

Liberty Saúde Empresas

Condições gerais e especiais

1111138 - 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	12
2. Formação e cessação do contrato	3	2. Subsídio Diário de Hospitalização	14
3. Objecto do contrato	4	3. Assistência Ambulatória (cobertura complementar)	15
4. Extensão e âmbito do seguro	5	4. Assistência Estomatológica (cobertura complementar)	17
5. Exclusões	5	5. Assistência Ortopédica Auditiva e Ocular (cobertura complementar)	18
6. Início e duração do seguro e das garantias	6	6. Assistência no Parto em Regime de Hospitalização (cobertura complementar)	19
7. Resolução e termo do contrato e das garantias	6	7. Assistência Medicamentosa (cobertura complementar)	20
8. Obrigações do Tomador do Seguro e das Pessoas Seguras	7		
9. Obrigações do Segurador	8		
10. Pagamento das Indemnizações	9		
11. Pagamento de prémios	9		
12. Disposições diversas	10		
13. Arbitragem	10		
14. Lei aplicável ao contrato	11		
15. Foro Competente	11		
16. Reclamações	11		
17. Autoridade de supervisão competente	11		

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.

1. DEFINIÇÕES

Para os fins do presente contrato, definem-se como:

Seguro de Grupo: O contrato de seguro que se destina a cobrir um conjunto de indivíduos determinado, contra os riscos mencionados na apólice.

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.

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

Pessoa Segura: A Pessoa no interesse da qual o seguro é efectuado, ou a pessoa cuja saúde se segura.

Seguro de Grupo Contributivo: Seguro de grupo em que os segurados contribuem, no todo ou em parte, para o pagamento do prémio.

Seguro de Grupo não Contributivo: Seguro de grupo em que os segurados não contribuem para o pagamento do prémio.

Beneficiário: Pessoa a favor de quem reverte a prestação do Segurador, decorrente do contrato de seguro.

Grupo Segurável: Conjunto de pessoas ligadas ao Tomador do Seguro ou entre si e ao Tomador do Seguro por um vínculo ou interesse comum que não seja o de segurar. Nesta definição e na cobertura do contrato de seguro poderão ainda ser abrangidos os Agregados Familiares das Pessoas Seguras.

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.

Franquia temporal: Período de tempo a partir do qual se inicia o pagamento, pelo Segurador, das prestações que se encontram fixadas nas Condições Particulares da Apólice.

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, acidente, gravidez ou parto, nos termos e até aos limites das Condições Gerais, Especiais e Particulares, o pagamento de prestações em caso de Hospitalização, por meio das seguintes Coberturas Principais:

- Assistência em caso de Hospitalização**
- Subsídio Diário de Hospitalização**

Poderão ser adicionalmente contratadas as seguintes Coberturas Complementares:

- Assistência Ambulatória**
- Assistência no Parto em Regime de Hospitalização**
- Assistência Medicamentosa**
- Assistência Ortopédica, Auditiva e Ocular**
- Assistência Estomatológica**

Artigo 3.º

As Coberturas Complementares só podem ser contratadas em conjunto com pelo menos uma das Principais.

4. EXTENSÃO E ÂMBITO DO SEGURO

Artigo 4.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 e/ou sob a forma de subsídio diário, pelas despesas médicas relacionadas com as coberturas descritas no Artigo 2.º.

Artigo 5.º

O seguro é válido em todo o mundo, salvo convenção em contrário.

5. EXCLUSÕES

Artigo 6.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 da entrada em vigor do seguro.**
- 2. Doença ou acidente decorrentes de ou provocados por alcoolismo, consumo de estupefacientes não prescritos pelo médico, bem como as consequências da habituação a estupefacientes, ainda que prescritos pelo 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 da Seguradora. 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. INICIO E DURAÇÃO DO SEGURO E DAS GARANTIAS

Artigo 7.º

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

Artigo 8.º

A cobertura 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 limites de Franquias Temporais e Períodos de Carência acordados e estipulados nas Condições Especiais e Particulares.

Artigo 9.º

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

Artigo 10.º

Quando for celebrado por um ano e seguintes, considera-se o contrato 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 11.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 E TERMO DO CONTRATO E DAS GARANTIAS

Artigo 12.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 13.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 Artigo 17.º. Esta situação 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 14.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, a ele respeitante.
- b) Por caducidade, sempre que, qualquer Pessoa Segura atinja a idade de 65 anos, ou, sendo filhos, enteados, adoptados, da Pessoa Segura, a partir do momento em que nos termos da legislação em vigor cesse, relativamente aos mesmos, o direito à concessão de abono de família.
- c) Na data em que cessar o vínculo que liga a Pessoa Segura ao Tomador do Seguro.

