

**SEGURO SAÚDE**  
CONDIÇÕES GERAIS



**ALIANÇA**  
SEGUROS

## CLÁUSULA PRELIMINAR

Entre a ALIANÇA SEGUROS, S.A., adiante por Seguradora, e o Tomador do Seguro estabelece-se o presente contrato de seguro que se regula pelas Condições Gerais, Especiais e Particulares, de Harmonia com as declarações constantes da Proposta e Questionários Individuais de Saúde que lhe serviram de base e que dele fazem parte integrante.

A individualização do presente contrato é efectuada nas Condições Particulares, nelas constando as Condições Especiais expressamente contratadas e o seu âmbito territorial, a identificação das partes e do respectivo domicílio, os dados do Tomador do Seguro, das Pessoas Seguras, as Coberturas e respectivos Capitais Seguros, Prazos de Carência, Pré existências, Franquias, Co-pagamentos e a determinação do prémio ou a fórmula do respectivo cálculo.

## CAPÍTULO I

Definições, Objecto e Garantias do Contrato, Coberturas e Exclusões

### CLÁUSULA 1ª

#### Definições

Para efeitos do presente contrato entende-se por:

**ACESSO À REDE** - Disponibilização de serviços de cuidados de saúde, garantidos pelo presente contrato, executados por prestadores da(s) Rede(s), aos quais a Pessoa Segura tem acesso, suportando ou não, na totalidade ou em parte os respectivos custos, nos termos do disposto nas Condições Particulares.

**ACIDENTE** - Acontecimento fortuito, súbito e anormal, provocado por uma causa externa e alheia à vontade da Pessoa Segura e que nesta origine lesões, corporais, clínica e objectivamente comprovadas.

**ACTA ADICIONAL** - Documento que formaliza uma alteração à apólice.

**AGREGADO FAMILIAR** - Conjunto de pessoas que vivem, com carácter de permanência, em comunhão com a Pessoa Segura, economicamente dependentes desta que sejam ascendentes cônjuge ou filho, enteado ou adoptados. Os filhos enteados, adoptados não poderão à data da inscrição ou renovação da apólice ter mais de 18 anos (ou 24 anos desde que se possa provar que o(a) filho (a) ou enteado (a) esteja a dar continuidade à sua educação a tempo inteiro).

**AMBIENTE HOSPITALAR** - Conjunto de meios infra-estruturais, recursos técnicos, tecnológicos e humanos diferenciados, que permitem executar cada acto com qualidade e segurança, incluindo a capacidade de resposta eficaz para eventos súbitos que ponham em risco a vida da Pessoa Segura, e que devem existir nas estruturas hospitalares ou equivalentes.

**APÓLICE** - Documento que titula o contrato de seguro, constituído pelas respectivas Condições Gerais, Especiais e Particulares, a Proposta do Seguro e o Questionário Individual de Saúde. Todas as alterações que ocorram durante a vigência da apólice constarão de acta adicional.

**APÓLICE ABERTA** - Apólice de Seguro de grupo em que o número de pessoas a segurar é variável. Inicia-se com o mínimo de adesões definido, ocorrendo durante a vigência do contrato as inclusões e exclusões solicitadas pelo Tomador do Seguro. O contato vigora enquanto o número de adesões justificar, a exclusivo critério da Seguradora, a sua existência.

**AUTORIZAÇÃO** - Consentimento para prestação de cuidados de saúde, solicitado pela Pessoa Segura aos serviços clínicos da Seguradora.

**BOLETIM DE ADESÃO** - Documento preenchido pela Pessoa Segura no seguro de grupo, em que esta se identifica e expressa a vontade de aderir à Apólice.

**CAPITAL SEGURO** - Montante máximo de comparticipação de despesas de saúde por Pessoa Segura, definido para cada uma das coberturas contratadas e indicadas nas Condições Particulares.



**CARTÃO ALIANÇA SEGUROS/ MEDIPLUS** - Cartão pessoal e intransmissível, que identifica a Pessoa Segura e permite o acesso aos cuidados de saúde prestados na(s) Rede(s).

**CERTIFICADO INDIVIDUAL DE ADESÃO** - Documento emitido pela Seguradora para cada uma das Pessoas Seguras, comprovativo da sua inclusão no seguro do grupo.

**CIRURGIA DE AMBULATÓRIO** - Intervenção cirúrgica programada, realizada sob anestesia geral, loco-regional ou local, em ambiente hospitalar, com segurança e de acordo com a boa prática médica, em regime de admissão e alta no período de 24 horas.

**COEFICIENTE K** - Coeficiente de ponderação para valorização de actos médicos, utilizado na Tabela de Valores de Actos Médicos

**COMPARTICIPAÇÃO** - Valor a cargo da Seguradora, em cada despesa de saúde garantida pela apólice, calculado após dedução na franquia, nos termos definidos nas Condições Particulares.

**CONDIÇÕES ESPECIAIS** - Disposições que complementam, especificam e esclarecem as Condições Gerais, prevalecendo sobre estas na interpretação dos termos contratuais.

**CONDIÇÕES GERAIS** - Disposições que definem os princípios gerais do contrato e seu enquadramento.

**CONDIÇÕES PARTICULARES** - Cláusulas que complementam as Condições Gerais e Especiais de um contrato, por forma, a que o mesmo seja adaptado a um caso particular.

**CO-PAGAMENTO** - Valor que fica a cargo da Pessoa Segura por cada utilização na Rede.

**DOENÇA** - Alteração involuntária do estado de saúde não causada por acidente clínico e objectivamente comprovada.

**DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE** - Doença ou lesão da qual a Pessoa Segura deveria ter conhecimento ou que não poderia ignorar, pela evidência dos sintomas ou por ter recebido em relação à mesma aviso médico ou tratamento, antes da data de início de vigência da Apólice.

**DOENÇA OU MALFORMAÇÃO CONGÉNITA** - Doença e/ou malformação que se diagnostica ou identifica durante a gravidez e até 30 dias após o nascimento.

**DOENÇA SÚBITA** - Alteração involuntária do estado de saúde, inesperada e aguda, que implica risco de morte ou perda funcional para a Pessoa Segura necessitando de assistência médica imediata em ambiente hospitalar.

**ESTORNO** - Devolução ao Tomador do Seguro da totalidade ou parte do prémio de seguro já pago.

**EVACUAÇÃO E REPATRIAMENTO MÉDICO** - Serviço de logística que em caso de Acidente ou Doença Súbita, que requeira tratamento imediato e não existindo estabelecimento de saúde adequado disponível nas proximidades se destina a apoiar a Pessoa Segura e o seu transporte para local apropriado sob supervisão e orientação da Seguradora, nos termos e condições das Condições Particulares.

**FRANQUIA** - Valor ou número de dias a cargo da Pessoa Segura, cujo montante, período ou forma de cálculo se encontra estipulado nas Condições Particulares.

**IMPLANTE** - Material (prótese, ortótese, aparelho) e/ou substância com finalidade terapêutica ou de correcção de alteração morfológica, para colocação no organismo de um indivíduo.

**LESÃO** - Alteração involuntária do estado de saúde, morfológica ou funcional, causada por acidente, clínica e objectivamente comprovada.

**MEDICAMENTOS** - Agente, substância ou composto que se administra no interior ou exterior da pessoa com objectivo terapêutico. Devem ser prescritos por médico e adquiridos em farmácias. Não se consideram medicamentos ou produtos nutritivos, reconfortantes, águas minerais, produtos cosméticos, produtos de higiene e cuidado corporal, produtos de venda livre ou para os quais não seja necessária a apresentação da respectiva Receita Médica.

**MÉDICO/MÉDICO DENTISTA** - Licenciado por faculdade de medicina ou medicina dentária reconhecido pela lei do país onde o tratamento é prestado e que, ao prestar o tratamento, o faz dentro dos limites da sua licença e formação.



**PEQUENA CIRURGIA** - Toda a intervenção cirúrgica que corresponda aos seguintes critérios cumulativos:

- Não necessitar de bloco operatório para sua realização;
- Não exigir mudança completa de roupa pelo cirurgião
- Ser realizada sob anestesia local;
- Não necessitar de cuidados especiais de recobro.

**PERÍODO DE CARÊNCIA** - Espaço de tempo que medeia entre a data de adesão da Pessoa Segura e a data em que podem se accionadas determinadas coberturas do seguro.

**PESSOA SEGURA** - Pessoa cuja saúde se segura, identificada nas Condições Particulares da apólice.

**PRÉMIO** - Valor pago pelo Tomador do Seguro à Seguradora como contrapartida da cobertura acordada.

**PRESTAÇÕES NA REDE** - Serviços cuidados de saúde, garantidos pelo presente contrato, realizados em prestadores da(s) Rede(s), nos quais a comparticipação das despesas de saúde é suportada, no todo ou em parte, directamente pela Seguradora, nos termos do disposto nas Condições Especiais e Particulares.

**PRESTAÇÕES POR REEMBOLSO** - Serviços de cuidados de saúde garantidos pelo presente contrato de seguro, nos quais as despesas de saúde são pagas pela Pessoa Segura, sendo posteriormente objecto de comparticipação pela Seguradora, nos termos do disposto nas Condições Especiais e Particulares.

