segurador, inclusive sobre o estado anterior ao sinistro, bem como autorizar esta a pedir cópias dos

certificados médicos, relatórios clínicos e quaisquer outros documentos, referentes ao sinistro participado, com a finalidade de documentar o seu processo.

- h) Submeter-se a exame por médicos do Segurador, ou por ele designados, e a outros exames complementares eventualmente necessários.
- i) A ser visitada pelos médicos e funcionários do Segurador, tantas vezes quanto necessárias, para verificarem o seu estado de saúde.
- j) Apresentar todos os documentos justificativos das despesas realizadas, ou fotocópias desses documentos, em caso de comparticipação dos Organismos Oficiais, devendo obedecer às seguintes normas:
 - serem passados em papel timbrado.
 - serem identificados com o nome do sinistrado.
 - recibos devidamente formalizados, ou recibos de honorários médicos do modelo em vigor.
 - discriminação pormenorizada dos serviços prestados, tais como o número de dias de hospitalização, descrição da intervenção cirúrgica efectuada, anestesia, exames, auxiliares, etc.
- k) Apresentar todos os documentos justificativos do montante dos reembolsos efectuados por qualquer Organismo Oficial.

Artigo 18.º

Os pedidos de reembolso devem ser formulados no prazo máximo de 90 dias a contar da data da efectivação da despesa, sob pena de a Pessoa Segura incorrer em responsabilidade por perdas e danos.

Artigo 19.º

O Segurador não assume qualquer responsabilidade pelas consequências de atraso ou negligência imputáveis à Pessoa Segura no recurso à assistência médica, o mesmo sucedendo se ela se recusar a seguir os tratamentos prescritos.

9. PAGAMENTO DAS INDEMNIZAÇÕES

Artigo 20.º

1. O pagamento das prestações decorrentes do presente contrato será feito ao Tomador do Seguro contra a entrega dos documentos justificativos.
2. Todas as prestações devidas pelo Segurador serão pagas em Portugal.
3. No caso das despesas efectuadas em moeda estrangeira, a sua conversão far-se-á à taxa média de câmbio fixada na semana em que foram realizadas.

Artigo 21.º

- 1. Em caso de comparticipação nas despesas por parte dos Organismos Oficiais, este seguro funcionará apenas como complemento daquelas comparticipações.**
- 2. Em caso algum poderá a Pessoa Segura receber reembolso superior à despesa efectivamente realizada.**

Artigo 22.º

1. Sempre que o reembolso efectuado pelo Segurador, acrescido da comparticipação da Segurança Social, Organismo Oficial ou de outra instituição de fins semelhantes excederem o valor efectivamente desembolsado pela Pessoa Segura, fica esta obrigada, sob pena de ser excluída da cobertura, a devolver ao Segurador o excesso.
2. Para os efeitos do número anterior, as Pessoas Seguras comprometem-se a enviar ao Segurador fotocópia do documento emitido pela Segurança Social, Organismo Oficial ou instituição de fins semelhantes, para pagamento da sua comparticipação.

10. PAGAMENTO DOS PRÉMIOS

Artigo 23.º

1. Salvo convenção em contrário, o prémio inicial, ou a primeira fracção deste, é devido na data da celebração do contrato.
2. As fracções seguintes do prémio inicial, o prémio de anuidades subsequentes e as sucessivas fracções deste são devidos nas datas estabelecidas no contrato.

3. A parte do prémio de montante variável relativa a acerto do valor e, quando seja o caso, a parte do prémio correspondente a alterações ao contrato são devidas nas datas indicadas nos respectivos avisos.

Artigo 24.º

A cobertura dos riscos depende do prévio pagamento do prémio.

Artigo 25.º

1. Na vigência do contrato, o Segurador deve avisar por escrito o Tomador do Seguro do montante a pagar, assim como da forma e do lugar de pagamento, com uma antecedência mínima de 30 dias em relação à data em que se vence o prémio, ou fracções deste.

