

Data Início do Contrato Nova Alteração N° Contrato

Associação / Instituição

N° de Associado / Funcionário

TOMADOR DO SEGURO

Nome

Sexo F M Data de Nascimento NIF

Estado Civil Email

Morada

Localidade Código Postal

Nacionalidade Doc. Identificação

Telefone Telemóvel

Seg. Social / ADSE

Já tinha seguro anterior? Sim Não N° Contrato

Qual a seguradora?

BIC / SWIFT IBAN

PESSOAS A SEGUARAR

PESSOA SEGURA 1:

(preencher se diferente do tomador do seguro)

Nome

Sexo F M Data de Nascimento NIF

Estado Civil Grau de Parentesco

Nacionalidade Email

R. Seg. Social / ADSE N° Doc. Identificação

Já tinha seguro anterior? Sim Não N° Contrato

Qual a seguradora?

Telefone Telemóvel

PESSOA SEGURA 2:

Nome

Sexo F M Data de Nascimento NIF

Estado Civil Grau de Parenteso

Nacionalidade Email

R. Seg. Social / ADSE N° Doc. Identificação

Já tinha seguro anterior? Sim Não N° Contrato

Qual a seguradora?

Telefone Telemóvel

PESSOA SEGURA 3:

Nome

Sexo F M Data de Nascimento NIF

Estado Civil Grau de Parenteso

Nacionalidade Email

R. Seg. Social / ADSE N° Doc. Identificação

Já tinha seguro anterior? Sim Não N° Contrato

Qual a seguradora?

Telefone Telemóvel

PESSOA SEGURA 4:

Nome

Sexo F M Data de Nascimento NIF

Estado Civil Grau de Parenteso

Nacionalidade Email

R. Seg. Social / ADSE N° Doc. Identificação

Já tinha seguro anterior? Sim Não N° Contrato

Qual a seguradora?

Telefone Telemóvel

PLANO DE SAÚDE E PAGAMENTO

Designação do Plano

Forma de pagamento

Débito Automático

Mediação

Periodicidade de pagamento

Anual

Semestral

Trimestral

Mensal

Referência da autorização (ADD) - a completar pelo credor

Mandate reference - to be completed by the creditor

CREDOR. Os seus direitos incluem a possibilidade de exigir do seu BANCO o reembolso do montante debitado, nos termos e condições acordados com o seu BANCO. O reembolso deve ser solicitado até um prazo de oito semanas, a contar da data do débito na sua conta. Preencha por favor todos os campos assinalados com *.

By signing this mandate form, you authorise the CREDITOR to send instructions to your bank to debit your account and your bank to debit your account in accordance with the instructions from CREDITOR. As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited. Please complete all the fields marked *.

IDENTIFICAÇÃO DO DEVEDOR / DEBITOR IDENTIFICATION

(preencher se o pagamento for por débito automático)

*Nome do(s) devedor(es) / Name of the debtor(s)

*Nome da Rua e número / Street name and number

*Código-Postal / Postal Code

*Cidade / City

*País / Country

* BIC SWIFT / SWIFT BIC

*Número da conta - IBAN / Account number - IBAN

IDENTIFICAÇÃO DO CREDOR

Nome do Credor / Name of the creditor

MGEN MUTUELLE GÉNÉRALE DE L'ÉDUCATION NATIONALE

Identificação do Credor / Creditor Identifier

PT 45ZZZ109798

Nome da Rua e número / Street name and number

RUA CASTILHO N°39 – 12° A

*Código-Postal / Postal Code

1250

066

*Cidade / City

LISBOA

*País / Country

PORTUGAL

TIPO DE PAGAMENTO

(preencher se o pagamento for por débito automático)

Pagamento Recorrente / Recurrent payment *

LOCAL ONDE ESTÁ A ASSINAR / LOCATION IN WICH YOU ARE SIGNING

(assinar se o pagamento for por débito automático)

Localidade / Location

Data / date

Assine aqui por favor / Please sign here

Assinatura(s) / Signature(s)

Os seus direitos, referentes à autorização acima referida, são explicados em declaração que pode obter no seu banco.
Your rights regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank

MEDIADOR:

Código do Mediador

Nome do Mediador

Assinatura do Mediador

DECLARAÇÃO

Para os efeitos do presente Contrato, o Tomador do Seguro, e o Aderente declaram que:

- a) São exatas e completas as declarações prestadas.
- b) Autorizam o tratamento efetuado aos dados pessoais fornecidos e o tratamento de informação que respeite a si recolhida junto de outras entidades para fins de gestão contratual entre a Mútua e os seus subcontratados, de acordo com a obrigação legal a cargo do segurador.
- c) As omissões, inexatidões ou falsidades, são da responsabilidade do Tomador de seguro, Aderente e Pessoas Seguras.
- d) Autorizam os médicos e outros prestadores de cuidados de saúde a que recorram, no âmbito do presente contrato, a facultar aos serviços clínicos da Mútua ou entidade subcontratada por esta, quaisquer informações relacionadas com os serviços prestados e constantes de eventuais declarações de saúde, e abrangidos pelo segredo profissional, incluindo o seu tratamento informático, com a finalidade exclusiva de gestão de sinistros de saúde, análise estatística, tarificação e auditoria.
- e) Tomaram conhecimento de que têm direito de informação, acesso, retificação, adiamento ou supressão dos dados pessoais, mediante comunicação escrita dirigida à Mútua de seguros, de acordo com a obrigação legal a cargo do segurador.
- f) Tomaram conhecimento que a cobertura dos riscos só se verifica com o pagamento do prémio anual devido ou fracionamento deste.
- g) Concordam que as Condições Gerais e Especiais sejam entregues no sítio internet, indicado nas condições Particulares.

Data / Date

Assinatura do Tomador

MGEN MUTUELLE GÉNÉRALE DE L'ÉDUCATION NATIONALE: Mútua de Seguros devidamente autorizada a operar em Portugal em LPS através da sua sede em França, para os ramos de Doença e Acidente, verificável em www.asf.com.pt, com o código de LPS nº 4608/ASF.

Fundada em 1946, em França, por profissionais da Educação unidos por um sentimento de partilha e de necessidade de proteção face às dificuldades que sempre surgem ao longo da vida. A MGEN rege-se pelos princípios da democracia direta, com eficácia solidária.

