

Condições Gerais

Plano Hospitalar Unicre



Exploremos a vida juntos

Índice

Artigo Preliminar	5
--------------------------------	----------

Capítulo I – Definições e Âmbito do Contrato

Artigo 1º – Definições	7
Artigo 2º – Riscos Cobertos	10
Artigo 3º – Condições de Elegibilidade	10
Artigo 4º – Riscos Excluídos.....	11
Artigo 5º – Âmbito Territorial	15

Capítulo II – Formação e Duração do Contrato

Artigo 6º – Início e Duração do Contrato	17
Artigo 7º – Período de Carência	18
Artigo 8º – Declaração Inicial do Risco.....	19

Capítulo III – Vigência do Contrato

Artigo 9º – Pagamento dos Prémios.....	22
Artigo 10º – Agravamento do Risco	22
Artigo 11º – Procedimento em Caso de Sinistro	24

Artigo 12º – Pagamento das Importâncias Seguras.....	26
Artigo 13º – Duração do Pagamento.....	27
Artigo 14º – Período de Franquia	27

Capítulo IV – Cessação do Contrato

Artigo 15º – Denúncia do Contrato	29
Artigo 16º – Resolução do Contrato	29

Capítulo V – Disposições Diversas

Artigo 17º – Convenção de Prova	32
Artigo 18º – Comunicação entre as Partes	32
Artigo 19º – Extravio da Apólice	32
Artigo 20º – Reclamações e Litígios.....	32
Artigo 21º – Lei Aplicável.....	33
Artigo 22º – Remuneração do Mediador.....	33
Artigo 23º – Relatório de Solvência e Situação Financeira....	34

Plano Hospitalar Unicare

Artigo Preliminar



Entre a Companhia de Seguros MetLife Europe d.a.c. – Sucursal em Portugal, Av. da Liberdade, 36, 4.º, 1269 – 047 Lisboa, matriculada na Conservatória do Registo Comercial de Lisboa, com o número único de matrícula e de pessoa colectiva 980479436, com sede social em 20 On Hatch Street Dublin 2,

415123 Irlanda, adiante designada por Segurador, e o Tomador do Seguro mencionado nas Condições Particulares, estabelece-se um contrato de seguro que se regula pelas Condições Gerais e Particulares desta Apólice, de harmonia com as declarações constantes da proposta que lhe serviu de base.

Plano Hospitalar Unicare

Capítulo I
Definições e Âmbito do Contrato

Artigo 1º – Definições

1.1. Para efeitos do presente contrato entende-se por:

Segurador: MetLife Europe d.a.c. – Sucursal em Portugal (MetLife), entidade que celebra este contrato com o Tomador do Seguro, e assume a cobertura dos riscos que são objecto do mesmo.

Tomador do seguro: Pessoa singular que celebra o contrato de seguro com o Segurador e é responsável pelo pagamento do respectivo prémio.

Pessoa segura: A pessoa identificada nas Condições Particulares, e que se encontra sujeita aos riscos que, nos termos acordados, são objecto do contrato: a Pessoa Segura e, se esta assim o entender, o seu cônjuge. Por cônjuge entende-se o marido ou a mulher da Pessoa Segura, ou a pessoa que com ela viva em regime de união de facto.

Beneficiário: Corresponde sempre à Pessoa Segura. No caso de a Pessoa Segura ser um filho menor de idade, os montantes devidos pelo Segurador deverão ser pagos ao seu representante legal.

Proposta: Documento escrito ou gravação de declarações prestadas via telefónica, em que o candidato a Tomador do Seguro, ou a Pessoa Segura, quando sejam diferentes, presta todas as informações necessárias à avaliação do risco pelo Segurador, confirma ter tomado conhecimento de todas as informações pré-contratuais obrigatórias e consente expressamente na celebração do contrato.

Apólice: Documento que titula o contrato celebrado entre o Tomador do Seguro e o Segurador, de onde constam as respectivas Condições Gerais, as Condições Particulares e eventuais Actas Adicionais.

Acta adicional: Documento que titula a alteração de uma Apólice.

Prémio: Importância paga pelo Tomador do Seguro ao Segurador pela contratação do seguro.

Estorno: Devolução ao Tomador do Seguro de uma parte do prémio já pago.

Capital seguro: Montante de cada uma das coberturas do contrato, conforme Condições Particulares do mesmo, e que corresponde ao valor máximo a pagar ao(s) respectivo(s) Beneficiário(s) pelo Segurador.

