



Proposta de Seguro de Saúde Individual (Grupos Abertos)

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 SEGUIRAR

PESSOA SEGURA I:

(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 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 3:

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 4:

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

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

MGEM 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° H

*Código-Postal / Postal Code

1250

068

*Cidade / City

LISBOA

*País / Country

PORTUGAL

TIPO DE PAGAMENTO

(preencher se o pagamento for por débito automático)

Pagamento Recorrente / Recurrent payment *

X

LOCAL ONDE ESTÁ A ASSINAR / LOCATION IN WHICH 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, tarifação 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.

OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES PARA A MGEN

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 – 12ºH, 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. A presente Condição Especial garante, nos termos e limites fixados nas Condições Particulares, o pagamento das despesas abaixo indicadas, desde que realizadas em ambiente hospitalar e com internamento por período igual ou superior a 24 horas, nomeadamente:

- a) Honorários médicos;
- b) Internamento em unidades de cuidados intensivos;
- c) Tratamentos de quimioterapia e radioterapia independentemente da existência de internamento;
- d) Cirurgia do foro estomatológico, ou maxilofacial, quando seja em consequência de tumor, doença grave ou acidente que requeira tratamento de urgência em regime de internamento hospitalar;
- e) Diárias da Pessoa Segura;
- f) Enfermagem não privativa;
- g) Exames auxiliares de diagnóstico, quando prescritos e realizados durante o internamento;
- h) Medicamentos administrados durante o internamento;
- i) Próteses intracirúrgicas;
- j) Cirurgia ou tratamentos refrativos à miopia, astigmatismo e hipermetropia nas situações em que as dioptrias para cada olho, são superiores a 4 dioptrias e independentemente da existência de internamento hospitalar.
- k) Cuidados continuados ou paliativos. Estas despesas serão comparticipadas até ao valor máximo equivalente a 15% do capital de hospitalização indicado nas condições particulares do Contrato.
- l) Piso de sala de operação e instalações necessárias à realização dos atos médicos cirúrgicos (bloco operatório, sala de recobro, etc.) e respetivo material usado (gases de anestesia, oxigénio, etc.);
- m) Transporte terrestre de ambulância de e para uma Unidade Hospitalar, desde que o estado da Pessoa Segura o justifique;

2. Ainda que o internamento tenha duração inferior a 24 horas, fica garantido o pagamento das despesas decorrentes de pequena cirurgia ambulatória.

3. Os honorários médicos no âmbito desta cobertura estão 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 dependentes menores.

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 número 1 do presente artigo.

Cobertura de Assistência Ambulatória:

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

- a) Honorários médicos relativos a consultas de clínica geral, incluindo a consulta do viajante, bem como as restantes especialidades médicas, desde que reconhecidas pela Ordem dos Médicos;
- b) Tratamentos realizados quando prescritos pelo médico e, desde que, reconhecidos pela Ordem dos Médicos;
- c) Exames auxiliares de diagnóstico quando prescritos pelo médico;
- d) Tratamentos de fisioterapia quando prescritos pelo médico;
- e) Cinesioterapia quando prescrita pelo médico;
- f) Ozonoterapia quando prescrita pelo médico;
- g) Terapia da fala quando prescrito pelo médico;
- h) Enfermagem não privativa;
- i) Transporte terrestre de ambulância de e para uma Unidade Hospitalar em Portugal, desde que o estado da Pessoa Segura o justifique;
- j) Transporte para uma Unidade Hospitalar no estrangeiro;
- k) Medicinas alternativas, especificamente: a acupuntura, a homeopatia, a osteopatia, a naturopatia e a quiropraxia quando praticadas por médicos ou técnicos de reconhecida autonomia deontológica;
- l) Despesas relacionadas com métodos contraceptivos prescritos, estando a comparticipação limitada a € 40,00 (quarenta euros) por anuidade.

2. As despesas com medicinas alternativas estão garantidas quando realizadas, exclusivamente, no âmbito da Rede de Prestadores Bem-Estar. A Pessoa Segura suporta o valor total dos honorários convencionados naquela Rede, solicitando posteriormente à MGEN o seu reembolso, até ao máximo de € 25,00 (vinte e cinco euros), dentro dos limites fixados nas Condições Particulares.

3. Os honorários médicos cirúrgicos no âmbito desta cobertura estão 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 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:

- a) Consultas e tratamentos;
- b) Internamento hospitalar;
- c) Honorários médicos;
- d) Tratamentos ambulatórios e outros atos clínicos, bem como exames auxiliares de diagnóstico, desde que prescritos por médicos estomatologistas, de medicina dentária ou maxilo-facial;
- e) Limpezas dentárias, exceto despesas relacionadas com branqueamento dentário, jatos de bicarbonato, aplicação tópica de fluor e remoção de pigmento;
- f) Ortodontia;
- g) Aquisição de próteses dentárias;
- h) Cirurgia do foro estomatológico ou maxilo-facial quando seja consequência de doença.