Sede Social: 3, square Max-Hymans – 75748 Paris Cedex 15.

Em Portugal opera através da sua mandatária Europamut, com sede na Rua Castilho, 39 – 12ºA, 1250-068 Lisboa.

Produto: Plano Saúde Mutualista Coletivo

Rede Clínica: AdvanceCare, salvo menção expressa em contrário no plano de garantias. AdvanceCare é uma das principais redes de prestadores de saúde em Portugal, com cerca de 17.000 prestadores clínicos das várias especialidades, e principais hospitais privados.

Os aderentes MGEN beneficiam do acesso a preços convencionados pelos prestadores de saúde, mesmo no caso de se terem esgotado os capitais previstos no contrato.

Cartão MGEN: Os aderentes MGEN, dependendo do tipo de plano, serão portadores do cartão de acesso à Rede Clínica. Este cartão identifica o tomador, a apólice e o próprio aderente. Mediante a sua apresentação os prestadores convencionados (Hospitais, Clínicas, Médicos, etc.) tomam conhecimento das Garantias do contrato e de quais as condições de que beneficia o seu utilizador.

O cartão tem no verso informação útil relativa à Linha de Assistência MGEN – 707 780 088 – bem como a morada para envio das despesas médicas, em caso de reembolso.

Portal do Aderente: Depois de o aderente se registar no portal, através do site www.mgen.pt, obtém acesso a um conjunto útil de informações relacionadas com a utilização do plano de saúde, pedidos de reembolso e documentação diversa.

Cobertura: O contrato garante ao aderente, em caso de doença, ou acidente ocorrido durante a sua vigência, as garantias, no domínio dos cuidados de saúde que podem integrar: prestações convencionadas na rede clínica, prestações indemnizatórias em regime de reembolso, serviços de assistência e outros, de acordo com os termos constantes nas Condições Particulares contratadas.

Âmbito das Coberturas: Quando expressamente previstos nas Condições Particulares e até aos limites nelas indicadas, ficam garantidos os atos e despesas indicadas nas Condições Especiais a seguir indicadas:

Cobertura de Hospitalização:

1. Considera-se internamento, a estadia da Pessoa Segura numa unidade hospitalar, por um período igual ou superior a 24 horas e que origine o pagamento de uma ou mais diárias.

2. Fica garantido o pagamento das despesas abaixo indicadas, desde que realizadas em ambiente hospitalar e com internamento por período igual ou superior a 24 horas, nomeadamente:

- Honorários médicos;
- Internamento em unidades de cuidados intensivos;
- Quimioterapia e Radioterapia;
- Cirurgia do foro estomatológico, ou maxilo-facial, quando seja consequência de doença grave ou acidente (ocorrido na vigência do presente contrato) e que requeira tratamento de urgência em regime de internamento;
- Diárias da Pessoa Segura;
- Enfermagem não privativa;
- Exames auxiliares de diagnóstico, quando prescritos e realizados durante o internamento;
- Medicamentos administrados durante o internamento;
- Piso de sala de operação e instalações necessárias à realização dos atos médicos (bloco operatório, sala de recobro, etc.) e material usado (gases de anestesia, oxigénio, etc.);
- Transporte terrestre de ambulância de e para uma Unidade Hospitalar, desde que o estado da Pessoa Segura o justifique;
- Cirurgia ou Tratamentos refrativos à miopia, astigmatismo e hipermetropia nas situações em que as dioptrias, para cada olho, são superiores a 3,5 dioptrias, quer em regime de internamento, quer em regime de ambulatório.

2. 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 pelo Código de Nomenclatura e Valor Relativo de Atos Médicos, publicado pela Ordem dos Médicos.

3. Os honorários médicos cirúrgicos garantidos nesta cobertura são limitados aos montantes que resultem do produto entre o valor de "K" indicado nas Condições Particulares e o número de "K" previsto no Código de Nomenclatura e Valor Relativo de Atos Médicos.

4. Não estão cobertas despesas com acompanhantes, exceto nos casos de internamento de crianças de idade inferior a 12 anos.

5. Não estão garantidas despesas de natureza privada, tais como utilização de telefone, aluguer de TV, etc.

6. Não serão consideradas nesta cobertura despesas do foro estomatológico, para além das previstas na alínea d) do ponto 1 do presente artigo.

Cobertura de Assistência Ambulatória:

1. Esta cobertura garante, nos termos e limites fixados nas Condições Particulares, o pagamento das despesas abaixo indicadas, que não requeiram os meios e serviços específicos de ambiente hospitalar, mesmo que nele sejam realizados, nomeadamente:

- Honorários médicos de consultas de clínica geral;
- Honorários médicos de consultas de especialidade;
- Tratamentos ambulatoriais prescritos pelo médico (Serviços clínicos prestados pelo médico, aplicação de injeções, infusões endovenosas, transfusões de sangue, aplicação de oxigénio, pensos cirúrgicos, aplicações de aparelhos de gesso e talas, tratamentos por raio X e laser);
- Exames auxiliares de diagnóstico subscritos pelo médico (Exames radiológicos; Eletrocardiogramas; Eletroencefalogramas; Eletromiogramas; Análises clínicas e anatomopatológicas, Audiogramas);
- Pequena cirurgia realizada fora do Hospital;
- Cirurgia cuja realização requeira os meios e serviços específicos de ambiente hospitalar e atos médicos decorrentes sejam inferiores a 100 K, de acordo com as valorizações estabelecidas pelo Código de Nomenclatura e Valor Relativo de Atos Médicos, publicado pela Ordem dos Médicos;
- Fisioterapia;
- Cinesioterapia;
- Terapia da fala;
- Enfermagem não privativa;
- Transporte terrestre de ambulância de e para uma Unidade Hospitalar em Portugal, desde que o estado da Pessoa Segura o justifique;
- Transporte para uma Unidade Hospitalar no estrangeiro;
- Acupuntura, homeopatia, osteopatia, naturopatia, fitoterapia e Quiropráxia praticados por médicos e técnicos de reconhecida autonomia deontológica no âmbito da rede da AdvanceCare.