2. Do aviso devem constar, de modo legível, as consequências da falta de pagamento do prémio ou de sua fracção.

3. Nos contratos de seguro em que seja convencionado o pagamento do prémio em fracções de periodicidade igual ou inferior a três meses e em cuja documentação contratual se indiquem as datas de vencimento das sucessivas fracções do prémio e os respectivos valores a pagar, bem como as consequências do seu não pagamento, o Segurador pode optar por não enviar o aviso referido no n.º 1, cabendo-lhe, nesse caso, a prova da emissão, da aceitação e do envio ao tomador do seguro da documentação contratual referida neste número.

Artigo 26.º

1. A falta de pagamento do prémio inicial, ou da primeira fracção deste, na data do vencimento, determina a resolução automática do contrato a partir da data da sua celebração.

2. A falta de pagamento do prémio de anuidades subsequentes, ou da primeira fracção deste, na data do vencimento, impede a prorrogação do contrato.

3. A falta de pagamento determina a resolução automática do contrato na data do vencimento de:

- a) Uma fracção do prémio no decurso de uma anuidade;
- b) Um prémio de acerto ou parte de um prémio de montante variável;
- c) Um prémio adicional resultante de uma modificação do contrato fundada num agravamento superveniente do risco.

4. O não pagamento, até à data do vencimento, de um prémio adicional resultante de uma modificação contratual determina a ineficácia da alteração, subsistindo o contrato com o âmbito e nas condições que vigoravam antes da pretendida modificação, a menos que a subsistência do contrato se revele impossível, caso em que se considera resolvido na data do vencimento do prémio não pago.

Artigo 27.º

1. Se o Segurador modificar a sua tarifa, terá o direito de fixar o novo prémio em conformidade, a partir do próximo vencimento anual, obrigando-se a comunicar tal facto ao Tomador do Seguro com uma antecedência mínima de 30 dias.

2. O Tomador do Seguro pode, no entanto, não aceitar a alteração do prémio, e resolver o contrato através de correio registado, dentro do prazo de 15 dias a partir da data em que tomou conhecimento da alteração.

11. DISPOSIÇÕES DIVERSAS

Artigo 28.º

O Segurador fica sub-rogado, nos termos legais, e até à concorrência das indemnizações pagas por si, em todos os direitos e acções da Pessoa Segura, contra terceiros responsáveis, respondendo aquela por perdas e danos, por acções e omissões, que prejudiquem estes direitos.

12. ARBITRAGEM

Artigo 29.º

1. Havendo contestação de questões de natureza clínica que sobrevenham por ocasião da aplicação do presente contrato, cada uma das partes designará um perito médico, para em conferência, regularem o diferendo de comum acordo.

2. Na falta de acordo entre estes dois médicos, desempatará um terceiro por eles nomeado.
3. Caso não haja concordância sobre o perito a nomear para o desempate, será a sua designação solicitada à Ordem dos Médicos.
4. Cada uma das partes suportará as despesas e honorários do seu médico, e repartirão entre si as despesas com o perito de desempate.

13. LEI APLICÁVEL AO CONTRATO

Artigo 30.º

Caso o subscritor deseje propor uma Lei aplicável ao contrato diferente da Lei Portuguesa deverá especificá-lo no campo "observações" da proposta.

O regime fiscal aplicável a este contrato é, na parte que corresponder aos seguros de Saúde, o definido no código do IRS ou Código do IRC e legislação conexas.

Artigo 31.º

Qualquer litígio emergente deste contrato, que não possa ser resolvido através dos meios Particulares de arbitragem, terá como foro competente o determinado nos termos legais

14. RECLAMAÇÕES

Artigo 32.º

Os Tomadores do Seguro e as Pessoas Seguras podem, caso o pretendam, solicitar a intervenção do Instituto de Seguros de Portugal, para dirimir questões relativas ao contrato de seguro, sem prejuízo do direito a recurso a Tribunal.