Acidente: Acontecimento fortuito, súbito e imprevisível, devido a acção exterior e alheia à vontade da Pessoa Segura, que nela provoque lesões corporais clínica e objectivamente constatáveis.

Sinistro: Evento, ou série de eventos, resultantes de uma mesma causa susceptível de fazer funcionar as coberturas do contrato.

Doença: Qualquer alteração do estado de saúde da Pessoa Segura diagnosticada e confirmada por um médico conforme definido na alínea n).

Preexistência: Toda a patologia, lesão ou deficiência de que a Pessoa Segura seja portadora à data de entrada em vigor do contrato.

Médico: O licenciado por uma Faculdade de Medicina legalmente autorizado a exercer a sua profissão no país onde o acto médico tiver lugar, e inscrito na Ordem dos Médicos ou organismo equivalente nesse país. Excluem-se expressamente a Pessoa Segura ou qualquer membro da sua família.

Hospital ou clínica: O estabelecimento público ou privado, legalmente reconhecido, que disponha de assistência permanente médico-cirúrgica e de enfermagem. Excluem-se, expressamente, casas de repouso e de convalescença, bem como termas, sanatórios, lares de 3ª idade, centros de tratamento de toxicodependentes e alcoólicos e outras instituições similares.

Hospitalização: Todo o internamento da Pessoa Segura em hospital ou clínica, por um período superior a 24 horas, de acordo com as condições de internamento das unidades hospitalares.

Invalidez absoluta e definitiva: A total incapacidade clinicamente comprovada da Pessoa Segura para exercer qualquer actividade remunerável, com a necessidade de recorrer, de modo contínuo, à assistência de uma terceira pessoa para a satisfação das suas necessidades

vitais, sem previsão de qualquer melhoria, com base nos conhecimentos médicos actuais.

Convalescença: Período em que o acidentado ou doente tem de permanecer na sua habitação ou outro local similar após alta do hospital ou clínica, para concluir a sua recuperação, de acordo com parecer do médico assistente. Para os efeitos das coberturas do presente contrato, o período de convalescença não poderá exceder os 30 dias.

Período de carência: Período de tempo indicado nas Condições Particulares durante o qual as coberturas do contrato não vigoram.

Período de franquia: Número de dias consecutivos, contados a partir do dia seguinte ao do acidente ou doença (ou do dia seguinte ao da assistência médica hospitalar, se posterior) durante os quais não será devido qualquer pagamento.

- 1.2. Podem reunir-se na mesma pessoa duas ou todas as qualidades de Tomador do Seguro, Pessoa Segura e Beneficiário.
- 1.3. Sempre que a interpretação do texto o permita e se torne necessário, o masculino englobará o feminino, o singular o plural e vice-versa.

Artigo 2º – Riscos Cobertos

O presente contrato garante o pagamento de um subsídio diário em caso de internamento hospitalar da Pessoa Segura por um período superior a 24 horas, incluindo a fase de convalescença, quando a hospitalização seja consequência de uma doença manifestada ou de um acidente ocorrido durante a vigência deste contrato e nos termos das presentes Condições Gerais e Particulares.

Artigo 3º – Condições de Elegibilidade

Apenas podem ser abrangidas nesta Apólice as Pessoas Seguras que preencham as seguintes condições de elegibilidade:

- a) **Não sofram de cegueira;**
- b) **Não sofram de alcoolismo ou toxicodependência;**
- c) **Não sofram de epilepsia ou demência;**
- d) **Não sofram de doenças do foro psicopatológico;**
- e) **Não se encontrarem, no momento da celebração do contrato, em situação de invalidez permanente de qualquer grau, oficialmente reconhecida pela Segurança Social ou por qualquer outro organismo competente;**

- f) Não se encontrarem, no momento da celebração do contrato, em fase de tramitação de qualquer atribuição de invalidez ou incapacidade perante a Segurança Social ou outro organismo competente;
- g) Não se encontrar, no momento da celebração do contrato, internadas em hospital, clínica ou outra instituição de saúde;
- h) Ter, à data de celebração do contrato, menos de 70 anos.