2. Os honorários médicos cirúrgicos garantidos nesta cobertura são limitados aos montantes que resultem do produto entre o valor de "K" indicado nas Condições Particulares e o número de "K" previsto no Código de Nomenclatura e Valor Relativo de Atos Médicos.

3. A sedação aplicada no âmbito da realização de exames carece de uma prévia análise clínica, sendo necessário o envio de Relatório Médico.

4. Não são garantidos os produtos de venda livre tais como: fraldas, papas, leites, material de penso, seringas e agulhas, cremes, produtos dietéticos, e outros produtos similares.

5. Não serão consideradas nesta cobertura despesas do foro estomatológico.

Cobertura de Estomatologia:

1. Esta cobertura garante o pagamento, até aos limites fixados nas Condições Particulares, de despesas do foro Estomatológico e/ou maxilo-facial, nomeadamente:

- Consultas e tratamentos;
- Internamento hospitalar;
- Honorários médicos;
- Tratamentos ambulatoriais e outros atos clínicos desde que prescritos por estomatologista;
- Exames auxiliares de diagnóstico, desde que prescritos por médicos estomatologistas, de medicina dentária ou maxilo-facial;
- Limpezas dentárias;
- Ortodontia;
- Aquisição de próteses dentárias;
- Cirurgia do foro estomatológico ou maxilo-facial quando seja consequência de doença.

2. No âmbito desta Condição Especial, não estão garantidos os custos decorrentes da utilização de materiais preciosos.

Cobertura de Próteses e Ortóteses:

1. A presente Condição Especial garante o pagamento, até aos limites fixados nas Condições Particulares, das despesas efetuadas com os instrumentos clinicamente concebidos que substituem total ou parcialmente a perda de um membro ou órgão, bem como aqueles que têm por finalidade ajudar o membro ou órgão a cumprir, no todo ou em parte, as suas funções, desde que prescritas por um médico, nomeadamente:

- Aquisição aros e respetivas lentes graduadas;
- Aquisição de lentes de contacto graduadas, exceto líquidos manutenção;
- Aquisição de próteses e/ou ortóteses auditivas, oftalmológicas, ortopédicas;
- Aquisição de calçado ortopédico;
- Aquisição ou Aluguer de cadeiras de rodas, camas articuladas e outros equipamentos auxiliares com exceção de meias elásticas, pés elásticos, cintas de contenção, cintas de gravidez, lombostatos, punhos elásticos, joelheiras, cotoveleiras, suportes de braço, aparelho de aerossol, tampões auditivos e palmilhas.

2. As despesas associadas às alíneas a) e b), são também garantidas quando prescritas por optometristas, sendo comparticipadas em cada duas anuidades do contrato, exceto quando se verifique a alteração da graduação relativamente à prescrição anterior.

3. No caso das crianças até aos 16 anos, os aros e lentes oculares poderão ser comparticipáveis sem que se verifique a referida alteração de correção, desde que na prescrição médica seja justificada a necessidade de trocar de óculos em consequência do crescimento da criança.

4. Não serão consideradas as situações de furto, roubo, extravio ou quebra de óculos ou lentes, exceto quando consequência de acidente garantido pelo contrato, desde que a respetiva participação do acidente seja acompanhada de documento comprovativo das lesões físicas provocados na Pessoa Segura, elaborado pelo médico, ou unidade hospitalar que prestou assistência.

5. Não serão consideradas nesta cobertura despesas do foro estomatológico.

Cobertura de Medicamentos:

1. A presente Condição Especial garante o reembolso, até aos limites fixados nas Condições Particulares, das despesas efetuadas com a aquisição de medicamentos registados no Infarmed e prescritos por médico credenciado para tratamento exclusivo do beneficiário no que respeite a doenças, afeções, a anticoncecionais ou acidentes até ao limite fixado nas condições particulares.
2. Não serão considerados nesta cobertura os medicamentos não reconhecidos pelo Infarmed ou produtos farmacêuticos manipulados.
3. Para a comparticipação de Vitaminas, é necessário a apresentação da respetiva prescrição e o relatório médico que justifique clinicamente a sua utilização.
4. Para a comparticipação de Vacinas, é necessário a apresentação da respetiva prescrição médica.
5. Nos casos de apólices complementares de subsistemas, apenas serão reembolsados os medicamentos que tenham uma comparticipação prévia (do Serviço Nacional de Saúde ou de um subsistema), incluindo manipulados desde que expressa e previamente comparticipados.

Cobertura de Parto:

1. Esta cobertura garante, até aos limites fixados nas Condições Particulares, o pagamento das despesas relacionadas com o parto (normal ou cesariana) ou interrupção da gravidez, nomeadamente:
 - a) Honorários médicos, nomeadamente de obstetra, médico-cirurgião, anestesista, ajudantes, parteiras quando clinicamente necessários;
 - b) Sala de operações, instrumentos, medicamentos e material utilizado;
 - c) Elementos auxiliares de diagnóstico;
 - d) Tratamentos;
 - e) Diária hospitalar da parturiente e do recém-nascido até 1 mês, desde que este não tenha tido alta;
 - f) Enfermagem não privativa;
 - g) Transporte terrestre de ambulância para uma Unidade Hospitalar em Portugal;
 - h) Despesas relativas a cuidados neonatais.
2. Os honorários médicos cirúrgicos garantidos nesta cobertura são limitados aos montantes que resultem do produto entre o valor de "K" indicado nas Condições Particulares e o número de "K" previsto no Código de Nomenclatura e Valor Relativo de Atos Médicos.
3. Não estão cobertas despesas com acompanhantes ou quaisquer outras de natureza particular.

Cobertura de Acesso à Rede de Bem-Estar:

1. Pela presente cobertura e desde que indicada nas Condições Particulares, a MGEN garante o acesso à rede de Bem-Estar nas condições estabelecidas e pré-convencionadas entre a AdvanceCare e o prestador, nomeadamente:
 - a) Medicinas Alternativas (Acupuntura, Homeopatia, Osteopatia, Quiroprática, Shiatsu);
 - b) Termas;
 - c) Ginásios e Health Clubs;
 - d) Spas;
 - e) Consultas de Nutrição;
 - f) Parafarmácias;
 - g) Podologia;
 - h) Preparação para o parto;
 - i) Psicologia;
 - j) Talassoterapia;
 - k) Terapia da fala;
 - l) Higiene Oral;
 - m) Óticas;
 - n) Outros serviços incluídos na rede.
2. É da responsabilidade da Pessoa Segura a escolha do prestador da rede de bem-estar da AdvanceCare e o pagamento dos respetivos honorários convenionados.