**PROPOSTA DE SEGURO** - Documento pelo qual um proponente declara que pretende subscrever um contrato de seguro.

**PRÓTESES E ORTÓTESES** - Dispositivo que substituem total ou parcialmente um membro ou órgão ou ajudam a cumprir, no todo ou em parte, a sua função.

**QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL DE SAÚDE** - Documento anexo à proposta de seguro, através do qual cada candidato a pessoa segura declara os elementos necessários à avaliação do risco pela Seguradora.

**REDE MEDIPLUS** - Conjunto de prestadores de cuidados de saúde que integram a rede MEDIPLUS em Angola e Portugal, nomeadamente Médicos/Médicos Dentistas, centros de diagnóstico, clínicas, unidades hospitalares e outras unidades de saúde, com os quais existe um acordo para a prestação de serviços às Pessoas Seguras, comparticipados, no todos ou em parte, directamente pela Seguradora por conta da Pessoa Segura.

**SEGURADORA** - A ALIANÇA SEGUROS, entidade legalmente autorizada para a exploração do Seguro de Saúde e que subscreve o presente contrato.

**SEGURO DE GRUPO** - Contrato celebrado para um conjunto de pessoas ligadas ao Tomador do Seguro por um vínculo que não seja de o segurar.

**SEGURO DE GRUPO CONTRIBUTIVO** - Seguro de grupo em que as Pessoas Seguras contribuem, no todo ou em parte, para o pagamento do prémio.

**SEGURO DE GRUPO NÃO CONTRIBUTIVO** - Seguro de grupo em que o Tomador do Seguro suporta a totalidade do pagamento do prémio.

**SEGURO INDIVIDUAL** - Contrato celebrado para uma pessoa singular ou para um agregado familiar ou um conjunto de pessoas vivendo em economia comum.

**SERVIÇO DE APOIO AO CLIENTE** - Serviço de apoio ao cliente, através do qual o Tomador do Seguro e as Pessoas Seguras podem obter os esclarecimentos que necessitarem.

**SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA** - Apoio informativo e de serviços, prestado, em nome da Seguradora, por uma empresa de assistência.

**SERVIÇO DE ATENDIMENTO PERMANENTE** - Serviço disponível em qualquer momento do dia ou da noite, limitado a uma capacidade mínima de diagnóstico, nomeadamente consulta da clínica geral e exames auxiliares de diagnósticos básicos.



**SERVIÇOS CLINICAMENTE NECESSÁRIOS** - Serviços de cuidados de saúde, adequados ao tratamento de doença ou acidente enquadrável nas garantias do contrato, cuja necessidade e validade seja clínica e objectivamente constatada.

**SINISTRO / OCORRÊNCIA** - O evento ou série de eventos resultantes de uma mesma causa, suscetível de fazer funcionar as garantias do contrato.

**TOMADOR DO SEGURO** - A pessoa, singular ou colectiva, que contrata com a Seguradora, sendo responsável pelo pagamento do prémio.

**TRANSPLANTE** - Colocação, no organismo de um indivíduo, de órgão, tecido ou células, provenientes quer do próprio indivíduo, quer de outro indivíduo, com finalidade terapêutica ou para correcção de alteração morfológica.

**UNIDADE HOSPITALAR** - Estabelecimento legalmente autorizado a prestar serviços de cuidados de saúde, dispoñdo de assistência médica, cirúrgica e de enfermagem permanente, abrangendo entidades com internamento e sala de recobro.

## CLÁUSULA 2ª

### Objecto do Contrato

1. O presente contrato garante à Pessoa Segura, em caso de sinistro ocorrido durante a sua vigência, um conjunto de coberturas no domínio dos cuidados de saúde que pode integrar prestações por reembolso, prestações na rede e serviços de assistência, conforme definido nestas Condições Gerais, nas Condições Especiais e nas Condições Particulares aplicáveis.

2. O presente contrato de seguro não garante quaisquer despesas médicas ou medicamentosas reclamadas pelos serviços públicos de saúde (angolano e outro) ou por outro qualquer subsistema de saúde de que a Pessoa Segura seja beneficiária.

3. Os Benefícios e Prémios dos Seguros de Saúde da ALIANÇA SEGUROS são diferentes consoante o tipo de Seguro de Saúde escolhido.

I. Os Benefícios Cobertos estão em conformidade com os Limites Máximos, Sublimites, prazos de carências e condições estabelecidas nas Condições Particulares.

II. Os Benefícios dos Seguros de Saúde estão relacionados com as coberturas subscritas, nomeadamente: Médico Assistente, Contact Center, Ambulatório, Farmácias, Internamento, Maternidade, Evacuação e Assistência Internacional.

III. Nos Seguros de Saúde PP (com Prestador Preferencial) as pessoas seguras usarão habitualmente as clínicas com os recursos da Rede PP (Rede de Prestadores Preferenciais) e os acessos fora da Rede PP poderão ter que ser prescritos ou validados pelo Médico Assistente do Seguro de Saúde.

## CLÁUSULA 3ª

### Base do Contrato

A Proposta de Seguro, assinada pelo respectivo tomador, o Questionário Individual de Saúde de casa Pessoa Segura e, tratando-se de seguro de grupo, o boletim de adesão de casa Pessoa Segura, bem como toda a documentação de carácter clínico necessária à aceitação do risco por parte da Seguradora, constituem a base deste contrato e dele fazem parte integrante, determinando, em particular, o risco coberto.

## CLÁUSULA 4ª

### Âmbito das Garantias

1. Quanto às Pessoas Seguras - São beneficiários das garantias conferidas pelo presente contrato as Pessoas Seguras identificadas nas Condições Particulares, após aceitação expressa por parte da Seguradora. A aceitação do seguro, relativamente a cada Pessoa Segura, formaliza-se através da emissão do cartão de Saúde ALIANÇA SEGUROS/MEDIPLUS, podendo algumas coberturas estar sujeitas a períodos de carência, a franquias e a valores máximos indemnizáveis, de acordo com o previsto nas presentes Condições Gerais, nas Condições Especiais e nas Condições Particulares da Apólice.

2. Quanto ao Âmbito das Coberturas - O contrato de seguro pode garantir, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Especiais e Particulares, as seguintes coberturas:



A. Angola

I. Médico Assistente;

II. Contact Center 24/7/365;

III. Medicamentos;

IV. Ambulatório

- Consultas
- Exames
- Tratamentos
- Cirurgia de Ambulatório

V. Internamento, Hospitalização e Cirurgia;

VI. Maternidade (Parto Normal, Cesariana e Interrupção Involuntária de Gravidez);

VII. Emergência Médica, Evacuação e Expatriamento.

B. Cobertura Internacional - As coberturas efectivamente contratadas constam das Condições Particulares.

O contrato de seguro pode, ainda abranger outras coberturas desde que devidamente identificadas nas Condições Particulares e definidas por Condição Especial própria.

3. Quanto ao Regime das Prestações - As garantias consignadas pelo presente contrato, podem revestir a modalidade de prestações na rede, prestações por reembolso ou a modalidade mista de prestações na rede e de prestações por reembolso.

A modalidade contratada constará das respectivas Condições Especiais ou Particulares.

a. Regime de Prestações na Rede - Nesta modalidade, a Seguradora garante à Pessoa Segura o acesso a um conjunto de serviços de cuidados de saúde integrados na Rede MEDIPLUS, cujas condições de utilização se encontram previstas nestas Condições Gerais e nas Condições Especiais aplicáveis, nos termos e limites ficados nas Condições Particulares.

I. A(s) Rede(s) integram serviços de cuidados de saúde de especialidades médicas e cirúrgicas, meios auxiliares de diagnóstico, serviços, técnicas e terapêuticas complementares e internamento hospitalar.

II. O acesso a determinados serviços da(s) redes pode necessitar de Pré-Autorização da Seguradora. Quando a Pessoa Segura recorrer aos referidos serviço, sem que tenha sido concedida a autorização necessária, ou quando recorra a qualquer outro serviço sem se identificar com o seu cartão MEDIPLUS, aplicar-se-á às despesas o regime de prestações por reembolso.

III. No regime de prestações na rede, a Pessoa Segura, suporta o pagamento da franquia e/ou do Co-Pagamento indicados nas Condições Particulares, bem como dos excedentes ao valor máximo seguro ou de despesas de prestações não cobertas ou não autorizadas.

IV. Quando por indisponibilidade do sistema informático ou outro motivo devidamente fundamentado não for possível o pagamento destes valores, a Seguradora poderá suportar parte ou totalidade da despesa de saúde e enviá-la, posteriormente, ao tomador do Seguro, por forma de ser efectuado o respectivo reembolso.

V. A informação sobre os prestadores que integram a Rede Mediplus está disponível e permanentemente actualizada em [www.mediplus.co.ao](http://www.mediplus.co.ao). A pedido da Pessoa Segura, será facultada uma lista desses mesmos prestadores, com a denominação de Rede de Prestadores Mediplus.

b. Reembolso - Nesta modalidade, a Seguradora garante o reembolso de despesas efectuadas pela Pessoa Segura com cuidados de saúde, junto de prestadores ou serviços não integrados na Rede PP ou na Rede Mediplus, nos termos e limites fixados nestas Condições Gerais, nas Condições Especiais e nas Condições Particulares aplicáveis.