Artigo 15.º

Em qualquer dos casos previstos nos n.ºs 1. e 2. do artigo anterior, cessam igualmente as garantias para o respectivo Agregado Familiar.

Artigo 16.º

1. Em caso de não renovação do contrato ou da cobertura e não estando o risco coberto por um contrato de seguro 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 impedimentos.

3. Excluem-se todos os acontecimentos cuja constatação médica seja posterior à data da cessação das coberturas.

8. OBRIGAÇÕES DO TOMADOR DO SEGURO E DAS PESSOAS SEGURAS

Artigo 17.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 de domicílio e/ou profissão das Pessoas Seguras.
- c) Qualquer deslocação de uma Pessoa Segura ao estrangeiro que exceda 90 dias.
- d) Qualquer inclusão ou exclusão de Pessoas Seguras no Grupo Seguro por esta Apólice.

2. Na falta de comunicação das situações referidas nas alíneas a) e b) do número anterior, qualquer carta ou citação será validamente enviada ou notificada, ao último domicílio conhecido pelo Segurador.

Artigo 18.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 19.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 ela 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 20.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 21.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. OBRIGAÇÕES DO SEGURADOR

Artigo 22.º

O Segurador obriga-se a respeitar a livre escolha por parte da Pessoa Segura, do seu médico e da Unidade Hospitalar onde queira ser hospitalizado.

10. PAGAMENTO DAS INDEMNIZAÇÕES

Artigo 23.º

1. O pagamento das prestações decorrentes do presente contrato, será feito 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 24º

1. Em caso de participação nas despesas por parte dos organismos Oficiais, este seguro funcionará apenas como complemento daquelas participações.

2. Em caso algum poderá a Pessoa Segura receber reembolso superior à despesa efectivamente realizada.

Artigo 25.º

1. Sempre que o reembolso efectuado pelo Segurador, acrescido da participação 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 participação.

11. PAGAMENTO DOS PRÉMIOS

Artigo 26.º

1. A cobertura dos riscos depende do prévio pagamento do prémio
2. O Tomador do Seguro é o único responsável perante o Segurador pelo pagamento dos prémios do presente seguro, sendo ineficaz perante esta, qualquer acordo estabelecido entre o Tomador do Seguro e as Pessoas Seguras, ou com terceiros.

Artigo 27.º

1. O Tomador do Seguro obriga-se a pagar o prémio estipulado, na data da entrada em vigor da Apólice e na data de cada renovação.
2. Constitui sempre, porém, direito do Segurador, utilizar meios que permitam maior facilidade na cobrança, de harmonia com o que ficar estabelecido nas Condições Particulares.

Artigo 28.º

O prémio é anual, e igual ao somatório dos prémios anuais individuais. No entanto, pode o Segurador facultar o seu fraccionamento, desde que o Tomador do Seguro satisfaça os encargos em consequência desse fraccionamento.

Artigo 29.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 30.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 31.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 32.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.

12. DISPOSIÇÕES DIVERSAS

Artigo 33.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.

13. ARBITRAGEM

Artigo 34.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.

14. LEI APLICÁVEL AO CONTRATO

Artigo 35.º

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

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.

15. FORO COMPETENTE

Artigo 36.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.

16. RECLAMAÇÕES

Artigo 37.º

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

17. AUTORIDADE DE SUPERVISÃO COMPETENTE

Artigo 38.º

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:

- a) Diária Hospitalar;
- b) Honorários médicos de consultas;
- c) Honorários do cirurgião, anestesista e ajudantes;
- d) Sala de operações e reanimação;
- e) Transporte de ambulância, de e para a Unidade Hospitalar;
- f) Elementos auxiliares de diagnóstico:
 - Exames imagiológicos (inclui radiografias, ecografias, tomografias e RMN);
 - Electrocardiograma, electroencefalograma e electromiograma;
 - Análises clínicas e anátomo-patológicas;
 - Testes alergológicos;
 - Audiogramas.
- h) 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 osteossíntese.

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, desintéria, erisipela, tétano, poliomielite, meningite cérebro-espinal, febre tifóide ou para-tifóide, febre de Malta, peste, zona, paludismo e tuberculose.
- 1 mês após a aceitação por parte da Seguradora, para os restantes casos.