Cobertura de Acesso à Rede HNA Espanha:

1. Pela presente cobertura, desde que indicada nas Condições Particulares, fica garantido o pagamento de despesas de saúde, nos termos e condições a seguir indicados:

De acordo com o estipulado nas Condições Particulares, o presente Contrato poderá produzir efeitos em:

 - a) Âmbito territorial: Espanha, relativamente às despesas indemnizáveis ao abrigo das seguintes Condições Especiais, quando tenham sido subscritas:
 - I. Despesas de Hospitalização, quando motivadas por acidente ocorrido ao abrigo do presente contrato, ou doença;
 - II. Despesas de Assistência Ambulatória;
 - III. Despesas com Medicamentos;
 - IV. Sem prejuízo do acima disposto, a extensão territorial prevista ao abrigo da presente Cláusula Particular não se aplica em relação às despesas de hospitalização motivadas por parto.
2. Condições de Funcionamento
As despesas realizadas ao abrigo das Condições Especiais "Despesas de Hospitalização" e "Despesas de Assistência Ambulatória" apenas ficarão garantidas nos países indicados, desde que efetuadas em regime de prestação convenionada junto dos Prestadores indicados pela Rede HNA ou pela AdvanceCare.
As "Despesas com Medicamentos" realizadas apenas serão objeto de reembolso por parte da Rede HNA ou pela AdvanceCare, desde que os mesmos sejam prescritos por médicos pertencentes a rede convenionada no âmbito de consultas ou atos médicos realizados ao abrigo das Condições Especiais "Despesas de Hospitalização" e "Despesas de Assistência Ambulatória".
Quando, atendendo à natureza da despesa e/ou do ato médico a realizar no estrangeiro, for necessária a pré-autorização da Rede HNA ou da AdvanceCare, as despesas de saúde referidas no ponto 1 só ficarão garantidas desde que a pré-autorização tenha sido solicitada pela Pessoa Segura e previamente aceite pela Rede HNA ou pela AdvanceCare.
A presente extensão territorial não produzirá efeitos em relação às despesas de saúde garantidas ao abrigo da Condição Especial "Despesas de Hospitalização",

quando, de acordo com o estado de saúde da Pessoa Segura, os tratamentos a realizar no estrangeiro tenham uma finalidade meramente paliativa.

3. Pré-Autorização

Para efeitos do disposto no ponto anterior, o pagamento de despesas garantidas ao abrigo da presente Cláusula Particular ficará sempre sujeita à pré-autorização pela Rede HNA ou pela AdvanceCare nos seguintes casos:

- Quaisquer despesas de saúde garantidas ao abrigo da Condição Especial "Despesas de Hospitalização"; Cirurgias realizadas em regime ambulatorio;
- Tratamentos em Hospital em regime ambulatorio; Angioscopia fluorescência e Retinografia; RMN / TAC; Diagnóstico cardiológico; Ecocardiograma, Holter, Ergometria, Doppler; Análises clínicas (especificamente cariótipos); Estudos anatopatológicos especiais; Extração de sinais, quistos e nevos em consulta; Fisioterapia; Radiologia Vasculár; Radioterapia; Quimioterapia e Cobaltoterapia; Todas as Técnicas de Neurofisiologia; Isotópos radioactivos.

Limites na utilização de consultas:

1. A utilização da garantia de consultas de especialidade é limitada por anuidade conforme abaixo indicado, exceto por motivo de patologia comprovada através de relatório médico que o justifique:
 - a) Ginecologia, Dermato-venereologia, Ortopedia, Oftalmologia: 4 consultas;
 - b) Clínica Geral/Medicina Interna: 8 consultas;
 - c) Otorrinolaringologia, Pediatria (dos 2 aos 17 anos, inclusive): 6 consultas;
 - d) Obstetrícia, Pediatria (0-1 anos): 12 consultas;
 - e) Cirurgia Vasculár: 3 consultas;
 - f) Restantes especialidades: 4 consultas por especialidade.
2. As consultas de especialidade abaixo indicadas, estão limitadas por anuidade:
 - a. Psicologia: 4 consultas;
 - b. Psiquiatria: 6 individuais ou 12 grupo.

Limites na utilização de tratamentos:

1. A utilização da garantia de tratamentos de especialidade é limitada por anuidade conforme abaixo indicado, exceto por motivo de patologia comprovada através de relatório médico que o justifique:
 - a) Fisioterapia, Terapia da fala, Psicoterapia, Cinesioterapia: 15 sessões por anuidade;

Cobertura de Check-Up Periódico:

1. Pela presente cobertura, desde que indicada nas Condições Particulares, a MGEN garante:
 - a) o acesso direto à Rede de Prestadores de check-ups integrada na rede da AdvanceCare/MGEN (Opção 1 – onde são garantidos preços convenionados pagos pela pessoa segura) e/ou
 - b) a realização de um Check-up bianual até ao valor e nos termos estabelecidos nas Condições Particulares (Opção 2 - onde a pessoa segura paga um copagamento na rede de check-ups, sendo garantido um check-up de 2 em 2 anos).
2. O Check-up é constituído pelas seguintes prestações:
 - a) Consulta Médica com Relatório;
 - b) Hemograma (Eritrograma+ leucócitos+fórmula leucocitária)
 - c) Velocidade de sedimentação eritrocitária = VS;
 - d) Urina II (análise sumária da urina);
 - e) Glicose;
 - f) Creatinina Urina;
 - g) Creatinina Sérica;
 - h) Ácido Úrico;
 - i) Colesterol total;
 - j) Colesterol HDL;
 - k) Colesterol LDL (calculado);
 - l) Triglicérides;
 - m) TGO;
 - n) TGP;
 - o) Albumina (Pesquisa de...);
 - p) Sangue Oculto (Pesquisa de...);
 - q) Eletrocardiograma simples de 12 derivações c/ interpretação e relatório;
 - r) Raio X Tórax, pulmões e coração (1 incidência);
 - s) Mamografia – 4 incidências, 2 de cada lado (para pessoas seguras com idade superior a 35 anos);
 - t) Antígeno Específico da Próstata = SPA (RIA/EIA)=PSA (para pessoas seguras com idade superior a 35 anos).