Artigo 4º – Riscos Excluídos

4.1. Fica excluída do presente contrato a hospitalização resultante de:

- a) Acção ou omissão da Pessoa Segura sob influência de bebidas alcoólicas, quando o grau de alcoolemia for superior ao

fixado na lei para a condução de veículos motorizados;

- b) Uso de estupefacientes ou medicamentos sem prescrição médica;
- c) Prática de crimes ou de outros actos intencionais da Pessoa Segura, incluindo actos temerários, apostas e desafios, bem como suicídio ou tentativa de suicídio;
- d) Sinistro causado dolosamente pelo Tomador do Seguro;
- e) Acidente provocado por uma crise de epilepsia da Pessoa Segura;
- f) Prática desportiva federada e respectivos treinos;
- g) Prática profissional de desportos ou a prática, ainda que amadora – e

- respectivos treinos ou preparação - das seguintes actividades: alpinismo, artes marciais, boxe, caça de animais ferozes, caça submarina, desportos de Inverno, motonáutica e outros desportos náuticos, BTT, prática de off-road com qualquer veículo motorizado, pára-quedismo, tauromaquia, bem como actividades de análoga natureza e perigosidade;
- h) Participação da Pessoa Segura, como condutor ou passageiro, em competições ou provas desportivas de todo o tipo de veículos com motor, terrestres, aéreos ou aquáticos;
- i) Utilização de qualquer tipo de aeronaves, excepto enquanto passageiro de linhas comerciais;
- j) Cataclismos da natureza, tais como ventos ciclónicos, terramotos, maremotos e outros fenómenos análogos e ainda acção de raio;
- k) Greves, distúrbios laborais, tumultos e/ou alterações da ordem pública, actos de terrorismo, sabotagem e insurreição;
- l) Reacção ou radiação nuclear, e contaminação radioactiva;
- m) Manuseamento, utilização ou transporte de materiais explosivos ou radioactivos;
- n) Actos de guerra, guerra civil, invasão e guerra contra país estrangeiro e hostilidades entre nações estrangeiras ou actos bélicos provenientes directa ou indirectamente dessas hostilidades;
- o) Demências de qualquer natureza;
- p) Epilepsia de qualquer natureza;

- q) **Defeitos congénitos da Pessoa Segura;**
- r) **Doenças do foro estomatológico, exceptuando tratamentos e/ou intervenções cirúrgicas em consequência de acidentes cobertos pelas garantias da Apólice;**
- s) **Infecções dos órgãos de reprodução femininos, durante os primeiros dois anos de vigência desta cobertura;**
- t) **Tuberculose pulmonar;**
- u) **Hérnias de qualquer etiologia;**
- v) **Lombalgias e lombociatalgias;**
- w) **Roturas musculares;**
- x) **Lesões meniscais e dos ligamentos do joelho;**

y) **Varizes.**

4.2. Exclui-se também:

- a) **A hospitalização resultante de acidentes ocorridos antes da entrada em vigor da Apólice ou doenças preexistentes relativamente à referida entrada em vigor;**
- b) **O internamento em hospitais, quando o mesmo esteja relacionado com a diabetes e suas complicações;**
- c) **O internamento:**
 - i. **Em instituições psiquiátricas;**
 - ii. **Por doenças do foro psiquiátrico independentemente do tipo de instituição;**
 - iii. **Em lares de 3ª idade, termas, sanatórios, centros de tratamento a toxicodependentes e alcoólicos e outras instituições similares.**

Todas as situações referidas nas alíneas i), ii) e iii) anteriores estão excluídas quer a estadia se verifique em Portugal ou no estrangeiro, independentemente de as instituições serem ou não reconhecidos oficialmente;

- d) O internamento em instituições de assistência geriátrica;**
- e) O internamento – qualquer que seja o tipo de instituição, considerado necessário para a Pessoa Segura quando a mesma tenha perdido a sua auto-suficiência de forma irreversível, com base nos conhecimentos médico-científicos à data do sinistro;**
- f) O internamento relacionado com doenças ginecológicas, gravidez, parto ou quaisquer complicações relacionadas com os mesmos. Interrupção voluntária ou involuntária da gravidez e complicações**

directa ou indirectamente relacionadas com a mesma. Fecundação “in vitro” e qualquer tipo de tratamento ou intervenção relacionado com problemas de infertilidade ou esterilidade em Pessoas Seguras de ambos os sexos;

- g) Curas de sono;**
- h) Tratamentos de fisioterapia;**
- i) O internamento em instituições, hospitalares ou não, desde que o mesmo resulte de situações de convalescença ou reabilitação de qualquer natureza;**
- j) Implantação ou reparação de próteses e/ou ortóteses removíveis pela Pessoa Segura;**
- k) Cirurgia plástica e/ou estética, excepto quando necessária em consequência de acidentes cobertos pela Apólice;**

- I) Consultas médicas e exames complementares de diagnósticos efectuados num contexto de avaliação médica de rotina / check-ups.**

Artigo 5º – Âmbito Territorial

Salvo convenção em contrário expressa nas Condições Particulares, o pagamento do subsídio diário é devido em caso de hospitalização em qualquer parte do mundo.