## CLÁUSULA 5ª

### Carências

1. Entende-se por carência o período de tempo durante o qual o Beneficiário não terá direito às coberturas contratadas.



2. O direito de atendimento ao Beneficiário dos serviços previstos neste Contrato serão prestados após o cumprimento das carências a seguir especificadas:

- I. 24 (vinte e quatro) horas para procedimentos de urgência e emergência, observados os termos definidos neste Regulamento;
- II. 30 (trinta) dias, para atendimento em Ambulatório;
- III. 300 (trezentos) dias, na cobertura de Maternidade;
- IV. 180 (cento e oitenta) dias para internamento e demais casos previstos neste Regulamento.

V. Os períodos de carência são alargados para 300 dias, para além dos especificados nas coberturas, nos seguintes casos; Intervenção cirúrgica a hérnias, Litotricia renal e vascular, Hemorroidectomia, Intervenção Cirúrgica a úlcera gastroduodenal, Histerectomia por patologia benigna, Tireoidectomia por patologia benigna, Colectomia, Miringotomias, Amigdalectomia, Septoplastia, Artroscopia, Extração de nervos, sinais, quistos, verrugas.

3. O prazo de carência será contado a partir do início de vigência de adesão do Beneficiário ao Seguro de Saúde.

4. É assegurada a inclusão do recém-nascido, filho natural ou adoptivo da pessoa segura, isento do cumprimento dos períodos de carência e não cabendo qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, desde que a sua inscrição ocorra no prazo máximo de até 90 (noventa) dias antes do nascimento.

### CLÁUSULA 6ª

#### Exclusões

Salvo convenção expressa em contrário, constante das Condições Particulares ou das Condições Especiais efectivamente contratadas, ficam excluídas do âmbito da cobertura do seguro as despesas decorrentes de:

1. Acidentes de trabalho, acidentes em serviço e doenças profissionais;
2. Situações de Doença, Acidentes ou Gravidez Pré-existentes;
3. Acidentes e doenças com cobertura em seguros obrigatórios;
4. Acidentes emergentes de cataclismos da natureza, actos de guerra, declarada ou não, de terrorismo, de sabotagem e de perturbações da ordem pública;
5. Acidentes emergentes de participação em competições desportivas e respectivos treinos, quer como profissional, quer como amador;
6. Acidentes emergentes de prática de desportos terrestres motorizados, BTT, Artes marciais, Luta e Boxe, Paraquedismo, incluindo a prática de queda livre, Parapente e Asa delta, Saltos ou saltos invertidos com mecanismo de suspensão corporal (bungee jumping); Tauromaquia e largadas de touros ou rezes, Caças de animais ferozes ou que reconhecidamente sejam considerados perigosos, Hipismo, Motonáutica e esqui aquático, Desportos náuticos praticados sobre prancha, Descida de torrentes ou correntes originadas por desniveis nos cursos de água, Mergulho, Caça submarina, Desportos praticados sobre a neve e o gelo, Alpinismo e escalada, "Slide" e "Rapel", Espeleologia;
7. Acidentes ou doenças provenientes de tentativa de suicídio ou automutilação, de participação em apostas ou desafios, intervenção em duelos e rixas ou da prática de actos dolosos ou gravemente culposos ou ilícitos por parte da Pessoa Segura;
8. Actos realizados por médicos e outros profissionais de saúde que sejam cônjuge, pais, filhos ou irmãos de Pessoa Segura;
9. Alcoolismo e doenças resultantes do consumo excessivo de bebidas alcoólicas;
10. Assistência hospitalar por razões de carácter meramente social;
11. Consequências de atraso injustificado ou negligência imputáveis ao prestador de cuidados de saúde ou à Pessoa Segura no recurso a assistência médica, ou da recusa ou inobservância de tratamentos que lhe tenham sido prescritos;
12. Procedimentos, especialidades, consultas e tratamentos em áreas não reconhecidas pela Ordem dos Médicos de Angola;





13. Consultas ou exames médicos que sejam necessários para a emissão de atestados, declarações, certificados ou informação de qualquer tipo de documento que não tenha fins assistenciais ou terapêuticos;
14. Correção de doenças ou malformações congénitas, excepto para recém-nascidos cuja pré-adesão for efectuada até 60 dias antes do nascimento;
15. Despesas com Serviços que não sejam clinicamente necessários;
16. Despesas efectuadas por acompanhantes da Pessoa Segura, excepto em caso de internamento hospitalar de menores até aos catorze anos de idade ou de cidadãos portadores de deficiência congénita ou adquirida;
17. Disfunções sexuais, excepto em consequência de doença garantida pela apólice;
18. Doenças infecto-contagiosas, quando em situação de epidemia declarada pelas autoridades competentes;
19. Doenças ou sequelas resultantes de radioactividade, incluindo consequências de utilização de armas bacteriológicas e/ou de agentes químicos;
20. Doenças, lesões ou deformações pré existentes à data da celebração do contrato do seguro;
21. Ginástica, natação, massagens e outros similares, excepto os que resultem de doença ou acidente enquadráveis nas garantias do contrato;
22. Infertilidade e actos médicos praticados no âmbito da reprodução medicamente assistida, nomeada mas não exclusivamente, consultas, testes, tratamentos de infertilidade, métodos de fecundação artificial, fertilização in vitro ou procedimentos de transferência embrionária, bem como as consequências da aplicação dos mesmos, excepto em caso de risco de vida;
23. Interrupção voluntária da gravidez, incluindo situações clínicas dela decorrentes;
24. Intervenções cirúrgicas para correção da roncopatia, excepto em caso de apneia;
25. Métodos anticoncepcionais e de planeamento familiar bem como despesas efectuadas para reverter os efeitos de uma cirurgia de esterilização voluntariamente realizada;
26. Patologias, tratamentos ou meios complementares de diagnóstico relacionados, directa ou indirectamente, com infecção por vírus de imunodeficiência humana (HIV);
27. Perturbações do foro da saúde mental, consequentes ou não de outra doença que careça de internamento, sessões de psicologia, psicanálise, psicoterapia, hipnose e terapia do sono, bem como tratamentos de psiquiatria de carácter crónico;
28. Consultas, tratamentos e exames no âmbito de Psiquiatria, Psicologia, Nutrição e Fonoaudiologia;
29. Transplantes e implantes, nomeadamente implantes do foro estomatológico;
30. Tratamento às varizes, nomeadamente injeções esclerosantes e laser;
31. Tratamentos cirúrgicos ou laser de refração da visão, nomeadamente em caso de miopia, astigmatismo e hipermetropia;
32. Tratamentos de enfermagem prestados no domicílio;
33. Tratamentos de medicina não convencional (medicina tradicional);
34. Tratamentos e/ou cirurgia de regularização do peso;
35. Tratamentos e/ou cirurgia para mudança de sexo;
36. Tratamentos experimentais ou que necessitem de comprovação médica;
37. Tratamentos ou cirurgias do foro estético ou plástico, desde que não tenham origem em acidente coberto pelo seguro ou não decorram de doença manifestada durante a vigência do contrato que os justifiquem;



38. Tratamentos relacionados com a toxicodependência;
39. Tratamentos relacionados, directa ou indirectamente, com infecção por vírus da hepatite, exceptuando os resultantes da hepatite A;
40. Doenças e tratamentos relacionados directa e indirectamente com a Tuberculose;
41. Tratamentos termais e estadias em termas, sanatórios, lares, residências assistidas, casas de repouso, convalescença e cuidados continuados, centros de tratamento de toxicodependência e/ou alcoolismo e outros estabelecimentos similares;
42. Utilização abusiva de medicamentos;
43. Utilização de estupefacientes e narcóticos não prescritos por Médico ou habituação aos mesmos quando prescritos por um Médico, utilização abusiva de medicamentos, alcoolismo e doenças resultantes do consumo excessivo de bebidas alcoólicas;
44. Consultas e tratamentos em áreas não reconhecidas pela Lei;
45. Qualquer Acto Clínico com custo previsível superior ao Limite ou Sublimite Máximo disponível, na parte que exceda esse limite;
46. Atendimentos prestados antes do início da vigência da adesão do Beneficiário ou do cumprimento das carências, respeitadas as demais condições deste Regulamento;
47. Exames, tratamentos e medicamentos sem prescrição médica;
48. Exames e tratamentos de prevenção ou rotina quando não especificados nas condições especiais ou particulares da apólice.
49. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, ou seja, aqueles que empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país, bem como, aqueles que são considerados experimentais pela Ordem dos Médicos de Angola;
50. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes, bem como as condutas não admitidas no Código de Ética;
51. Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
52. Exames para piscina ou ginástica, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
53. Procedimentos decorrentes ou relacionados a casos de calamidade pública e sinistros de massa, tais como, epidemias, envenenamentos de carácter colectivo, ou outra forma que atinja maciçamente a população ou parte dela quando formalmente reconhecidos por autoridade competente;
54. Aquisição, manutenção, ajuste e aluguer de aparelhos ortopédicos, colchões especiais, cadeiras especiais, inclusive de rodas, óculos, lentes de contacto e aparelhos para surdez; ressalvados os casos previstos neste Regulamento;
55. Aluguer de equipamentos hospitalares e similares;
56. Despesas com serviços eventuais ou extraordinários, prestados, directa ou indirectamente, por hospital ou clínica, mas não estritamente relacionados com a assistência à saúde do Beneficiário, tais como, acomodação em nível superior à prevista por este Regulamento, aluguer de aparelhos de televisão e similares, frigobar, telefonemas, telegramas, artigos de tolete e higiene pessoal, alimentação "a la carte", bebidas, lavagem de roupas, lanches, danos a instalações dos estabelecimentos, bem como quaisquer outras despesas que não sejam vinculadas à cobertura do presente Instrumento;
57. Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;
58. Despesas com assistência odontológica de qualquer natureza (diagnóstica, clínica ou cirúrgica), inclusive relacionadas com acidentes, excepto cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar;
59. Honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos listados no Rol de Procedimentos Odontológicos;