Cobertura de Segunda Opinião Médica Internacional:

1. Pela presente cobertura e desde que indicada nas Condições Particulares, em caso de Doença Grave é colocado à disposição do segurado, através da AdvanceCare, um serviço de Segunda Opinião Médica Internacional, possibilitando a obtenção de uma segunda opinião relativamente ao diagnóstico da sua patologia e/ou respetivos tratamento médicos adequados por parte de Médicos Especialistas Internacionais de reconhecido prestígio.
2. A presente cobertura garante o acesso a:
 - a) Apoio clínico personalizado em Portugal para a gestão do seu caso de Segunda Opinião Médica Internacional;
 - b) Compilação de toda a informação clínica necessária;
 - c) Análise do seu caso por parte de Especialistas de renome internacional e emissão de uma segunda opinião sobre o diagnóstico da sua patologia e/ou tratamentos médicos adequados;
 - d) Relatório detalhado em Português sobre o seu caso clínico que incluirá:
 - I. Resumo do caso;
 - II. Motivo da segunda opinião médica internacional;
 - III. Processo de seleção dos Especialistas Médicos Internacionais;
 - IV. Segunda opinião dos Especialistas Médicos Internacionais;
 - V. Currículo dos especialistas selecionados.
3. Para utilizar esta cobertura, o segurado deverá preencher o formulário específico de requisição do serviço de Segunda Opinião Médica Internacional, o qual deverá ser solicitado junto dos serviços da AdvanceCare, através da Linha de Assistência ao Cliente.

4. Para uma correta utilização deste serviço, o segurado deverá entregar toda a documentação clínica que disponha e que lhe seja solicitada pelos serviços clínicos da AdvanceCare, estando a qualidade da Segunda Opinião Médica Internacional emitida dependente da amplitude e rigor dos dados enviados pelo segurado.

5. Exclui-se do âmbito desta cobertura:

- Quaisquer pedidos de Segundo Opinião Médica Internacional solicitados cujos serviços clínicos da AdvanceCare considerem que não se enquadrem no âmbito de um Serviço de Segunda Opinião Médica Internacional tal como referido no Artigo 1º desta cobertura;
- Quaisquer despesas médicas com honorários, medicamentos e/ou internamentos;
- Despesas de transporte e/ou alojamento em Portugal ou no Estrangeiro.

6. A Segunda Opinião Médica Internacional deve ser considerada como um complemento ao parecer do seu médico assistente. Dessa forma, a MGEN e a AdvanceCare não se responsabilizam pela utilização por parte do segurado ou de quaisquer outras pessoas ou entidades da informação apresentada como resposta ao pedido de Segunda Opinião Médica Internacional, estando por isso excluídas quaisquer perdas ou danos originados, direta ou indiretamente, pela opinião dos médicos e/ou profissionais consultados.

Cobertura de Acesso à Rede de Prevenção Dentária:

1. Pela presente cobertura e desde que indicada nas Condições Particulares, a MGEN garante o acesso a uma Rede de Prestadores de serviços na área da medicina dentária, denominada por Dentinet 1, nas condições estabelecidas e pré-convencionadas entre a AdvanceCare e o prestador. Para efeitos da utilização da rede, a Pessoa Segura beneficia do acesso a atos médicos de cuidados dentários, suportando apenas um copagamento específico.

2. Atos médicos garantidos na Rede de Prevenção Dentária:

- Consulta;
- Consulta de Urgência;
- Instrução e Motivação de Higiene Oral Adulto / Criança;
- Profilaxia em Adulto ou Criança;
- Aconselhamento Nutricional para Controlo de Doenças da Cavidade Oral e Aconselhamento Antitabágico para Controlo e Prevenção em Saúde Oral;
- Realização e Interpretação de Radiografia Panorâmica / Ortopantomografia e/ou Periapical, e/ou Interproximal, e/ou Oclusal;
- Realização e Interpretação de Telerradiografia Lateral e/ou frontal;
- Exodontias de dentes decíduos e dentes permanentes monorradiculares e multirradiculares (excluem-se dentes inclusos, exodontias com odontosecção e/ou osteotomia assim como Exodontias de dentes supranumerários);
- Exodontias de fragmentos radiculares (que não necessitem cirurgia maxilo-facial);
- Estudo de reabilitação sobre implantes;
- Ajuste oclusal para próteses, sem montagem em articulador;
- Destartarização Bimaxilar;
- Polimento Dentário;
- Polimento de restauração em amálgama com ou sem selagem marginal;
- Polimento de restauração em resina composta e Polimento de restauração em resina composta e selagem superficial;
- Aplicação Tópica De Fluor (Com Moldeiras);
- Selamento de Fissuras;
- Remoção de Sutura;
- Atestado Médico.

3. Os serviços de cuidados de saúde abrangidos por esta cobertura são garantidos exclusivamente no regime de prestações convencionadas da Rede.

4. Exclui-se: salvo disposição em contrário e sem prejuízo das exclusões constantes nas Condições Gerais, ficam ainda excluídas desta garantia as despesas com:

- Todos os custos com utilização de materiais preciosos;
- Atos Médicos não incluídos na cobertura da Rede de Prevenção Dentária.

5. Período de Carência: não é aplicável qualquer período de carência a esta prestação de serviços.

Cobertura de assistência médica nacional:

1. Pela presente cobertura e desde que indicada nas Condições Particulares, a MGEN, através do prestador de saúde IMA, coloca à disposição do segurado um Serviço de Assistência que garante, mediante solicitação telefónica, em caso de urgência e até aos limites aplicáveis, as seguintes garantias:

- Aconselhamento Médico: através da linha telefónica de atendimento 24 horas por dia, a Pessoa Segura poderá solicitar, à Equipa Médica do Serviço de Assistência:
 - Informação médica referente a doenças;
 - Informação médica referente à prevenção de problemas de saúde;
 - Informação sobre a correta administração de medicamentos;
 - Assessoria na compreensão de relatórios de laboratório, terminologia médica, interpretação de relatórios e diagnósticos;
 - Explicação do funcionamento e preparação prévia necessária à realização de exames médicos complementares;
 - Outras informações de interesse (informação relacionada com saúde infantil, farmácias, etc.).