Plano Hospitalar Unicare

Capítulo II Formação e Duração do Contrato

Artigo 6º – Início e Duração do Contrato

6.1. Caso a venda seja efectuada através do telefone:

- a) Não havendo período inicial gratuito, o contrato produz efeitos a partir das zero horas do dia seguinte ao do pagamento do prémio, após recepção pela Pessoa Segura da documentação contratual;
- b) Havendo um período inicial gratuito, o contrato produz efeitos a partir das zero horas do dia seguinte à aceitação expressa da proposta pelo Tomador do Seguro durante a gravação telefónica.

6.2. Caso a venda seja efectuada através da via postal:

- a) Não havendo período inicial gratuito, o contrato tem-se por concluído e produz

efeitos no prazo máximo de 14 dias a partir da recepção pelo Segurador da proposta preenchida pelo Tomador do Seguro, desde que o prémio inicial tenha sido pago;

- b) Havendo um período inicial gratuito, o contrato tem-se por concluído e produz efeitos no prazo máximo de 14 dias a partir da recepção pelo Segurador da proposta preenchida pelo Tomador do Seguro.

6.3. O contrato vigora pelo prazo de um ano, renovável automaticamente por iguais períodos, salvo denúncia por uma das partes nos termos do Artigo 15º e ressalvando-se o estabelecido no ponto seguinte.

6.4. Existindo apenas uma Pessoa Segura, o contrato cessará por morte da mesma ou

quando lhe seja constatada uma Invalidez Absoluta e Definitiva. Se o cônjuge também estiver abrangido pelo contrato, ele passará a ser considerado como 1ª Pessoa Segura e o contrato continuará em vigor. Não havendo cônjuge mas apenas filho(s) abrangido(s) pelo contrato, a morte ou Invalidez Absoluta e Definitiva do Tomador/Pessoa Segura determina a cessação do contrato.

6.5. O contrato de seguro cessará os seus efeitos:

- a) No final da anuidade em que a Pessoa Segura – Tomador do Seguro ou cônjuge - completar 75 anos de idade;
- b) No final da anuidade em que a Pessoa Segura - Filhos - completar 24 anos de idade.

Artigo 7º – Período de Carência

- 7.1. A cobertura do contrato tem efeito imediato, se a hospitalização for consequência de um acidente.
- 7.2. Se a hospitalização ocorrer por doença, a cobertura só vigorará depois de decorrido um período de carência de 180 dias a contar da entrada em vigor do contrato. Este período será alargado para 730 dias no caso de doenças sexualmente transmissíveis.
- 7.3. Os períodos referidos no ponto anterior serão igualmente aplicáveis nas seguintes situações:
 - a) Quando haja aumento do capital inicial, caso em que se aplicarão ao capital seguro adicional;

b) Quando haja inclusão de novas Pessoas Seguras, caso em que os períodos serão contados a partir dessa data, para essas novas Pessoas Seguras.

Artigo 8º – Declaração Inicial do Risco

8.1. 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 pelo Segurador.

8.2. Em caso de incumprimento doloso do dever referido em 8.1, o contrato é anulável mediante declaração enviada pelo Segurador ao Tomador do Seguro:

a) Não tendo ocorrido sinistro, esta declaração deve ser enviada no prazo de 3 meses a contar do conhecimento daquele incumprimento;

b) No caso referido na alínea a), o Segurador tem direito ao prémio devido até o final do prazo, salvo se tiver ocorrido dolo ou negligência grosseira do Segurador ou do seu representante;

c) Em caso de sinistro ocorrido antes de o Segurador ter tido conhecimento do incumprimento doloso ou no decurso do prazo previsto na alínea a), o sinistro não será coberto e aplicar-se-á o regime geral da anulabilidade;

d) Em caso de dolo do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura com o propósito de obter uma vantagem, o prémio é devido até ao termo do contrato.