60. Tratamento médico e de enfermagem prestado no domicílio (home Care);
61. Tratamento de doenças crónicas;
62. Tratamento de hemodiálise crónica;
63. Doenças epidémicas declaradas;
64. Doenças graves tais como cancro, doenças coronárias, renais e transplante de órgãos;
65. Transporte relacionado com reabilitação e fisioterapia;
66. Quimioterapia e radioterapia;
67. Suplementos alimentares;
68. Tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos para rejuvenescimento, Senilidade, Repouso e/ ou geriátrico;
69. Todas as situações expressas em condições especiais ou particulares da apólice, ainda que não mencionadas no presente documento.

#### **CLÁUSULA 7ª**

##### Âmbito Territorial

Salvo convenção em contrário, expressa nas Condições Especiais ou nas condições Particulares, o seguro só tem validade para os cuidados de saúde prestados em Angola, podendo algumas coberturas ser extensíveis a outro país, conforme disposto nas Condições Particulares e nos termos destas Condições Gerais e Especiais.

#### **CAPÍTULO II**

##### Declaração do Risco, Inicial e Superveniente

#### **CLÁUSULA 8ª**

##### Declaração Inicial do Risco

1. 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 razoavelmente devam ter por significativas para a apreciação do risco pela Seguradora.
2. O disposto no nº 1 é igualmente aplicável a circunstâncias cuja menção não seja solicitada em questionário fornecido pela Seguradora.
3. Em caso de incumprimento doloso ou negligente do disposto no nº 1, pode a Seguradora optar pela anulação, cessação ou alteração do contrato.

#### **CLÁUSULA 9ª**

##### Omissões ou Declarações Incorrectas

1. O contrato é anulável e a Seguradora tem direito a ser reembolsada das indemnizações já pagas, bem como a receber os prémios vencidos se, intencionalmente, o Segurado omitir qualquer circunstância que seja do seu conhecimento e que teria podido influir na celebração do contrato.
2. A Seguradora perde direito à anulação do contrato se, decorridos dois meses sobre o conhecimento das omissões ou inexactidões do Segurado, nada comunicar a este.
3. Se não tiver havido má-fé do Segurado, o contrato reduz-se, ou seja, é considerado subseguro.



4. Tendo sido detectadas omissões ou declarações inexactas na altura do sinistro, a indemnização será reduzida na proporção do prémio fixado e do que deveria ter sido se o risco fosse exactamente declarado.

5. Se o contrato disser respeito a riscos distintos, o preceituado no número anterior aplicar-se-á apenas relativamente àqueles a que se refere a omissão ou inexactidão, salvo se a Seguradora demonstrar que não teria celebrado o contrato sem a parte viciada.

#### **CLÁUSULA 10ª**

##### Nulidade do Contrato

1. O contrato é nulo se, aquando da sua aceitação, tiver cessado o risco ou se haja verificado um sinistro.
2. No primeiro caso, a Seguradora não tem direito ao prémio, enquanto no segundo caso não é obrigada a indemnizar o Segurado, mas tem o direito ao prémio.

#### **CAPÍTULO III**

##### Pagamento e Alteração dos Prémios

#### **CLÁUSULA 11ª**

##### Pagamento do Prémio

1. O prémio ou fracção inicial é devido na data da celebração do contrato. A falta de pagamento do prémio inicial ou da primeira fracção deste, na data de 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 de 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 a data do vencimento, de 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.
5. Nos casos previstos em que a subsistência do contrato se revele impossível e tenha havido pagamento de algum prémio, há lugar a estorno do prémio relativo ao período do contrato transcorrido.

#### **CLÁUSULA 12ª**

##### Fraccionamento do Prémio

O pagamento do prémio anual de seguro, por acordo entre a Seguradora e o Tomador do Seguro, pode ser repartido em fracções trimestrais ou semestrais.

#### **CLÁUSULA 13ª**

##### Alteração do Prémio

1. Não havendo alteração no risco, qualquer alteração do prémio aplicável ao contrato apenas poderá efectuar-se no vencimento anual seguinte, mediante aviso da Seguradora ao Tomador do Seguro, com uma antecedência mínima de 30 dias sobre a data da renovação do contrato.
2. No entanto, haverá lugar a alteração automática do prémio do contrato, sempre que se verifique mudança de escalão etário da Pessoa Segura, sendo para este efeito considerada a idade da mesma no primeiro dia de cada anuidade de seguro.



#### CLÁUSULA 14ª

##### Estorno do Prémio

Quando por força de alteração ou resolução do contrato, houver lugar, a estorno ou reembolso do prémio, este será calculado nos seguintes termos:

- a) Se a iniciativa for da Seguradora, esta devolverá ao Tomador do Seguro uma parte do prémio simples, calculado proporcionalmente ao período de tempo não decorrido até à data do vencimento, acrescido de uma penalidade de valor igual a 1/2 (metade) do prémio simples correspondente ao período não decorrido;
- b) Se a iniciativa for do Tomador do Seguro, a Seguradora devolverá ao Tomador do Seguro uma parte do prémio simples, calculado proporcionalmente ao período de tempo não decorrido até à data do vencimento, acrescido de uma penalidade de valor igual a 1/2 (metade) do prémio correspondente ao período não decorrido e do custo de emissão da Apólice;
- c) Quando, no decurso de uma mesma anuidade, ocorrer um ou mais sinistros, não haverá prémio a devolver.

#### CAPÍTULO IV

##### Início de Efeitos, Duração e Vicissitudes do Contrato

#### CLÁUSULA 15ª

##### Início e Duração do Contrato

1. Desde que o prémio ou fracção inicial seja pago, o presente contrato produz os seus efeitos a partir das zero horas do dia imediato ao da aceitação da Proposta pela Seguradora, salvo se, por acordo das partes, for estabelecida outra data para a produção de efeitos, a qual não pode, todavia, ser anterior à da recepção da Proposta pela Seguradora. Tratando-se de seguro de grupo, as garantias do contrato entram em vigor às zero horas do dia indicado no Certificado Individual de Adesão.
2. O contrato, tratando-se de seguro individual em que o Tomador do Seguro seja uma pessoa singular, considera-se aceite no 15º dia a contar da data de recepção da Proposta pela Seguradora, a menos que entretanto o candidato a Tomador do Seguro seja notificado da recusa ou da sua antecipada aprovação, ou ainda da necessidade de recolher esclarecimentos essenciais para a avaliação do risco, ficando a aprovação, neste caso, dependente do envio e análise dos elementos solicitados. A aceitação será confirmada pela Seguradora através de meio escrito (ou por outro meio do qual fique registo duradouro) para a morada do tomador de seguro ou da emissão do cartão ALIANÇA SEGUROS/MEDIPLUS e respectivas Condições Particulares.
3. As Condições Particulares identificam as coberturas sujeitas a período de carência, bem como a franquias e a valores máximos indemnizáveis, de acordo com o previsto nas presentes Condições Gerais e nas Condições Especiais da Apólice.
4. O contrato pode ser celebrado por um ano a continuar pelos seguintes ou por um período certo e determinado, estando a sua duração definida nas Condições Particulares.
5. Quando o contrato for celebrado por um período de tempo certo e determinado, os seus efeitos cessam às 24 horas do último dia do referido período.
6. Quando o for celebrado por um ano a continuar pelos seguintes, considera-se sucessivamente renovado, salvo se qualquer das partes o tiver denunciado, por escrito ou por outro meio do qual fique registo duradouro, com a antecedência mínima de 30 dias em relação ao termo da anuidade, ou se não for pago o prémio da anuidade subsequente ou da primeira fracção deste.
7. Sem prejuízo do disposto nos Cláusulas 19ª e 28ª, as prestações garantidas pela Seguradora respeitam exclusivamente a cada período de vigência do contrato, não havendo lugar a qualquer prorrogação ou extensão das garantias para além da data do seu vencimento e encontrando-se apenas garantidas as prestações convencionadas ou as despesas efectuadas em cada ano de vigência do contrato.