2. Caso não seja possível fornecer uma resposta imediata, o Serviço de Assistência diligenciará no sentido de efetuar a procura de informações solicitadas e voltará a contactar com a Pessoa Segura para transmitir as respetivas informações. Os Serviços de Assistência não serão responsáveis pelas interpretações da Pessoa Segura nem das eventuais consequências das mesmas. As eventuais informações médicas prestadas não poderão ser entendidas como uma consulta médica e não a substitui, mas tão-somente como uma orientação geral prestada por um dos médicos do Serviço de Assistência:

- Envio de Médico ao Domicílio;
- O Serviço de Assistência garante à Pessoa Segura o envio de um médico ao domicílio, contra um copagamento definido nas Condições Particulares, a efetuar no ato da consulta e diretamente ao médico;

c) No caso de indisponibilidade do médico ou ausência de médico no concelho ou distrito onde a Pessoa Segura se encontra o Serviço de Assistência organiza e suporta o transporte da Pessoa Segura até ao centro clínico mais próximo, suportando o custo da respetiva consulta com um copagamento conforme definido nas Condições Particulares;

d) Garante a entrega dos medicamentos ao domicílio sempre que a Pessoa Segura seja possuidor de um receituário médico. O custo dos medicamentos e respetivas despesas de entrega decorrem a cargo da Pessoa Segura;

e) Transporte em Ambulância.

3. Em caso de necessidade, a IMA organiza o transporte da Pessoa Segura em ambulância do domicílio para o posto de primeiros socorros ou de urgências mais próximo; a IMA não substitui os serviços de emergência públicos, em caso de urgência vital a Pessoa Segura deverá de contactar o serviço de urgência 112. Após alta médica hospitalar e sempre que justificado, por prescrição médica a impossibilidade do cliente se deslocar pelos seus próprios meios, a IMA garante o seu transporte para o domicílio, pelo meio mais adequado à sua situação clínica, de acordo com o parecer do médico da IMA, ou na impossibilidade deste, do médico da unidade hospitalar.

4. O custo dos transportes decorrem a cargo do aderente.

5. Âmbito Territorial: as garantias da presente Condição Especial são válidas em Portugal Continental e nas Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira.

6. Exclui-se: sem prejuízo das exclusões previstas nas Condições Gerais aplicáveis a esta garantia, não fica garantido ao abrigo da presente Condição Especial o reembolso das despesas com:

- Ações de salvamento, assistência médica primária e primeiro transporte medicalizado, sempre que existam e possam ser acionados meios públicos para o efeito.

Cobertura de acesso à rede oftalmológica:

1. A presente Condição Especial garante, desde que indicada nas Condições Particulares, o pagamento das despesas de saúde de cuidados oftalmológicos realizados junto da Rede de Prestadores de Oftalmologia com as consultas ou os tratamentos do foro oftálmico previstos na Tabela de Copagamentos da Rede de Prestadores indicada em www.mgen.pt, em consequência de doença ou acidente ocorrido durante a vigência do contrato.

2. Acesso a um conjunto de atos médicos a realizar por um médico oftalmologista com um valor máximo convencionado de 35,00€, composto por:

- Consulta;
- Tonometria de sopro e de aplanção;
- Auto refractómetro;
- Oftalmoscopia indirecta completa;
- Gonioscopia;
- Biomiocrosopia do fundo ocular ou visão cameral com lente de Goldman.

3. Para o efeito, a Pessoa Segura limitar-se-á a pagar ao Prestador da Rede por ela escolhido, o valor do copagamento a seu cargo, conforme indicado na tabela de Copagamentos de Oftalmologista disponível, sendo o remanescente diretamente pago pela MGEN ao respetivo prestador.

4. Fica ainda garantido o acesso à rede de prestadores para:

- Aquisição de aros e respetivas lentes;
- Aquisição de lentes de contacto;
- Aquisição de próteses oftalmológicas.

Fracionamento: O prémio estipulado no contrato é anual. O fracionamento do prémio não inibe o Tomador do contrato do seu pagamento integral. A MGEN poderá permitir o fracionamento do prémio anual do contrato que poderá ser semestral, trimestral ou mensal, não sendo aplicado quaisquer encargos de fracionamento. Nos casos de fracionamento trimestral ou mensal, o pagamento dos prémios deverá ser obrigatoriamente através do sistema de débito automático em conta.

Aceitação do Risco: A MGEN não solicita o preenchimento de questionário médico, em função do princípio de não discriminação, nem aplica exclusões por pré-existências na Doença. Não são aplicados limites de idade nem na adesão nem na permanência, pelo que os descendentes que sejam dependentes economicamente podem manter-se para além dos 25 anos na apólice.

Cessação das garantias em relação às Pessoas Seguras:

O direito às garantias termina para cada Pessoa Segura nas datas/nos momentos indicados abaixo:

- Data termo de um Contrato Individual, cujo Protocolo estabelecido entre a MGEN e a entidade de Grupo Aberto a que o Aderente está vinculado, tenha sido resolvido, anulado ou denunciado por qualquer das partes;
- No momento da quebra ou rutura da afinidade do Beneficiário relativamente ao Tomador do Seguro;
- No momento em que o Aderente se encontra em quebra, rutura da afinidade, ou deixe de corresponder às condições que lhe conferem o direito de pertencer à entidade de Grupo Aberto.

Considera-se Grupo Aberto o grupo de pessoas, cuja adesão ao contrato de seguro é facultativa, devidamente vinculadas a uma entidade coletiva que celebrou um protocolo para o efeito com a MGEN.

No caso de um beneficiário deixar de fazer parte do grupo seguro, poderá contratar um seguro individual, conforme oferta disponível à data de adesão, especificamente para o efeito.

Inclusão do agregado familiar: Se o tomador pretender efetuar a inclusão do agregado familiar de uma pessoa segura, terá de o fazer para todos os elementos que compõem o respetivo agregado familiar. No entanto a inclusão é facultativa sempre que um dos membro do agregado se encontrar numa das situações abaixo:
- Por motivo de ausência prolongada no estrangeiro;
- Se estiver abrangido por outra apólice de seguro suportada por outra entidade patronal.