8.3. Em caso de incumprimento com negligência do dever referido em 8.1, o Segurador pode, mediante declaração a enviar ao Tomador do Seguro no prazo de 3 meses a contar do seu conhecimento:

- a) **Não tendo ocorrido sinistro, propor uma alteração do contrato, fixando um prazo, não inferior a 14 dias, para o envio da aceitação ou, caso a admita, da contraproposta, ou fazer cessar o contrato, demonstrando que, em caso algum, celebra contratos para a cobertura de riscos relacionados com o facto omitido ou declarado inexatamente;**
- b) **No caso referido na alínea a), o contrato cessa os seus efeitos 30 dias após o envio da declaração de cessação ou 20 dias após a recepção pelo Tomador do Seguro da proposta de alteração, caso este nada responda ou a rejeite;**
- c) No caso referido na alínea b), o prémio é devolvido pro rata temporis;
- d) Em caso de sinistro ocorrido antes da cessação ou da alteração do contrato, cuja verificação ou consequências tenham sido influenciadas por facto relativamente ao qual tenha havido omissões ou inexactidões negligentes:
- i) O Segurador cobre o risco na proporção da diferença entre o prémio pago e o prémio que seria devido, caso, aquando da celebração do contrato, tivesse conhecido o facto omitido ou declarado inexatamente;
 - ii) O Segurador não cobre o risco e fica apenas vinculado à devolução do prémio, se demonstrar que, em caso algum, teria celebrado o contrato se tivesse conhecido o facto omitido ou declarado inexatamente.

Plano Hospitalar Unicare

Capítulo III Vigência do Contrato

Artigo 9º – Pagamento dos Prémios

- 9.1. O prémio anual constante das Condições Particulares, será pago pelo Tomador do Seguro em fracções mensais e por transferência bancária, sem qualquer encargo adicional.
- 9.2. Havendo fraccionamento trimestral ou mensal do pagamento do prémio anual, o Segurador não procede ao envio do aviso de pagamento, ficando estabelecidas as datas de vencimento das fracções do prémio e os respectivos valores a pagar, bem como as consequências da falta de pagamento nas Condições Particulares da Apólice.
- 9.3. Qualquer alteração do prémio aplicável ao contrato, não relacionada com uma alteração do risco, apenas poderá efectivar-se na data de prorrogação anual, mediante aviso prévio ao Tomador de Seguro com a antecedência mínima de 30 dias.**

- 9.4. A falta de pagamento do prémio de anuidades subsequentes, ou da primeira fracção deste, impede a prorrogação do contrato, e o não pagamento de uma fracção do prémio no decurso de uma anuidade determina a resolução automática e imediata do contrato, na data em que o pagamento dessa fracção era devido.**

Artigo 10º – Agravamento do Risco

- 10.1. No prazo de 14 dias a contar do seu conhecimento, o Tomador do Seguro e a Pessoa Segura obrigam-se a declarar ao Segurador todos os factos ou circunstâncias susceptíveis de agravar o risco, desde que estes, caso fossem conhecidos pelo Segurador aquando da celebração do contrato, tivessem podido influir na decisão de contratar.

10.2. O Segurador dispõe do prazo de 30 dias, a contar da data em que receber tal declaração, para resolver o contrato ou fazer cessar a cobertura em relação à Pessoa Segura, se demonstrar que, em caso algum, celebra contratos que cubram riscos com as características resultantes desse agravamento do risco.

10.3. A resolução do contrato ou cessação da cobertura em relação à Pessoa Segura referida em 10.2, será comunicada ao Tomador do Seguro com a antecedência mínima de 30 dias em relação à data em que deva produzir efeitos, havendo lugar ao estorno do prémio calculado “pro rata temporis”.

10.4. Em caso de sinistro ocorrido antes da cessação do contrato nos termos dos nºs 10.2 e 10.3, - e cuja verificação ou consequência tenha sido influenciada pelo agravamento do risco:

- a) O Segurador cobrirá o risco, se o agravamento tiver sido correcta e tempestivamente comunicado antes do sinistro ou antes de decorrido o prazo referido no nº 10.1, sem prejuízo do disposto na alínea b);
- b) Quando o agravamento do risco resulta de facto do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura, o Segurador não estará obrigado a cobrir o risco se demonstrar que, em caso algum, celebra contratos que cubram riscos com as características resultantes desse agravamento;
- c) Havendo comportamento doloso por parte do Tomador do Seguro e/ou Pessoa Segura, com o propósito de obter uma vantagem, o Segurador pode recusar a cobertura, mantendo direito aos prémios vencidos.