Para apresentar qualquer reclamação relativa ao seu contrato, poderão:

- a) deslocar-se a qualquer Espaço Liberty Seguros em Portugal;
- b) enviar comunicação para Liberty Seguros SA – cujo endereço é Av. Fontes de Melo, nº. 6 1069 001 Lisboa
- c) Enviar comunicação para Liberty Seguros S.A. – Gestão de Reclamações, cujo endereço é Av. Fontes Pereira de Melo, nº 6 - 1069 001 LISBOA;
- d) Enviar e-mail para contact_center@libertyseguros.pt

15. AUTORIDADE DE SUPERVISÃO COMPETENTE

Artigo 33º

A autoridade de supervisão competente no âmbito desta modalidade é o Instituto de Seguros de Portugal

Condição Especial nº 1

1. ASSISTÊNCIA EM CASO DE HOSPITALIZAÇÃO

1.1. Garantias e definições

Pela presente cobertura principal, o Segurador participará, sob a forma de reembolso e de acordo com os limites e franquias fixadas nas Condições Particulares, nas despesas médicas, suportadas pela Pessoa Segura ou por sua conta, em caso de:

- Internamento hospitalar de duração superior a 24 horas;
- Cirurgia realizada, em hospital ou Clínica, em regime ambulatorio.

1.2. Despesas médicas incluídas

As despesas médicas incluídas nesta garantia são:

- Diária Hospitalar;
- Honorários médicos de consultas;
- Honorários do cirurgião, anestesista e ajudantes;
- Sala de operações e reanimação;
- Transporte de ambulância, de e para a Unidade Hospitalar;
- Elementos auxiliares de diagnóstico:
 - Exames imagiológicos (inclui radiografias, ecografias, tomografias e RMN);
 - Electrocardiograma, electroencefalograma e electromiograma;
 - Análises clínicas e anátomo-patológicas;
 - Testes alergológicos;
 - Audiogramas.
- Tratamentos
 - Serviços de enfermagem geral;
 - Infusões endovenosas e transfusões de sangue, incluindo o sangue e o plasma;
 - Aplicação de anestesia, incluindo o anestésico;
 - Aplicação de oxigénio, incluindo o oxigénio;
 - Medicamentos prescritos durante a hospitalização;
 - Pensos cirúrgicos, aplicação de gesso e talas;
 - Radioterapia;
 - Material de osteossintese.

1.3. Limites dos Honorários Médicos

Salvo disposição em contrário, os honorários do cirurgião, anestesista e ajudantes são limitados aos montantes que resultem da aplicação do valor “K” estipulado nas Condições Particulares, de acordo com o Código de Nomenclatura e Valores Relativos de Actos Médicos. O Código de Nomenclatura e Valores Relativos de Actos Médicos é uma Tabela Oficial publicada pela Ordem dos Médicos, que inclui todas as intervenções cirúrgicas, valorizadas em números de “K” (tantos mais “K” quanto maior a complexidade da cirurgia efectuada).

1.4. Períodos de Carência

As garantias concedidas pela presente apólice, sob reserva de que a primeira constatação médica não seja anterior à data da aceitação pelo Segurador da Pessoa Segura, entram em vigor:

- **Imediatamente em caso de acidente e das doenças a seguir mencionadas:**
Varicela, varíola, cólera, escarlatina, rubéola, sarampo, difteria, coqueluche, desinteria, erisipela, tétano, poliomielite, meningite cérebro-espinal, febre tifóide ou para-tifóide, febre de malta, peste, zona, paludismo e tuberculose.
- **1 ano após a aceitação por parte do Segurador para as seguintes situações:**
Hérnias, tumores ou quistos benignos, cirurgia a amígdalas, adenóides e timpanoplastias (de causas não malignas), hidrocelos, cálculos renais ou vesiculares e varizes.
- **3 meses após a aceitação por parte do Segurador, para os restantes casos.**

1.5. Exclusões

Além das exclusões mencionadas nas Condições Gerais da Apólice ficam excluídas desta cobertura as despesas referentes a:

- Acompanhantes ou quaisquer outras de natureza particular;**
- Parto, cesariana e interrupção natural de gravidez;**
- Próteses;**
- Cirurgia do foro estomatológico ou maxilo facial originada por doença;**
- Tratamentos refractivos à miopia, astigmatismo e hipermetropia (cirúrgicos ou a laser) excepto para situações com mais de 4 dioptrias;**
- Tratamento de obesidade ou regularização de peso ou qualquer outro tratamento de carácter predominantemente estético.**

1.6. Franquias

As franquias a aplicar são estipuladas nas Condições Particulares da Apólice.