### CLÁUSULA 16ª

#### Início e Duração das Garantias

1. Só poderão ser admitidos os candidatos a Pessoas Seguras cuja idade respeite o limite definido pela Seguradora e desde que hajam preenchido o respectivo Questionário Individual de Saúde.
2. As garantias do contrato produzem os seus efeitos após o decurso dos períodos de carência, indicados para cada cobertura nas Condições Especiais ou nas Condições Particulares, sendo os mesmos contados a partir da data de adesão de cada Pessoa Segura.
3. Em caso de acidente ou doença súbita, que implique tratamento hospitalar urgente em regime de internamento ou ambulatório, não são aplicáveis os períodos de carência.

### CLÁUSULA 17ª

#### Cartão Aliança Seguros / Mediplus

1. Para beneficiar dos serviços garantidos pelo presente contrato na(s) Rede(s), a Pessoa Segura deve apresentar o seu cartão ALIANÇA SEGUROS/MEDIPLUS e um documento de identificação com fotografia. Em caso de extravio do cartão, a Pessoa Segura ou o Tomador do Seguro, devem comunicá-lo à Seguradora através do Serviço de Apoio ao Cliente, no prazo máximo de 48 horas, a fim de o mesmo ser anulado e se proceder à emissão de um novo Cartão.
2. O cartão é propriedade da Seguradora e só pode ser utilizado pelo seu titular, nos termos e para os efeitos previstos no presente contrato.

### CLÁUSULA 18ª

#### Alterações ao Contrato

##### 1. Pela Seguradora

- a) Qualquer alteração de coberturas, capitais, franquias, períodos de carência e prémios, para vigorar na anuidade seguinte, deverá ser comunicada pela Seguradora ao Tomador do Seguro com uma antecedência mínima de 60 dias em relação à data de vencimento do contrato.
- b) O Tomador do Seguro deverá aceitar ou recusar a Proposta no prazo de 30 dias, findo o qual se entende aprovada a modificação proposta, caso venha a ser pago o prémio correspondente à anuidade subsequente ou à primeira fracção desta.
- c) Não sendo aceite a proposta pelo Tomador do Seguro, o contrato deverá ter-se por denunciado pela Seguradora, para o termo da anuidade em curso.

##### 2. Pelo Tomador do Seguro

As alterações ao contrato por iniciativa do Tomador do Seguro obedecem ao seguinte:

- a) A inclusão de Pessoas Seguras que integrem o agregado familiar é solicitada mediante comunicação à Seguradora, com preenchimento de Proposta e Questionário Individual de Saúde. A inclusão de recém-nascidos num contrato que tenha como Pessoa Segura pelo menos um dos Pais é aceite sem períodos de carência, sem doenças preexistentes e sem exclusão de doenças e malformações congénitas, desde que seja efectuada uma pré-adesão até ao 6º mês de gravidez. Para aplicação destas condições, a adesão definitiva deve ser feita nos primeiros 30 dias de vida da criança, mediante o preenchimento de proposta e Questionário Individual de Saúde.
- b) A exclusão de Pessoas Seguras é solicitada mediante comunicação à Seguradora, com uma antecedência mínima de 30 dias em relação à data de produção de efeitos. A Seguradora procederá ao estorno do prémio pago relativo ao período não decorrido.
- c) A transferência da titularidade do plano contratado é solicitada pelo Tomador do Seguro mediante comunicação à Seguradora, com uma antecedência mínima de 30 dias em relação à data de produção de efeitos, incluindo a aceitação da Pessoa Segura que será titular do novo contrato, iniciando-se o mesmo no dia seguinte, com preenchimento de Proposta, mas sem necessidade de novo Questionário Individual de Saúde.



d) A alteração do plano contratado é solicitada pelo Tomador do Seguro, mediante comunicação à Seguradora, com uma antecedência mínima de 90 dias em relação à data de vencimento, no âmbito dos planos em comercialização. A partir da data de início do novo plano, são considerados períodos de carência relativos a novas coberturas ou a aumentos de capital nas coberturas do plano anterior.

### CLÁUSULA 19ª

#### Direito de Livre Resolução

1. O Tomador do Seguro que seja pessoa singular, dispõe de um prazo de 30 dias, a contar da recepção da Apólice, para resolver o contrato, mediante comunicação por escrito, em suporte de papel ou outro meio duradouro disponível e acessível à Seguradora.
2. O prazo referido no nº 1 conta-se a partir da data da celebração do contrato, desde que o Tomador do Seguro nessa data disponha, em papel ou noutro suporte duradouro, de todas as informações relevantes sobre o seguro que tenham de constar da Apólice.
3. O exercício do direito de livre resolução determina a cessação do contrato, extinguindo todas as obrigações dele decorrentes, com efeitos a partir da celebração do mesmo, tendo a Seguradora direito:
  - a) Ao valor do prémio calculado pro rata temporis, na medida em que tenha suportado o risco até à resolução do contrato;
  - b) Ao montante das despesas razoáveis que tenha efectuado com exames médicos, sempre que esse valor seja imputado contratualmente ao Tomador do Seguro.

### CLÁUSULA 20ª

#### Resolução do Contrato e Exclusão da Pessoa Segura

1. O contrato de seguro pode ser resolvido por qualquer das partes, a todo o tempo, havendo justa causa, nos termos gerais.
2. A resolução do contrato por falta de pagamento do prémio fica sujeita ao disposto nas disposições legais e contratuais aplicáveis.
3. A resolução do contrato produz os seus efeitos às 24 horas do próprio dia em que se verifique.
4. A Pessoa Segura poderá, no seguro de grupo contributivo, ser excluída do seguro quando não entregue ao Tomador do Seguro ou à Seguradora, consoante o que estiver convencionado, a quantia destinada ao pagamento do prémio, aplicando-se, com as devidas adaptações, as regras sobre a falta de pagamento de prémios no que respeita à adesão.
5. A Pessoa Segura poderá, ainda, ser excluída quando ela ou o beneficiário, com conhecimento daquela, pratique actos fraudulentos em prejuízo da Seguradora ou do Tomador do Seguro.
6. A exclusão da Pessoa Segura prevista no antecedente número 5 não tem eficácia retroactiva e deve ser exercida, por declaração escrita, com aviso prévio de 8 dias, pela Seguradora.

### CAPÍTULO V

#### Caducidade

### CLÁUSULA 21ª

#### Caducidade do Contrato

1. O contrato de seguro caduca automaticamente na data do seu termo, tratando-se de seguro celebrado por um período de tempo certo e determinado.
2. Tratando-se de seguro celebrado por um ano a continuar pelos anos seguintes, cada uma das adesões caduca automaticamente:
  - a) No termo da anuidade de seguro em que a Pessoa Segura deixe de reunir as condições que lhe permitiram integrar o grupo seguro;



- b) No termo da anuidade em que a Pessoa Segura completar a idade limite estabelecida pela Seguradora nas Condições Particulares;
- c) No termo da anuidade em que a Pessoa Segura deixe de fazer parte do agregado familiar, ou no caso de descendente ou adoptado, deixe de estar abrangido pelo esquema oficial de concessão do abono de família.

## CAPÍTULO VI

### Prestação Principal da Seguradora

#### CLÁUSULA 22ª

##### Valores Seguros e Franquias

1. Os valores máximos garantidos por esta Apólice assim como as franquias contratadas, constam das Condições Particulares e vigoram em cada anuidade do contrato.
2. A Seguradora garante à Pessoa Segura o pagamento das despesas efectuadas, até ao limite contratado, em cada período de vigência do contrato.
3. Salvo convenção em contrário, nas situações de acerto de vencimento, os valores garantidos são proporcionais ao tempo em risco.

#### CLÁUSULA 23ª

##### Sub-Rogação

1. A Seguradora, uma vez paga a indemnização, fica, nos termos da Lei, sub-rogado, até à concorrência do valor da mesma, em todos os direitos da Pessoa Segura contra terceiro responsável pelos prejuízos, obrigando-se aquela a praticar o que necessário for para efectivar esses direitos.
2. A Pessoa Segura responderá por perdas e danos por qualquer acto ou omissão voluntária que possa impedir ou prejudicar o exercício desses direitos.

#### CLÁUSULA 24ª

##### Compensação de Créditos

No acto de pagamento de qualquer importância ao abrigo deste contrato, a Seguradora, sempre que a Lei o permita, poderá proceder ao desconto de quaisquer quantias que lhe sejam devidas pelo Tomador do Seguro ou pela Pessoa Segura.

#### CLÁUSULA 25ª

##### Coexistência de Contratos

1. O Tomador do Seguro e/ou Segurado ficam obrigados a participar à Seguradora, sob pena de responderem por perdas e danos, à existência de outros seguros com o mesmo objecto e garantia.
2. Se à data do sinistro existir mais do que um contrato de seguro, com o mesmo objecto e cobertura, a presente Apólice apenas funcionará em caso de inexistência, nulidade, ineficácia ou insuficiência de seguros anteriores.

## CAPÍTULO VII

### Obrigações e Direitos das Partes

#### CLÁUSULA 26ª

##### Obrigações do Tomador do Seguro e da Pessoa Segura

1. Em caso de Sinistro coberto pelo presente contrato, o Tomador do Seguro e a Pessoa Segura, sob pena de responderem por perdas e danos, obrigam-se a:





- a) Tomar as medidas ao seu alcance para evitar o agravamento do sinistro;
- b) Participar o sinistro à Seguradora, por escrito, nos 8 dias imediatos à sua ocorrência;
- c) Realizar, sempre que solicitados, exames que serão suportados pela Seguradora em Médicos por ela designados, cessando a responsabilidade do mesmo se o não fizer;
- d) Autorizar, no âmbito de sinistro que motive um pedido de prestação ou de reembolso por cuidados de saúde ao abrigo do contrato de seguro, os Médicos e outros profissionais ou instituições de saúde a que tenha recorrido, a prestar ao Médico que a Seguradora designar, as informações por este solicitadas relativas ao seu estado de saúde e aos serviços clínicos prestados.