Artigo 11º – Procedimento em Caso de Sinistro

11.1. Em caso de sinistro, o Tomador do Seguro e a Pessoa Segura obrigam-se a tomar imediatas providências para evitar o agravamento das consequências do acidente; este dever aplica-se também ao beneficiário quando tenha conhecimento do seguro.

11.2. O Tomador do Seguro, a Pessoa Segura ou o Beneficiário obrigam-se a:

- a) Participar o sinistro, por escrito, nos 8 dias imediatos à sua ocorrência, indicando as circunstâncias da verificação do sinistro, nomeadamente o local, dia, hora, as eventuais causas, as testemunhas e as consequências;**
- b) Promover o envio, no prazo de 8 dias após a Pessoa Segura ter sido**

cl clinicamente assistida, de uma declaração do médico onde constem a natureza das lesões, o seu diagnóstico bem como as consequências previsíveis;

- c) Comunicar, até 8 dias após a sua verificação, a cura das lesões, promovendo o envio de uma declaração médica onde conste a data em que tal ocorreu, assim como o recomeço da sua actividade.**

11.3. Em caso de incumprimento do disposto no ponto 11.1 e 11.2 o Segurador poderá reduzir a prestação devida, atendendo ao dano causado; se o incumprimento for doloso e tiver determinado um dano significativo para o Segurador, haverá lugar a perda da cobertura.

11.4. A Pessoa Segura compromete-se ainda a:

- a) Cumprir as prescrições médicas;

b) Sujeitar-se a exame médico requerido pelo Segurador;

c) Autorizar os médicos a prestarem todas as informações solicitadas pelo Segurador.

11.5. A análise do sinistro pelo Segurador pressupõe ainda a apresentação dos seguintes documentos:

a) Em todos os casos, original ou cópia autenticada do documento do hospital indicando as datas de início e fim do período de hospitalização. Quando se verificar a necessidade de um período de convalescença, deverá ser apresentado um atestado emitido pelo médico assistente, do qual deverá constar o período de convalescença prescrito;

b) Sempre que a hospitalização seja superior a 1 mês, e para além do documento referido na

primeira parte da alínea anterior, deverá ser apresentado um relatório clínico hospitalar. Caso se considere necessário solicitar informações adicionais, tal pedido será feito por escrito, pelo médico mandatado pelo Segurador.

11.6. No caso de comprovada impossibilidade do Tomador do Seguro e/ou da Pessoa Segura cumprirem quaisquer dos deveres previstos neste artigo, transfere-se tal ónus para quem o possa cumprir.

11.7. Se as consequências de um acidente forem agravadas por uma situação preexistente, a prestação do Segurador será limitada ao agravamento provocado pelo sinistro, salvo disposição em contrário nas Condições Particulares.

11.8. Se as consequências de um acidente forem agravadas por uma situação anterior à data do

acidente, a prestação do Segurador será limitada ao agravamento provocado pelo acidente, salvo disposição em contrário nas Condições Particulares.

Artigo 12º – Pagamento das Importâncias Seguras

- 12.1. O valor da indemnização diária devida de acordo com os parâmetros do contrato encontra-se expresso nas Condições Particulares.
- 12.2. O pagamento das importâncias devidas pelo Segurador só poderá iniciar-se após ter sido apresentado um processo completo com todos os documentos necessários requeridos pelo médico do Segurador, designadamente os previstos no artigo 11º.
- 12.3. A forma como o pagamento será efectuado depende da duração da hospitalização:

- a) Hospitalizações até 1 mês: o pagamento efectuar-se-á após a saída do hospital, e no prazo máximo de 15 dias após a recepção de todos os documentos;
- b) Hospitalizações superiores a 1 mês: neste caso, e a partir do 15º dia, será garantido o pagamento dos primeiros 15 dias tendo em conta os períodos de carência e de franquia referidos nos artigos 7º e 14º mediante a apresentação do certificado hospitalar, relatório sobre a situação clínica, e quaisquer outros documentos que, adicionalmente, sejam solicitados pelo médico mandatado pelo Segurador. A seguir, serão efectuados os pagamentos relativos a cada período de 15 dias, desde que o respectivo pedido seja acompanhado de uma declaração sobre a situação hospitalar e de um relatório médico confirmando que a hospitalização se prolongará pelo menos por mais 15 dias (relativamente ao início do período em questão). O subsídio diário relativo ao

período remanescente será pago após saída do hospital, e no prazo máximo de 15 dias após a recepção de todos os documentos necessários à conclusão do processo;

c) Convalescença: o pagamento será efectuado na primeira das seguintes datas: após o termo do período de convalescença ou no prazo de 30 dias a contar do início do mesmo.