A inclusão dos membros do Agregado Familiar no contrato deverá ocorrer na data da sua celebração ou renovação. São, no entanto, aceites inclusões que se

verifiquem nos 60 dias seguintes à adesão do Aderente ou, a qualquer momento, nos casos de casamento, nascimento ou adoção.

Formação do Prémio: O prémio é calculado com base no número de pessoas a segurar e os respetivos escalões etários, bem como a possibilidade de incluir agregados familiares e a percentagem de colaboradores que será efetivamente segura.

Desta forma, qualquer alteração do grupo seguro, no momento da subscrição relativamente à simulação proposta, poderá estar sujeita a uma revisão do prémio, ou mesmo à recusa da MGEN em aceitar o risco.

Períodos de Carência:

1. Salvo disposição em contrário e expressamente referida nas Condições Particulares, a entrada em vigor das garantias deste contrato, em relação a cada uma das Pessoas Seguras, verificar-se-á, em caso de doença, depois de decorrido o período de carência estabelecido para cada uma das despesas ou atos médicos cobertos, a seguir referidos:

- a) O período de carência para qualquer ato médico praticado em consequência de uma doença ou no âmbito da garantia de parto é de noventa (90) dias, com exceção das situações previstas a seguir;
 - b) O período de carência é alargado para trezentos e sessenta (360) dias em caso de intervenção cirúrgica a úlcera gastroduodenal, litotricia renal e vesicular, intervenção cirúrgica do foro ginecológico por patologia benigna, hemoroidectomia, mastectomia por patologia benigna, tiroidectomia por patologia benigna e colecistectomia, rinoseptoplastia e septoplastia, amigdalectomia, adenoidectomia e miringotomia, cirurgia artroscópica, tratamento cirúrgico da apneia do sono, tratamento cirúrgico de varizes, excisão cirúrgica de lesões benignas da pele e tecido celular subcutâneo, tratamentos refrativos à miopia, astigmatismo e hipermetropia, tratamento cirúrgico de hérnias, malformações congénitas, doença grave e doença pré-existente.
2. Não haverá lugar à aplicação de qualquer período de carência em caso de:
- a) Acidente que requeira tratamento de urgência em Hospital, quer em regime de internamento, quer em regime ambulatorio;
 - b) Doença súbita, que ocorra depois do início das garantias e implique tratamento hospitalar urgente;
 - c) Transferência de seguro desde que o seguro anterior tenha o mesmo nível de garantias e capitais, e:
 - I. O período entre a anulação do contrato anterior e a adesão à MGEN não seja superior a 60 dias;
 - II. O contrato anterior tenha estado em vigor no mínimo uma anuidade completa;
 - III. A MGEN solicitará comprovativo das Condições Particulares e recibo anterior;
 - d) Novos colaboradores na empresa (ou novos membros de um Grupo Fechado), quando admitidos há menos de 30 dias (e sempre que o contrato esteja em vigor há pelo menos 90 dias), e respetivos agregados familiares desde que incluídos na mesma altura;
 - e) Para familiares incluídos na apólice por motivo de casamento, nascimento ou adoção há menos de 30 dias e se o restante agregado familiar estiver previamente incluído no contrato.
3. O período de carência começa a contar a partir da data de efeito da adesão de cada um dos Beneficiários, salvo acordo em contrário;
4. Toda e qualquer interrupção de pagamento atempado de prémios obriga à interrupção do período de carência com a mesma duração;
5. Quando, a pedido do Tomador do Seguro, se verificar a ampliação de coberturas ou de capital seguro, respeitar-se-á o período de carência na quota-parte do capital e coberturas alteradas.

Exclusões: Ficam excluídos do presente Contrato de Seguro:

1. Todos os atos médicos praticados em consequência de uma alteração, ou agravamento no estado de saúde do Beneficiário, que tenha sido dolosamente provocado por este;
2. Perturbações provocadas pelo consumo excessivo de álcool, uso de estupefacientes e/ou narcóticos quando não prescritos por receita médica;
3. Perturbações psíquicas e doenças crónicas na medida em que estas impliquem uma hospitalização ou tratamento no domicílio com assistência de uma terceira pessoa em consequência de um estado de dependência.
4. Despesas feitas durante curas de repouso, casas de repouso, lares de terceira idade e outros estabelecimentos similares, bem como os respetivos tratamentos. São também excluídas as despesas relativas a estados de dependência;
5. Tratamentos não reconhecidos oficialmente pela Ordem dos Médicos;
6. Consultas e/ou tratamentos de infertilidade e qualquer método de fecundação artificial;
7. Despesas, tratamentos e atos médicos que não se encontram ao abrigo da definição de serviços clinicamente necessários, nomeadamente tratamentos experimentais ou que necessitem de comprovação da validade clínica ou realizados no âmbito de projetos de investigação;
8. Consultas, tratamentos ou cirurgias estéticas ou plásticas exceto se, em consequência doença maligna, ou acidente ocorrido na vigência do presente contrato, forem considerados clinicamente necessários pelo médico para a sobrevivência e garantia da saúde da Pessoa Segura;
9. Tratamentos, ou cirurgias estéticas/reconstrutivas, decorrentes ou subsequentes das cirurgias de obesidade mórbida;
10. Tratamentos de rejuvenescimento e/ou emagrecimento;
11. Transplante de órgãos e tecidos e suas implicações;
12. Doenças profissionais e Acidentes de Trabalho, bem como os acidentes e doenças cobertas por seguros obrigatórios;
13. Prática profissional de desporto;
14. Prática de desportos e atividades perigosas tais como: Para-quedaismo, Tauromaquia, Boxe, Luta livre, Karaté e outras artes marciais, Alpinismo e Montanhismo, Espeleologia, Caça, Desportos de inverno, Competições desportivas com veículos com ou sem motor;

15. Atos de guerra, declarada ou não, intervenção em atos criminosos, intervenção em rixas, salvo em caso de legítima defesa própria ou alheia, de bens e pessoas;
16. Todas as despesas apresentadas quando o valor máximo da garantia for atingido ou ultrapassado;
17. Todas as despesas não devidamente documentadas pelos recibos originais ou cópias certificadas;
18. Prestações de dependência e de ação social cobertas pelo subsistema;
19. Todas as consultas e exames médicos que sejam considerados benefício social ao abrigo do contrato laboral de cada trabalhador;
20. Todas as despesas em caso de falsas declarações ou omissões do Tomador do Seguro, na declaração inicial do risco, conforme o artigo 9º das presentes Condições Gerais.