2. No regime de prestações por reembolso, o Tomador do Seguro e a Pessoa Segura obrigam-se ainda a apresentar à Seguradora os recibos originais das despesas, no prazo máximo de até 30 dias caso o pagamento tenha sido em Angola e 90 dias fora de Angola, a contar da data da sua realização. Sempre que os originais tenham sido utilizados pela Pessoa Segura para pedido de reembolso de despesas a outra entidade, podem ser apresentadas fotocópias dos mesmos, desde que acompanhados de declaração emitida pela mesma entidade que faça prova do valor total da despesa, e do valor do reembolso; de igual modo, sempre que a Pessoa Segura necessite de apresentar os originais para efeitos de pedido de reembolso posterior a outra entidade, apresentará para o efeito fotocópias dos mesmos, acompanhadas de declaração emitida pela Seguradora, por forma a fazer prova do valor total da despesa e do valor do reembolso.

3. A Seguradora não assume a responsabilidade pelas consequências de atraso ou negligência imputáveis à Pessoa Segura no recurso à assistência, o mesmo acontecendo se ela se recusar a seguir os tratamentos prescritos.

4. O Tomador do Seguro e a Pessoa Segura, respondem nos termos legais por perdas e danos, nos casos de fraude, simulação e falsidade para justificar despesas de saúde ou em qualquer outro uso de meios dolosos, que visem uma utilização abusiva do contrato para obter um benefício ilegítimo.

#### **CLÁUSULA 27ª**

##### Ónus da Prova

Impende sobre a Pessoa Segura o ónus da prova da veracidade das declarações, podendo a Seguradora exigir-lhe os meios de prova adequados e que estejam ao seu alcance.

#### **CLÁUSULA 28ª**

##### Obrigações da Seguradora

Constitui obrigação da Seguradora o cumprimento pontual dos seus compromissos perante o Tomador do Seguro e as Pessoas Seguras, nomeadamente:

- a) Fornecer o cartão ALIANÇA SEGUROS/MEDIPLUS referido na Cláusula 16ª, bem como disponibilizar informações sobre os serviços da(s) Rede(s);
- b) Analisar com prontidão e diligência os pedidos de autorização, decidindo sobre os mesmos em prazo não superior a 5 dias úteis, contados desde a data em que forem recebidos todos os elementos necessários à sua apreciação;
- c) Proceder ao reembolso das prestações, no prazo máximo de 30 dias úteis a contar da data em que foi efectuado o apuramento das participações a pagar, de acordo com o estipulado nas Condições Particulares. Se decorrido este prazo, a Seguradora, na posse de todos os elementos indispensáveis ao reembolso das prestações, não tiver realizado essa obrigação, por causa não justificada ou que lhe seja imputável, incorrerá em mora, vencendo a indemnização juros à taxa legal em vigor.

#### **CLÁUSULA 29ª**

##### Responsabilidade da Seguradora em Caso de não Renovação do Contrato

1. Em caso de não renovação do contrato, ou tratando-se de seguro de grupo, em caso de não renovação da adesão da Pessoa Segura, a Seguradora fica, pelo período de 1 ano e até que se mostre esgotado o capital seguro disponível na anuidade em que o contrato ou a adesão, tratando-se de seguro de grupo, cessou, com a obrigação de efectuar as prestações contratualmente devidas, em consequência de doenças manifestadas ou acidentes ocorridos durante o período de vigência da Apólice, desde que cobertos pelo seguro;



2. A obrigação prevista no número anterior, apenas se verifica em relação a doenças ou acidentes ocorridos e cobertos no período de vigência das garantias, desde que efectuada a respectiva comunicação à Seguradora nos 30 dias imediatos ao termo do contrato, salvo justo impedimento.

## CAPÍTULO VIII

### Disposições Diversas

#### CLÁUSULA 30ª

##### Comunicações e Notificações entre as Partes

1. As comunicações e notificações do Tomador do Seguro e da Pessoa Segura previstas nesta Apólice, consideram-se válidas e plenamente eficazes caso sejam efectuadas por escrito ou por outro meio do qual fique registo duradouro para a sede social da Seguradora.
2. Todavia, a alteração de morada ou de sede do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura, deve ser comunicada à Seguradora nos 30 dias subsequentes à data em que se verifiquem, sob pena das comunicações ou notificações que a Seguradora venha a efectuar para a morada desactualizada se terem por válidas e eficazes.
3. As comunicações e notificações da Seguradora previstas nesta Apólice, consideram-se válidas e plenamente eficazes caso sejam efectuadas por escrito ou por outro meio do qual fique registo duradouro, para a última morada do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura constante do contrato, ou entretanto comunicada nos termos previstos no número anterior.

#### CLÁUSULA 31ª

##### Eficácia em Relação a Terceiros

As excepções, invalidades e demais disposições que, de acordo com o presente contrato ou com a Lei, sejam invocáveis face ao Tomador do Seguro ou à Pessoa Segura, sê-lo-ão igualmente em relação a Terceiros que dele beneficiem.

#### CLÁUSULA 32ª

##### Lei Aplicável

A Lei Aplicável ao presente contrato é a Angolana.

#### CLÁUSULA 33ª

##### Reclamações

A apresentação de qualquer reclamação relacionada com o presente contrato ou com as obrigações e direitos deles decorrentes, pode ser efectuada directamente à Seguradora ou através do Instituto de Supervisão de Seguros, autoridade de supervisão da actividade seguradora

#### CLÁUSULA 34ª

##### Arbitragem

Nos litígios surgidos ao abrigo deste contrato pode haver recursos à arbitragem, a efectuar nos termos da lei.

#### CLÁUSULA 35ª

##### Foro Competente

O foro competente para dirimir qualquer litígio emergente deste contrato é o do local da emissão da Apólice, sem prejuízo do estabelecido na Lei Angolana no que respeita à competência territorial em matéria de cumprimento de obrigações.



## CAPÍTULO IX

### Condições Especiais

#### CLÁUSULA 36ª

#### Coberturas Contratadas

##### 1. A cobertura Médico Assistente que compreende:

I. Consultas médicas de clínica geral, por agendamento ou urgentes, efectuadas por médicos de família reconhecidos pela ordem dos Médicos de Angola, em rede de clínicas especialmente vocacionadas para o conceito de Medicina Familiar, em horários previamente definidos.

II. Inscrição gratuita na lista de um Médico Assistente livremente escolhido e renovável anualmente.

III. Orientação, supervisão e acompanhamento directo ou indirecto pelo Médico Assistente na realização de Exames de diagnóstico (Análises Clínicas, Imagem, Cardiológicos, Endoscopias e outros), Tratamentos e Internamentos.

##### 2. A cobertura Medicamentos que compreende:

###### I. Cobertura

A presente Condição Especial garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, o pagamento de despesas efectuadas, em Angola, com medicamentos, que como tal se encontrem classificados pela autoridade competente do Ministério da Saúde, desde que prescritos por um Médico para tratamento de doença ou acidente que tenham cobertura na apólice.

###### II. Exclusões de Medicamentos

Para além das exclusões previstas nas Condições Gerais, a presente Condição Especial não garante:

- a) Champôs, sabonetes, pastas medicinais e similares;
- b) Produtos de estética, cosmética e higiene;
- c) Produtos dietéticos, homeopáticos ou manipulados;
- d) Anticoncepcionais e dispositivos intra-uterinos;
- e) Vacinas, com excepção das do foro alergológico;
- f) Alimentação infantil;
- g) Artigos sanitários e anti-sépticos;
- h) Material de penso;
- i) Produtos para tratamento da obesidade.

###### III. Regime de Prestações

As coberturas desta Condição Especial são garantidas no regime de prestações por reembolso ou nos limites estabelecidos nas condições particulares, em rede de farmácias protocoladas.

##### 3. A Cobertura Ambulatório que compreende:

###### I. Cobertura

A presente Condição Especial garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, o pagamento de despesas efectuadas, em Angola, com os actos de diagnóstico ou terapêutica, que não requeiram os meios e serviços específicos de ambiente hospitalar, mesmo que nele sejam realizados.

Ficam abrangidas por esta Condição Especial as despesas efectuadas com:

- a) Honorários de Consultas Médicas;
- b) Honorários médicos e de enfermagem relativos a outros actos médicos realizados em regime Ambulatório;
- c) Materiais e produtos associados aos actos médicos realizados em regime Ambulatório;



- d) Exames Auxiliares de Diagnóstico;
- e) Tratamentos do foro da Medicina Física e de Reabilitação, incluindo terapia da fala, desde que prescritos por médico no limite de 15 sessões por ano.