12.4. O pagamento será efectuado à Pessoa Segura ou ao seu representante. Se se verificar o falecimento da Pessoa Segura antes de ter sido efectuado o pagamento da importância devida, a mesma será paga aos seus herdeiros legais.

Artigo 13º – Duração do Pagamento

Por cada sinistro de que resulte hospitalização, o subsídio diário será pago até ao máximo de 730 dias, quer o internamento hospitalar corresponda a um só período ou a vários períodos interpolados. O período referido é

contado desde o primeiro dia de internamento não pago, não contando o dia em que a Pessoa Segura abandona o hospital. As prestações por convalescença serão pagas durante um máximo de 30 dias.

Artigo 14º – Período de Franquia

- 14.1. Caso haja hospitalização em consequência de acidente, não existe qualquer período de franquia, o pagamento do subsídio diário é devido desde o primeiro dia de estadia no hospital.
- 14.2. Caso haja hospitalização em consequência de doença, existe um período de franquia de 3 dias, sendo o subsídio pago a partir do 4º dia de hospitalização (inclusive).
- 14.3. Se existirem vários períodos de hospitalização relativos a um mesmo sinistro e o intervalo entre cada estadia no hospital for inferior a 60 dias, não será aplicado novo período de franquia.

Plano Hospitalar Unicare

Capítulo IV Cessação do Contrato

Artigo 15º – Denúncia do Contrato

15.1. O Tomador do Seguro pode, a todo o tempo, denunciar o contrato, mediante aviso prévio, por correio registado ou outro meio de que fique registo escrito, ao Segurador, com uma antecedência mínima de 30 dias em relação à data de cessação pretendida do contrato.

15.2. O Segurador pode denunciar o contrato, mediante aviso prévio, por correio registado ou outro meio de que fique registo escrito, com uma antecedência mínima de 30 dias relativamente à data da prorrogação do contrato.

15.3. Em caso de cessação do contrato antes da data de prorrogação anual, o Tomador do Seguro terá direito ao reembolso do prémio

correspondente ao tempo não decorrido, excepto se, durante a anuidade em curso, tiver ocorrido um sinistro, caso em que não haverá lugar a estorno.

Artigo 16º – Resolução do Contrato

16.1. Direito de livre resolução:

a) O Tomador do Seguro, sendo pessoa singular, pode livremente resolver o contrato nos 30 dias subseqüentes à data de recepção da Apólice, por carta registada enviada ao Segurador, acompanhada da respectiva Apólice;

b) A resolução do contrato nos termos do número anterior, tem efeito retroactivo, tendo o Tomador do Seguro direito ao reembolso da totalidade do prémio pago.

16.2. Direito de resolução:

O Tomador do Seguro tem direito à resolução do contrato no prazo de 30 dias a contar da recepção da Apólice:

- a) Em caso de incumprimento dos deveres de informação pré-contratual, salvo quando a falta do Segurador não tenha razoavelmente afectado a decisão de contratar ou haja sido accionada a cobertura por terceiro;**
- b) Quando as condições do contrato não estejam em conformidade com a informação pré-contratual comunicada;**
- c) Em caso de falta de um elemento legalmente exigido pelas condições do contrato.**

16.3. A resolução do contrato nos termos do número anterior tem efeito retroactivo e o Tomador do Seguro direito à devolução da totalidade do prémio pago.

16.4. O contrato poderá ainda ser resolvido por justa causa, por ambas as partes, nos demais casos previstos na lei ou no contrato.

Plano Hospitalar Unicare

Capítulo V Disposições Diversas

Artigo 17º – Convenção de Prova

O Tomador do Seguro e o Segurador acordam que os registos electrónicos e as gravações orais (e sua transcrição escrita) conservados pelo Segurador em suporte duradouro serão aceites como prova das operações realizadas para a subscrição, modificação ou cessação do presente contrato.