2. ASSISTÊNCIA AMBULATÓRIA

Estas disposições completam as Condições Gerais e as Condições Especiais da cobertura principal.

2.1. Garantias e definições

Pela presente cobertura complementar, o Segurador participará, na forma de reembolso, nas despesas suportadas pela Pessoa Segura ou por sua conta, de acordo com os limites e franquias fixadas nas Condições Particulares e resultantes de:

- Honorários Médicos;
- Elementos Auxiliares de Diagnóstico;
- Assistência Hospitalar em Regime Externo;
- Tratamentos.

Honorários Médicos: Entende-se como honorários o custo de consultas de Clínica Geral ou de Especialistas, sejam externas ou domiciliárias.

Elementos Auxiliares de Diagnóstico: Desde que prescritos por um médico, consideram-se Elementos Auxiliares de Diagnóstico

- Exames imagiológicos (inclui radiografias, ecografias, tomografias e RMN);
- Electrocardiograma, electroencefalograma e electromiograma;
- Análises clínicas e anátomo-patológicas;
- Testes alergológicos;
- Audiogramas.

Assistência Hospitalar em Regime Externo: Entende-se como despesas de Assistência Hospitalar em Regime Externo, o custo de:

- Pequena cirurgia;
- Piso da sala de operações;
- Serviços de enfermagem geral;
- Transporte de urgência para e da Unidade Hospitalar.

Tratamentos: Consideram-se Tratamentos:

- Encargos de enfermagem, incluindo aplicações de injeções;
- Infusões endovenosas e transfusões de sangue, incluindo o sangue e o plasma;
- Aplicação de oxigénio, incluindo o oxigénio;
- Aplicação de anestesia, incluindo o anestésico;
- Material de osteossíntese;
- Radioterapia;
- Fisioterapia;
- Pensos cirúrgicos;
- Aplicação de aparelhos de gesso e talas.

2.2. Períodos de Carência

As garantias concedidas pela presente apólice, sob reserva de que a primeira constatação médica não seja anterior à data de aceitação pelo Segurador da Pessoa Segura, entram em vigor:

- **Imediatamente em caso de acidente e das doenças a seguir mencionadas: varicela, varíola, cólera, escarlatina, rubéola, sarampo, difteria, coqueluche, desinteria, erisipela, tétano, poliomielite, meningite cérebro-espinal, febre tifóide ou para-tifóide, febre de malta, peste, zona, paludismo e tuberculose.**
- **3 meses após a aceitação por parte do Segurador, para os restantes casos.**

2.3. Exclusões

Além das exclusões mencionadas nas Condições Gerais da Apólice, ficam excluídas desta cobertura as despesas referentes a:

- **Parto, cesariana e interrupção natural de gravidez;**
- **Situações do foro estomatológico;**
- **Próteses ortopédicas, auditivas e oculares;**
- **Medicamentos;**
- **Terapia da fala, ginástica e massagens;**

- Rastreo de infertilidade e reprodução medicamente assistida;
- Disfunções sexuais, qualquer que seja a causa;
- Consultas, exames e tratamentos de obesidade ou regularização de peso ou qualquer outro tratamento de carácter predominantemente estético;
- Consultas e tratamentos de apoio e orientação psicológica.

2.4. Franquias

As franquias a aplicar são estipuladas nas Condições Particulares da Apólice.

2.5. Renovação

Esta cobertura considera-se automaticamente renovada por igual período, se a cobertura principal for renovável e nas mesmas condições que ela.

2.6. Prazo de Cobertura

O prazo desta cobertura é o prazo de pagamento de prémios da cobertura principal.