## II. Exclusões de Ambulatório

Para além das exclusões previstas nas Condições Gerais, a presente Condição Especial não garante:

- a) Consultas, tratamentos, cirurgia e próteses do foro estomatológico;
- b) Exercícios de Ortóptica;
- c) Próteses e Ortóteses;
- d) Medicamentos.

## III. Regime de Prestações

As coberturas desta Condição Especial são garantidas no regime de prestações na rede e/ou no regime de prestações por reembolso, conforme definido nas Condições Particulares ou no Certificado Individual de Adesão.

O acesso aos serviços garantidos por esta Condição Especial carece de prévia autorização nos seguintes casos.

### a) Consultas

- Genética
- Consultas Domiciliárias

### b) Exames Auxiliares de Diagnóstico e Meios Terapêuticos

- Polissonografia;
- Ressonância Magnética Nuclear;
- Meios invasivos de diagnóstico e terapêutica em Cardiologia;
- Meios invasivos de diagnóstico e terapêutica vascular;
- Hemodiálise;
- Radioterapia;
- Tratamentos do foro da Medicina Física e de Reabilitação;
- ...

## 4. Cobertura Internamento que compreende:

### I. Cobertura

A presente Condição Especial garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, o pagamento de despesas efectuadas, em Angola, adiante indicadas, com os actos de diagnóstico ou terapêutica, cuja realização requeira os meios e serviços específicos de ambiente hospitalar, com internamento por período igual ou superior a 24 horas. Ainda que o internamento tenha duração inferior a 24 horas, está também garantido o pagamento das despesas acima referidas, quando decorrentes de cirurgia de ambulatório cuja valorização relativa seja igual ou superior a 100 K, de acordo com as valorizações estabelecidas na Tabela de Valores de Actos Médicos.

Ficam abrangidas por esta Condição Especial as despesas efectuadas com:

- a) Acomodação e utilização das infraestruturas necessárias para a realização dos actos médicos (diárias, bloco operatório e equipamentos);
- b) Honorários médicos e de enfermagem, relacionados com a assistência prestada;
- c) Medicamentos, materiais e todos os produtos associados aos cuidados prestados;
- d) Exames auxiliares de diagnóstico, associados aos actos médicos realizados;
- e) Material de osteosíntese e próteses intra-cirúrgicas;
- f) Cirurgias de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilo-Facial que resultem de acidente coberto pelo contrato;
- g) Tratamentos de Quimioterapia Citostática e Radioterapia, ainda que realizadas em Ambulatório.



## II. Exclusões

- Para além das exclusões previstas nas Condições Gerais, a presente Condição Especial não garante despesas;
- Decorrentes da realização de pequena cirurgia, qualquer que seja o período de permanência na Unidade Hospitalar;
- Decorrentes de Parto Normal, Cesariana e Interrupção Involuntária da Gravidez;
- Efectuadas por acompanhantes da Pessoa Segura, excepto em caso de internamento hospitalar de menores até aos catorze anos de idade ou de cidadãos portadores de deficiência congénita ou adquirida;
- Despesas de natureza particular.

## III. Regime de Prestações

As coberturas desta Condição Especial são garantidas no regime de prestações na rede e/ou no regime de prestações por reembolso, conforme definido nas Condições Particulares ou no Certificado Individual de Adesão. Para a prestação em rede carecem sempre de autorização, que deve ser solicitada através do Serviço de Apoio ao Cliente. No entanto, as despesas relativas a honorários médicos, são garantidas tanto no regime de prestações na rede como no regime de prestações por reembolso, limitadas ao valor de K indicado nas Condições Particulares ou no BOLETIM DE ADESÃO INDIVIDUAL.

## 5. A cobertura Maternidade que compreende:

### I. Cobertura

A presente Condição Especial garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, o pagamento das despesas efectuadas, em Angola, com os actos de diagnóstico ou terapêutica, inerentes a Parto Normal, Cesariana e Interrupção Involuntária da Gravidez, que requeiram os meios e serviços específicos de ambiente hospitalar.

Ficam abrangidas por esta Condição Especial as despesas efectuadas com:

- Acomodação e utilização das infra-estruturas necessárias para a realização dos actos médicos (diárias, bloco operatório e equipamentos);
- Honorários médicos e de enfermagem relacionados com a assistência prestada;
- Materiais e todos os produtos associados aos cuidados prestados;
- Exames auxiliares de diagnóstico da Pessoa Segura efectuados durante o período de internamento;
- Medicamentos ministrados à Pessoa Segura durante o internamento hospitalar;
- Consultas, exames e procedimentos relativos ao período pré natal.

### II. Exclusões

As despesas necessárias para com o recém-nascido, após alta da mãe, só ficam garantidas se o Tomador do Seguro solicitar à Seguradora a pré-adesão até 60 dias antes do nascimento, complementada com uma adesão definitiva até 30 dias após o nascimento. Neste caso, aceite a inclusão do recém-nascido como Pessoa Segura, será devido o correspondente prémio a partir do seu nascimento.

Para além das exclusões previstas nas Condições Gerais, a presente Condição Especial não garante:

- Despesas de natureza particular;
- Despesas com acompanhantes;

### III. Regime de Prestações

As coberturas desta Condição Especial são garantidas no regime de prestações na rede e/ou no regime de prestações por reembolso, conforme definido nas Condições Particulares ou no Certificado Individual de Adesão. Para a prestação em rede carecem sempre de autorização, que deve ser solicitada através do Serviço de Apoio ao Cliente. No entanto, as despesas relativas a honorários médicos, são garantidas tanto no regime de prestações na rede como no regime de prestações por reembolso, limitadas ao valor de K indicado nas Condições Particulares ou no BOLETIM DE ADESÃO INDIVIDUAL.

## 6. Estão cobertos os atendimentos de urgência e emergência, observando que:

- Para os atendimentos de urgência decorrentes de acidentes pessoais, o atendimento ocorrerá sem restrições, depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas da adesão do Beneficiário ao SEGURO DE SAÚDE ALIANÇA SEGUROS.



II. Durante o cumprimento do período de carência para internamento (180 dias), serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência, inclusive os referentes ao processo gestacional, limitados às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internamento.

III. Depois de cumprida a carência para internamento (180 dias), haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internamento, bem como dos atendimentos de urgência decorrentes de complicações no processo gestacional, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções.

IV. Nos casos que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, camas de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados com as doenças e lesões preexistentes, haverá atendimento limitado às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internamento.

7. A Cobertura de Emergência Médica, Evacuação e Expatriamento que compreende:

I. Cobertura

As garantias conferidas por esta Condição Especial só são accionáveis se se verificar uma situação de emergência médica em Angola.

II. Exclusões

Estão expressamente excluídas as despesas de tratamento.

III. Regime de Prestações

A cobertura desta Condição Especial é garantida no regime de prestações na rede, por solicitação através do Serviço de Apoio ao Cliente, nos seguintes termos.

a) Avaliação da Natureza e Gravidade da ocorrência

Caso se verifique o internamento da Pessoa Segura, a Seguradora garante, através da sua equipa médica e em conjunto com o Médico Assistente da Pessoa Segura, a avaliação da natureza e gravidade da situação clínica, bem como o acompanhamento da sua evolução, disponibilizando essa informação à família, caso tal seja solicitado.

b) Aconselhamento e Informação Médica de Emergência

A Seguradora garante à Pessoa Segura a possibilidade de, em caso de emergência, contactar o serviço telefónico de aconselhamento e informação médica, que prestará o seu apoio, tendo em vista a adopção de medidas que visem a melhoria da saúde da Pessoa Segura, podendo accionar os meios de socorro disponíveis e indicados para tais situações. O aconselhamento e apoio médico concedidos ao abrigo desta Condição Especial visam a identificação dos sintomas que a Pessoa Segura comunicar telefonicamente ao serviço, cabendo a este sugerir a utilização dos meios mais adequados ao tipo de situação comunicada, com indicação eventual da necessidade de recurso a cuidados médicos presenciais ou de outro tipo de acções. A responsabilidade desta cobertura fica, pois, limitada à responsabilidade decorrente deste tipo de acto médico nas circunstâncias não presenciais em que é praticado.

c) Transporte de Urgência da Pessoa Segura para Unidade Hospitalar Apropriada.

A Seguradora garante, sempre que o seu estado de saúde da Pessoa Segura o justifique, o direito a:

I. Transporte de urgência em ambulância até à unidade hospitalar mais próxima;

II. Transporte desde a unidade hospitalar em que se encontre internada para outra unidade hospitalar que lhe seja indicada;

III. Transporte de regresso ao seu domicílio habitual, após alta médica.

d) Transporte da Pessoa Segura para Fora de Angola por Avião Sanitário ou Voo Comercial

Se a Pessoa Segura necessitar de tratamento que não possa ser prestado em unidade hospitalar em Angola, a Seguradora providenciará a sua transferência, sendo de sua responsabilidade avaliar a situação e os meios disponíveis adequados e de custo razoável a preço de mercado, por avião sanitário ou voo comercial, para unidade hospitalar fora de Angola onde possam ser prestados os cuidados médicos necessários. Cada evacuação será decidida e supervisionada pela equipa médica da Seguradora.