Artigo 18º – Comunicações entre as Partes

18.1. As comunicações ou notificações entre as partes consideram-se válidas e plenamente eficazes quando forem efectuadas, por correio registado, ou por outro meio do qual fique registo escrito, para a morada mais recente do Tomador do Seguro constante no contrato, ou para o domicílio da Sucursal do Segurador em Portugal, indicado na Apólice.

18.2. O Tomador do Seguro deverá comunicar ao Segurador qualquer alteração do seu domicílio, do da Pessoa Segura ou do Beneficiário.

18.3. Para os efeitos do contrato deverá ser sempre indicado domicílio em Portugal.

18.4. Na falta das devidas comunicações, toda a informação dirigida ao último domicílio conhecido em território português é revestida de inteira validade.

Artigo 19º – Extravio da Apólice

Em caso de destruição, roubo ou outra situação que se consubstancie na falta da Apólice por parte do Tomador do Seguro, este deverá comunicar o facto por carta registada ao Segurador, o qual emitirá uma segunda via nos termos legais aplicáveis.

Artigo 20º – Reclamações e Litígios

20.1. Qualquer reclamação deverá ser dirigida por escrito à Sucursal do Segurador em Lisboa, para a Avenida da Liberdade, nº36-2º andar; para o efeito poderá consultar o sítio internet www.metlife.pt.

- 20.2. A MetLife dispõe de livro de reclamações.
- 20.3. Qualquer reclamação poderá também ser dirigida à entidade de supervisão da actividade seguradora, a Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões (ASF), no sítio www.asf.com.pt.
- 20.4. Após a apresentação de uma reclamação nos termos do número 20.1., caso o reclamante discorde da resposta obtida ou não a tenha recebido no prazo aplicável, poderá dirigir-se ao Provedor do Cliente da MetLife. Toda a informação relativa à apresentação de uma reclamação ao Provedor do Cliente pode ser consultada no sítio da MetLife www.metlife.pt.
- 20.5. Em caso de litígio, além do recurso às vias judiciais, o Tomador do Seguro após exposição da sua reclamação junto do Segurador poderá recorrer à arbitragem e/ou a uma Entidade de Resolução Alternativa de Litígios de Consumo.

A lista das entidades de Resolução Alternativa de Litígio disponíveis no território português, de acordo com a localização dos nossos escritórios, poderá ser consultada no Portal do Consumidor: www.consumidor.pt.

Artigo 21º – Lei Aplicável

Salvo estipulado em contrário nas Condições Particulares, o contrato rege-se pela Lei Portuguesa.

Artigo 22º – Informação sobre a Remuneração do Mediador

Poderá ainda, caso deseje, exercer expressamente junto da MetLife o direito de conhecer a forma de remuneração do Mediador de Seguros relativamente à prestação do serviço de mediação, bem como o nome das empresas de seguros e mediadores de seguros com os quais o mediador trabalha, se aplicável.

Artigo 23º – Relatório sobre Solvência e Situação Financeira

O relatório sobre a solvência e a situação financeira do Segurador será anualmente publicado na internet no sítio www.metlife.pt, nos termos da lei aplicável.

metlife.pt

MetLife Europe d.a.c. – Sucursal em Portugal
Av. da Liberdade, 36, 4.º | 1269-047 Lisboa
Tel 213 475 031 | Fax 213 474 612 | apoiocliente@metlife.pt

Contacte-nos: 808 78 68 68 (custo de chamada local) Dias úteis 09h00 - 19h00 Sábado 09h00 - 15h00

metlife.pt

Siga-nos em  



Exploremos a vida juntos

CGUNIHIP1 | 04/2019

MetLife Europe d.a.c. – Sucursal em Portugal registada na Conservatória do Registo Comercial de Lisboa com o número único de matrícula e de pessoa colectiva 980479436 e com sede na Av. da Liberdade, 36, 4º, 1269 – 047 Lisboa. A MetLife Europe d.a.c. é uma sociedade de responsabilidade limitada por acções registada na Irlanda com o número 415123, com sede social em 20 on Hatch, Lower Hatch Street, Dublin 2, Irlanda. A MetLife Europe d.a.c. (utilizando a marca MetLife) está autorizada pelo Central Bank of Ireland e está sujeita a uma supervisão limitada Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões (ASF).

O nome e logotipo da MetLife são marcas registadas da Metropolitan Life Insurance Company e das suas filiais e sucursais.

© 2019 MetLife, Inc. Todos os direitos reservados.