1.5. Exclussões

Além das exclussões 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;
- Tratamentos 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.

1.7. Indexação

Os montantes e limites de cobertura fixados nas Condições Particulares do contrato são revalorizados em cada data da sua renovação, na percentagem estipulada nas Condições Particulares.

Exceptua-se a primeira renovação se o início do contrato for posterior ao mês de Abril. Os prémios respectivos serão aumentados na mesma proporção.

A indexação efectua-se nas datas previstas não afectando nem sendo afectada pelas disposições referentes a "Períodos de Carência", salvo no caso das prestações em curso na data de renovação do contrato.

O Tomador do Seguro poderá renunciar à indexação por carta registada dirigida ao Segurador, até 30 dias antes da data de aplicação. Nesse caso o Segurador poderá agravar as franquias aplicáveis ao contrato, na proporção da taxa de indexação fixada no contrato, dando prévio conhecimento ao Tomador do Seguro das novas condições contratuais.

2. SUBSÍDIO DIÁRIO DE HOSPITALIZAÇÃO

2.1. Garantias

Pela presente cobertura principal o Segurador compromete-se a pagar à Pessoa Segura, nos termos e limites fixados nas Condições Particulares, um Subsídio Diário em caso de Hospitalização.

2.2. 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, desintéria, erisipela, tétano, poliomielite, meningite cérebro-espinal, febre tifóide ou para-tifóide, febre de malta, peste, zona, paludismo e tuberculose.
- 1 mês após a aceitação por parte do Segurador, para os restantes casos, com excepção do parto, que ficará sujeito a períodos de carência de:
- 3 meses após a aceitação por parte do Segurador, para os aderentes à data de subscrição do contrato e no caso dos seguros de adesão obrigatória.
- 12 meses para as adesões posteriores à data de subscrição do contrato e nos casos dos seguros de adesão facultativa.

2.3. Franquias

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

2.4. Indexação

Os montantes e limites de cobertura, fixados nas Condições Particulares do contrato são revalorizados em cada data da sua renovação, na percentagem estipulada nas Condições Particulares.

Exceptua-se a primeira renovação se o início do contrato for posterior ao mês de Abril.

Os prémios respectivos serão aumentados na mesma proporção.

A indexação efectua-se nas datas previstas não afectando nem sendo afectada pelas disposições referentes a "Períodos de Carência", salvo no caso das prestações em curso à data de renovação do contrato.

O Tomador do Seguro poderá renunciar à indexação por carta registada dirigida ao Segurador até 30 dias antes da data de aplicação. Nesse caso, o Segurador pode agravar as franquias aplicáveis ao contrato, na proporção da taxa de indexação fixada no contrato, dando prévio conhecimento ao Tomador do Seguro das novas condições contratuais.

3. ASSISTÊNCIA AMBULATÓRIA

(Cobertura Complementar)

Estas disposições completam as Condições Gerais e as Condições Especiais das coberturas principais.

3.1. Garantias

Pela presente cobertura complementar o Segurador participará, sob a 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 anatomo-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 osteossintese;
- Radioterapia;
- Fisioterapia;
- Pensos cirúrgicos;
- Aplicação de aparelhos de gesso e talas.

3.2. 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, desintéria, erisipela, tétano, poliomielite, meningite cérebro-espinal, febre tifóide ou para-tifóide, febre de malta, peste, zona, paludismo e tuberculose.**
- **1 mês após a aceitação por parte do Segurador, para os restantes casos.**

3.3. 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;**
- **Estomatologia;**
- **Próteses ortopédicas, auditivas e oculares;**
- **Medicamentos;**
- **Terapia da fala, ginástica e massagens;**

- Rastreamento da 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.

3.4. Franquias

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

3.5. Renovação

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

3.6. Prazo de Cobertura

O prazo desta cobertura é o da cobertura principal.

3.7. Indexação

Os montantes e limites de cobertura, fixados nas Condições Particulares no contrato são revalorizados em cada data da sua renovação, na percentagem estipulada naquelas Condições.

Exceptua-se a primeira renovação se o início do contrato for posterior ao mês de Abril.

Os prémios respectivos serão aumentados na mesma proporção.

A indexação efectua-se nas datas previstas, não afectando nem sendo afectada pelas disposições referentes a "Períodos de Carência" salvo nos casos das prestações em curso à data de renovação do contrato.