Ficam, ainda, garantidos, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, o pagamento das despesas relativas a dormida, efectuadas por um acompanhante da Pessoa Segura em Internamento Hospitalar de menores até aos catorze anos de idade ou de cidadãos portadores de deficiência congénita ou adquirida.

Esta garantia tem como limite máximo três dormidas, por sinistro e por anuidade.

e) Repatriamento da Pessoa Segura Doente ou dos Seus Restos Mortais para Angola ou País da sua Nacionalidade  
Se a Pessoa Segura tiver sido transportada para fora de Angola ao abrigo da garantia de Transporte da Pessoa Segura por avião sanitário ou voo comercial, a Seguradora garantirá o seu repatriamento para Angola ou país da sua nacionalidade, quando tal for clinicamente aconselhável ou caso faleça em consequência da doença que deu origem ao referido transporte.

8. A Cobertura Internacional que compreende:

Esta cobertura funciona apenas no regime de prestações por reembolso, mantendo-se para todas as coberturas e sub-coberturas as mesmas condições especiais previstas para Angola.

### CLÁUSULA 37ª

#### Atendimento na Rede Convencionada

1. Está disponível a nível nacional uma rede convencionada para acesso aos serviços cobertos. A pessoa segura, no momento da sua inclusão no Seguro de Saúde, terá o acesso às informações da rede convencionada, através do portal da MEDIPLUS, contendo o nome, endereço e telefone da rede prestadora de serviços assistenciais de saúde à sua disposição.

2. Para utilização da rede convencionada, é indispensável a identificação da Pessoa Segura, mediante apresentação de cartão de saúde, cuja validade não esteja expirada, acompanhado de documento oficial de identificação.

- a) O cartão de saúde é pessoal, de uso restrito e intransferível, respondendo o beneficiário por sua utilização indevida.
- b) A perda, extravio, roubo ou furto do cartão deverá ser, imediatamente comunicada.
- c) A emissão de novo cartão será efectuada a solicitação e a expensas da Pessoa Segura.
- d) É obrigatória a devolução do cartão no acto de cancelamento da inscrição.

3. Dependerão de prévia autorização da MEDIPLUS, para poder ter direito aos benefícios do Seguro de Saúde:

- I. Nos Seguros de Saúde PP, os atendimentos que não sejam em Prestador Preferencial.
- II. Os atendimentos em regime de Internamento, incluindo obstetrícia.
- III. Os atendimentos em regime de ambulatório, constantes de relação específica preparada pela MEDIPLUS.

4. A solicitação de autorização de atendimento será obrigatoriamente instruída com documentos que justifiquem a concessão dos benefícios, tais como, relatório médico, diagnóstico, resultado de exames complementares, etc., a critério da MEDIPLUS. A MEDIPLUS poderá, com base em critérios técnicos, condicionar a autorização à recomendação de avaliação médica.

5. Os atendimentos realizados por profissionais ou estabelecimentos convencionados serão pagos directamente pela ALIANÇA SEGUROS, que poderá cobrar do Beneficiário, através de desconto em folha de vencimento ou outros, os valores devidos a título de co-participação e aqueles que não tiverem cobertura prevista neste Regulamento.

I. Os Beneficiários não serão ressarcidos por pagamentos feitos directamente a estabelecimentos e profissionais convencionados, excepto se expressamente autorizados pela MEDIPLUS.

6. A MEDIPLUS reserva-se o direito de alterar a rede de prestadores de serviços.

I. É facultada a substituição de entidade hospitalar ou Clínica, desde que por outra equivalente e mediante comunicação ao Beneficiário e ao tomador com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infracção das normas sanitárias em vigor.

II. Na hipótese da substituição de entidade hospitalar ocorrer por vontade da MEDIPLUS durante o período de internamento de algum Beneficiário, será garantido o pagamento das despesas relacionadas com a internamento até a alta hospitalar, estabelecida pelo médico assistente, excepto nos casos de infracção às normas sanitárias, quando a MEDIPLUS providenciará, às suas expensas, a transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência.



7. Quando esteja indicado uma consulta, exame, tratamento ou procedimento específico, ou nos casos em que a auditoria da MEDIPLUS recomende a realização do procedimento por determinado profissional ou ainda quando um Acto médico ou procedimento (consulta, exame, tratamento, Cirurgia ou internamento) não possa ser assegurado convenientemente no (s) Prestador Preferencial definido, é permitido ao médico assistente, com conhecimento à MEDIPLUS, o encaminhamento a outros prestadores da rede convencionada.

I. Para os Beneficiário que residam habitualmente fora de Luanda ou quando ocasionalmente estejam fora de Luanda e no caso de inexistência de Prestador Preferencial nessa localidade deverão dirigir-se a Prestador da Rede MEDIPLUS sendo aplicado o regime previsto para Prestadores da Rede MEDIPLUS. Nos casos de ausência, inexistência ou indisponibilidade de prestador convencionado na localidade demandada pelo Beneficiário, será permitido o direcionamento a outro prestador, com o direito a solicitar posteriormente à SEGURADRA o reembolso, nos termos e condições previstas neste Regulamento.

II. O reembolso do atendimento garantido pela MEDIPLUS, previsto no parágrafo anterior, será integral, descontados eventuais valores devidos a título de co-participação.

### **CLÁUSULA 38ª**

#### Comparticipação (Co-Pagamentos)

Nos termos das condições particulares poderá haver lugar ao pagamento de participação pecuniária, que será executada conforme abaixo.

I. Todos os atendimentos de Médicos Assistente do Seguro de Saúde serão gratuitos e não haverá lugar a qualquer co-pagamento.

II. As consultas médicas, as despesas com a realização de exames e outros procedimentos médicos e terapêuticos em regime de Ambulatório, as urgências e emergências bem como os internamentos hospitalares será cobrado uma importância no montante previsto nas condições particulares, podendo estar isenta em Prestador Preferencial.

III. A Cobertura de Medicamentos será assegurada por mecanismo de reembolso. Quando em rede protocolada poderá haver lugar a um co-pagamento pela Pessoa Segura conforme previsto nas condições particulares.

### **CLÁUSULA 39ª**

#### Atendimento Fora da Rede Convencionada

1. Além dos atendimentos pelo Médico Assistente do Seguro de Saúde e em Prestador Preferencial, ou na restante rede convencionada com a MEDIPLUS, poderá o Beneficiário ter necessidade de recorrer, nos casos previstos neste Contrato, a Prestador não Convencionado.

Quando tal ocorrer, a Pessoa Segura poderá solicitar à MEDIPLUS o reembolso de despesas realizadas fora da rede convencionada, limitado o atendimento às coberturas previstas nas Condições particulares e aos valores contratualizados pela MEDIPLUS com sua própria rede convencionada de serviços.

a) O reembolso será no máximo de 60% das despesas elegíveis e está sujeito à entrega dos seguintes documentos originais;

I. Honorários Médicos: recibos/ventas a dinheiro, constando o nome do Beneficiário, e N.º Fiscal legíveis do profissional/estabelecimento, discriminando o(s) serviço(s) prestado(s);

II. Exames: recibos discriminando os exames realizados com os respectivos valores, e pedido do médico assistente (original ou cópia).

III. Medicamentos: recibos e prescrição médica, constando o nome do Beneficiário, data, Código da Ordem profissional e assinatura do profissional;

IV. Fisioterapia: prescrição médica contendo o código da ordem dos Médicos e o n.º de sessões a serem realizadas, de acordo com os limites e condições estabelecidos no presente Instrumento, recibos, constando o nome do Beneficiário, e N.º Fiscal legíveis do profissional/estabelecimento, discriminando o(s) serviço (s) prestado (s), assinatura do profissional e número de sessões realizadas e o código do procedimento.

V. Outras despesas: recibos, discriminando os procedimentos realizados com os respectivos valores, e pedido do médico assistente (original ou cópia).





b) O pedido de reembolso acompanhado da documentação exigida deverá ser realizado pelo Beneficiário, no prazo máximo de 1 (um) mês após a realização do procedimento.

c) Os pagamentos serão feitos, preferencialmente, através de crédito em conta corrente do Beneficiário, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação de todos os documentos exigidos.

2. A MEDIPLUS poderá, a seu critério e a qualquer tempo, realizar diligências às despesas relativas a procedimentos cobertos pelo Seguro de Saúde, através da realização de sindicâncias, auditorias e averiguações que entender necessárias, obrigando-se os Beneficiários a colaborar para elucidação de dúvidas e a submeter-se a eventuais avaliações periciais.

3. Pelo sistema de Reembolso, haverá o reembolso das despesas, nos limites de cobertura previstas neste Regulamento e pelos valores constantes nas listas de referência do Seguro de Saúde, constantes neste Regulamento.

a) Para fins de reembolso, serão também descontados os percentuais de co-participação que o Beneficiário teria de arcar se utilizasse a rede convencionada, calculados com base no valor pago pelo Beneficiário ou do preço da LPP, o que for menor.

b) Em nenhuma hipótese haverá o reembolso acima do valor pago pelo Beneficiário.

c) Eventuais débitos do Beneficiário com o SEGURO DE SAÚDE serão compensados com os valores a serem reembolsados pela SEGURADORA.



[www.aliانcaseguros.ao](http://www.aliانcaseguros.ao)

**ALIANÇA**  
SEGUROS