Início, Duração e Renovação do Contrato:

1. O contrato de seguro é celebrado por um ano e tomará efeito na data prevista nas Condições Particulares.
2. O contrato será anualmente renovado por igual período, salvo comunicação prévia, por carta registada com aviso de receção, enviada, com pelo menos, dois meses antes da data de renovação do contrato.
3. O contrato tem o seu início, salvo convenção em contrário, às zero (0) horas do dia 1 do mês seguinte ao da aceitação da Proposta pela MGEN.

Livre Resolução:

1. O Tomador do Seguro dispõe de um prazo de trinta (30) dias a contar da receção da apólice para poder resolver o contrato sem invocar justa causa, sem prejuízo do disposto no número seguinte.
2. O prazo previsto no número anterior conta-se a partir da data de celebração do contrato, desde que o Tomador do Seguro, nessa data, disponha em papel ou noutra suporte duradouro, de todas as informações relevantes que tenham de constar da apólice.
3. A resolução do contrato nos termos acima definidos deve ser comunicada à MGEN por escrito, em suporte de papel ou outro meio duradouro disponível e acessível à MGEN.
4. A resolução do contrato nos termos definidos no ponto 1, têm efeito retroativo, tendo porém a MGEN direito ao ressarcimento do montante das despesas que a MGEN tenha suportado no âmbito deste contrato.

Declaração Inicial do Risco:

1. O Tomador do Seguro e a Pessoa Segura estão obrigados, antes da celebração do contrato, a declarar com exatidão todas as circunstâncias que conheçam e razoavelmente devam ter por significativas para a apreciação do risco pelo Segurador.
2. O disposto no nº 1 é igualmente aplicável a circunstâncias cuja menção não seja solicitada no boletim de adesão fornecidos pela MGEN.
3. Em caso de incumprimento doloso do disposto no nº 1, o contrato é anulável, nos termos e com as consequências previstas na lei.
4. Em caso de incumprimento com negligência do disposto no nº 1, a MGEN pode optar pela cessação ou alteração do contrato, nos termos e com as consequências previstas na lei.

Prémios:

1. A cobertura dos riscos garantidos através do presente contrato fica, nos termos definidos na legislação em vigor, dependente do pagamento do prémio ou fração inicial, sendo o mesmo devido na data de celebração do contrato.
2. O prémio correspondente a cada período de duração do contrato é devido por inteiro, sem prejuízo do pagamento do prémio poder ser fracionado.
3. Os prémios ou frações subsequentes são devidos nas datas definidas nas Condições Particulares do Contrato de Seguro, e, quando seja o caso, a parte do prémio de montante variável relativa a acerto de valor ou a parte do prémio correspondente a alterações ao contrato são devidas nas datas indicadas nos respetivos avisos, nos termos definidos nos números seguintes.
4. A MGEN avisará, por escrito e com uma antecedência mínima de trinta (30) dias em relação à data em que o prémio ou fração subsequente é devido. O aviso deve indicar a data do pagamento e o valor a pagar.
5. Quando por acordo, o pagamento do prémio for objeto de fracionamento por prazo igual ou inferior ao trimestre, não haverá lugar ao envio de qualquer aviso de cobrança.

Falta de pagamento de prémios:

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

Responsabilidade máxima do segurador em cada período de vigência do contrato:

1. Os valores máximos garantidos pelo contrato, assim como as franquias contratadas e os períodos de carência aplicáveis, constam das Condições Particulares vigoram em cada anuidade do contrato.
2. A MGEN garante à Pessoa Segura o pagamento, em euros, das despesas efetuadas, até ao limite contratado, em cada período de vigência do contrato.

Dados pessoais de saúde e âmbito clínico: A MGEN poderá ter necessidade, para efeitos de regularização de sinistros, de aceder a dados pessoais de saúde da pessoa segura. Tal acesso apenas pode ter lugar desde que, para tal, a Pessoa Segura haja dado o seu consentimento informado, livre, específico e expresso, devendo o acesso processar-se em estrita observância das disposições legais em vigor.

O candidato a Pessoa Segura será chamado a prestar esse consentimento, aquando da subscrição/adesão ao contrato, de forma a prevenir eventuais situações de litígio em caso de regularização de sinistro.

A recusa de consentimento nos termos e para os efeitos acima referidos poderá determinar, no caso de existirem indícios que evidenciem ter havido omissões ou inexactidões aquando da participação do sinistro, que o Segurador fique impossibilitado de proceder, enquanto não forem prestadas as informações por ele requeridas, à regularização de sinistro que vier a ser participado ao abrigo do contrato de seguro.

Reclamações:

1. Em caso de contestação relativa a Garantias, as reclamações devem ser apresentadas pelo Aderente, através de e-mail ou correio dirigido à AdvanceCare:

reclamacoes@mgen.pt

AdvanceCare, S.A.

Gestão de Reclamações

Praça José Queirós, 1 - 4º

1800-237 Lisboa

2. Em caso de divergência com a MGEN, o Tomador do Seguro e/ ou Pessoa Segura podem também apresentar reclamações a entidades competentes, sem prejuízo ainda da possibilidade do recurso à arbitragem ou aos tribunais, de acordo com as disposições legais em vigor.

Autoridade de Supervisão: ACAM - Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles

Lei Aplicável:

1. Ao presente contrato aplica-se a lei portuguesa, sendo admitido o recurso à arbitragem.

2. Em caso de litígio que resulte da execução ou interpretação do presente contrato, a MGEN, o Tomador do Seguro e os Aderentes esforçar-se-ão por alcançar uma solução de comum acordo.

3. Sem prejuízo do disposto no número anterior, a resolução de qualquer litígio ou diferendo relacionado com o presente contrato de seguro será dirimida pelo foro que resultar da aplicação das regras legais, a determinar consoante o caso concreto.

O presente documento não substitui, nem dispensa a leitura, das Condições Gerais e Especiais aplicáveis.