O Tomador do Seguro poderá renunciar à indexação por carta registada dirigida ao Segurador até 30 dias antes da data de aplicação. Nesse caso o Segurador poderá agravar as franquias aplicáveis ao contrato, na proporção da taxa de indexação fixada no contrato, dando prévio conhecimento ao Tomador do Seguro das novas condições contratuais.

4. ASSISTÊNCIA ESTOMATOLÓGICA

(Cobertura Complementar)

Estas disposições completam as Condições Gerais e as Condições Especiais das coberturas principais.

4.1. Garantias

Pela presente cobertura complementar o Segurador participará, sob a 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:

- Consultas;
- Tratamentos;
- Obturações simples;
- Coroas;
- Aparelho de ortodôncia;
- Próteses Estomatológicas.

4.2. Período de Carência

As garantias concedidas pela presente apólice sob a 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;
- 2 meses após a aceitação, para os restantes casos.

4.3. Exclusões

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

- Obturações com aplicações de ouro, platina, etc.
- Cirurgia causada por acidente, de natureza estomatológica, incluída na cobertura “Assistência em caso de Hospitalização”.

4.4. Franquias

As franquias a aplicar serão as estipuladas nas Condições Particulares da Apólice.

4.5. Renovação

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

4.6. Prazo da Cobertura

O prazo desta cobertura é o da cobertura principal.

4.7. Indexação

Os montantes e limites de cobertura, fixados nas Condições Particulares do contrato são revalorizados em cada data da sua renovação, na percentagem estipulada naquelas Condições.

Exceptua-se a primeira renovação se o início do contrato for posterior ao mês de Abril.

Os prémios respectivos serão aumentados na mesma proporção.

A indexação efectua-se nas datas previstas, não afectando nem sendo afectada pelas disposições referentes a “Períodos de Carência” salvo nos casos das prestações em curso à data de renovação do contrato.

O Tomador do Seguro poderá renunciar à indexação por carta registada dirigida ao Segurador até 30 dias antes da data de aplicação. Nesse caso o Segurador poderá agravar as franquias aplicáveis ao contrato, na proporção da taxa de indexação fixada no contrato, dando prévio conhecimento ao Tomador do Seguro das novas condições contratuais.

5. ASSISTÊNCIA ORTOPÉDICA, AUDITIVA E OCULAR

(Cobertura Complementar)

Estas disposições completam as Condições Gerais e as Condições Especiais das coberturas principais.

5.1. Garantias

Pela presente cobertura complementar o Segurador compartilhará sob a 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:

Aluguer ou compra de próteses ortopédicas, auditivas e oculares, dispositivos de compensação e outros aparelhos auxiliares terapêuticos, desde que prescritos por médico especialista.

A comparticipação do Segurador restringe-se à primeira prótese ou à sua adaptação ou substituição desde que fundamentada pela alteração da natureza ou grau da deficiência em causa.

5.2. Definições

Entende-se por:

Prótese: Todo o instrumento clinicamente concebido e/ou recomendado, que tem por finalidade a substituição total ou parcial de um membro ou órgão.

Ortótese: Todo o instrumento clinicamente concebido e/ou recomendado, que tem por finalidade ajudar o membro ou órgão a cumprir, no todo ou em parte, a sua função.

5.3. Períodos de Carência

As garantias concedidas pela presente Apólice, sob a 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;**
- **1 mês após a aceitação, para os restantes casos.**

5.4. Exclusões

Além das exclusões mencionadas nas Condições Gerais da Apólice, ficam excluídas desta cobertura as despesas referentes a calçado ortopédico, aquisição de collants, meias elásticas, cintas ortopédicas e colchões ortopédicos.

5.5. Franquia

As franquias a aplicar serão as estipuladas nas Condições Particulares da Apólice.

5.6. Renovação

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

5.7. Prazo da Cobertura

O prazo desta cobertura é o da cobertura principal.

5.8. Indexação

Os montantes e limites de cobertura, fixados nas Condições Particulares do contrato são revalorizados em cada data da sua renovação, na percentagem estipulada naquelas Condições.

Exceptua-se a primeira renovação se o início do contrato for posterior ao mês de Abril.

Os prémios respectivos serão aumentados na mesma proporção.

A indexação efectua-se nas datas previstas, não afectando nem sendo afectada pelas disposições referentes a "Períodos de Carência", salvo nos casos das prestações em curso à data da renovação do contrato.

O Tomador do Seguro poderá renunciar à indexação por carta registada dirigida ao Segurador até 30 dias antes da data de aplicação. Neste caso o Segurador poderá agravar as franquias aplicáveis ao contrato, na proporção da taxa de indexação fixada no contrato, dando prévio conhecimento ao Tomador do Seguro das novas condições contratuais.

6. ASSISTÊNCIA NO PARTO EM REGIME DE HOSPITALIZAÇÃO

(Cobertura Complementar)

Estas disposições completam as Condições Gerais e as Condições especiais das Coberturas Principais.

6.1. Garantias

Pela presente cobertura complementar o Segurador compartilhará, sob a 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:

- Parto;
- Cesariana;
- Interrupção involuntária de gravidez.

Esta cobertura abrange as despesas emergentes de:

- Honorários médicos;
- Sala de operações;
- Anestésicos;
- Soro;
- Medicamentos prescritos durante a hospitalização;
- Outras despesas relacionadas com o parto.

6.2. 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.

6.3. Períodos de Carência

As garantias individuais concedidas por esta cobertura entram em vigor no prazo de:

- **3 meses para os aderentes à data de subscrição do contrato e no caso dos seguros de adesão obrigatória;**
- **12 meses para as adesões posteriores à data de subscrição do contrato e nos casos dos seguros de adesão facultativa.**

6.4. Franquias

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

6.5. Renovação

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

6.6. Prazo da Cobertura

O prazo desta cobertura é o da cobertura principal.

6.7. Indexação

Os montantes e limites de cobertura, fixados nas Condições Particulares do contrato, são revalorizados em cada data da sua renovação, na percentagem estipulada nas Condições Particulares.

Exceptua-se a primeira renovação se o início do contrato for posterior ao mês de Abril.

Os prémios respectivos serão aumentados na mesma proporção.

A indexação efectua-se nas datas previstas, não afectando nem sendo afectada pelas disposições referentes a "Períodos de Carência", salvo nos casos das prestações em curso à data de renovação do contrato.

O Tomador do Seguro poderá renunciar à indexação por carta registada dirigida ao Segurador até 30 dias antes da data de aplicação. Nesse caso a Seguradora poderá agravar as franquias aplicáveis ao contrato, na proporção da taxa de indexação fixada no contrato, dando prévio conhecimento ao Tomador do Seguro das novas condições contratuais.

7. ASSISTÊNCIA MEDICAMENTOSA

(Cobertura Complementar)

Estas disposições completam as Condições Gerais e as Condições especiais das Coberturas Principais.

7.1. Garantias

Pela presente Cobertura Complementar o Segurador participará, sob a forma de reembolso, nas despesas suportadas pela Pessoa Segura ou por sua conta, de acordo com os limites e franquias fixadas nas Condições Particulares, relativas a Medicamentos, desde que prescritos por um médico em documento próprio.

7.2. Exclusões

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

- **Medicamentos para tratamento de obesidade;**
- **Vacinas;**
- **Medicamentos de venda livre;**
- **Produtos de higiene e produtos dermocosméticos;**
- **Medicamentos manipulados;**
- **Medicamentos cujo valor unitário por embalagem seja inferior à franquia estabelecida nas Condições Particulares;**
- **Medicamentos incluídos nas Coberturas “Assistência em caso de Hospitalização” e “Assistência no Parto em Regime de Hospitalização”.**

7.3. Franquias

As franquias a aplicar serão as estipuladas nas Condições Particulares da Apólice.

7.4. Renovação

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

7.5. Prazo da Cobertura

O prazo desta cobertura é o da cobertura principal.

7.6. Indexação

Os montantes e limites de cobertura, fixados nas Condições Particulares do contrato são revalorizados em cada data da sua renovação, na percentagem estipulada nas Condições Particulares.

Exceptua-se a primeira renovação se o início do contrato for posterior ao mês de Abril.

Os prémios respectivos serão aumentados na mesma proporção.

A indexação efectua-se nas datas previstas, não afectando nem sendo afectada pelas disposições referentes a “Períodos de Carência”, salvo nos casos das prestações em curso à data da renovação do contrato.

O Tomador do Seguro poderá renunciar à indexação por carta registada dirigida ao Segurador até 30 dias antes da data de aplicação. Neste caso o Segurador poderá agravar as franquias aplicáveis ao contrato, na proporção da taxa de indexação fixada no contrato, dando prévio conhecimento ao Tomador do Seguro das novas condições contratuais.