2. No âmbito desta cobertura, 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 da especialidade, optometrista ou técnico de ortótica, nomeadamente:

- a) Armações quando adquiridas com as respetivas lentes graduadas;
- b) Lentes graduadas;
- c) Lentes de contacto graduadas, exceto líquidos de manutenção;
- d) Outras próteses ou ortóteses auditivas, oculares e ortopédicas;

- e) Aquisição ou aluguer de cadeiras de rodas e camas articuladas.
2. As despesas associadas às alíneas a) e b) estão garantidas a cada duas anuidades do Contrato, exceto quando se verifique a alteração da graduação relativamente à prescrição anterior, ou no caso de menores quando a necessidade de trocar de óculos seja em consequência do crescimento da criança.
3. 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 à Pessoa Segura, elaborado pelo médico, ou unidade hospitalar que prestou assistência.
4. Não são consideradas no âmbito desta cobertura as despesas com meias elásticas, pés elásticos, cintas de contenção, cintas de gravidez, lombostatos, soutiens, perucas, punhos elásticos, joelheiras, cotoveleiras, suportes de braço, aparelho de aerossol, tampões auditivos, palmilhas e calçado, mesmo que prescritos por médico.
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 medicamentos e vacinas registados no Infarmed, prescritos por médico e no exclusivo tratamento da Pessoa Segura relativamente a doenças manifestadas.
2. São apenas reembolsadas as despesas de medicamentos mediante o envio simultâneo do recibo e da respetiva prescrição médica. No entanto, não é necessário o envio da referida prescrição quando a despesa tenha sido previamente comparticipada pelo Serviço Nacional de Saúde ou outro subsistema equiparado.
4. As vitaminas estão igualmente garantidas nesta cobertura, sendo necessário o envio da prescrição médica, bem como do relatório médico que, por patologia comprovada, justifique a sua utilização.
5. Não são considerados nesta cobertura produtos fármacos manipulados e produtos dermocosméticos.

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:
- Honorários médicos e de enfermagem relacionados com a assistência prestada;
 - Sala de operações, instrumentos e material utilizado;
 - Elementos auxiliares de diagnóstico;
 - Medicamentos administrados à Pessoa Segura durante o internamento hospitalar;
 - Diária hospitalar da parturiente;
 - Diária hospitalar do recém-nascido, enquanto durar o internamento da parturiente;
 - Despesas relativas a cuidados neonatais;
 - Transporte terrestre de ambulância para uma Unidade Hospitalar em Portugal.
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" indicado nas Condições Particulares e previsto no Código de Nomenclatura e Valor Relativo de Atos Médicos.
3. Não estão cobertas despesas com acompanhantes ou quaisquer outras de natureza particular.
4. Apenas é considerado no âmbito da presente Condição Especial, o parto decorrente de gravidez com início atestado clinicamente, em data posterior à inclusão da pessoa segura na apólice.

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:
- Medicinas Alternativas (Acupuntura, Homeopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Shiatsu);
 - Termas;
 - Ginásios e Health Clubs;
 - Spas;
 - Consultas de Nutrição;
 - Parafarmácias;
 - Podologia;
 - Preparação para o parto;
 - Psicologia;
 - Talassoterapia;
 - Terapia da fala;
 - Higiene Oral;
 - Óticas;
 - 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 convencionados.

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:

- Âmbito territorial: Espanha, relativamente às despesas indemnizáveis ao abrigo das seguintes Condições Especiais, quando tenham sido subscritas:
 - Despesas de Hospitalização, quando motivadas por acidente ocorrido ao abrigo do presente contrato, ou doença;
 - Despesas de Assistência Ambulatória;
 - Despesas com Medicamentos;
 - 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 convencionada 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 convencionada 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 ambulatório; Tratamentos em Hospital em regime ambulatório; Angioscopia fluorescência e Retinografia; RMN / TAC; Diagnóstico cardiológico: Ecocardiograma, Holter, Ergometria, Doppler; Análises clínicas (especificamente cariótipos); Estudos anatomopatológicos especiais; Extração de sinais, quistos e nevos em consulta; Fisioterapia; Radiologia Vascular; Radioterapia; Quimioterapia e Cobaltoterapia; Todas as Técnicas de Neurofisiologia; Isótopos radioativos.

Utilização de consultas:

1. A utilização das consultas médicas não está limitada. No entanto, é necessário um relatório médico que justifique, por motivo de patologia comprovada, a sua utilização conforme abaixo mencionado:

- Dermatologia ou Cirurgia vascular, a partir da 3.ª consulta.
- Psiquiatria, a partir da 6.ª consulta individual ou da 12.ª em grupo.

2. Está também garantida como especialidade médica não reconhecida pela Ordem dos Médicos, a Psicologia, até ao limite de 4 consultas por anuidade.

Utilização de Tratamentos:

O número de sessões de tratamentos médicos não está limitado. No entanto, é necessário um relatório médico que justifique, por motivo de patologia comprovada, a sua administração, em caso de Psicoterapia e Terapia da Fala, a partir de 12 sessões por anuidade.

Cobertura de Check-Up Periódico:

1. Pela presente cobertura, desde que indicada nas Condições Particulares, a MGEN garante:

- o acesso direto à Rede de Prestadores de check-ups integrada na rede da AdvanceCare/MGEN (Opção 1 – onde são garantidos preços convencionados pagos pela pessoa segura) e/ou
- 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:

- Consulta Médica com Relatório;
- Hemograma (Eritrograma+ leucócitos+fórmula leucocitária)
- Velocidade de sedimentação eritrocitária = VS;
- Urina II (análise sumária da urina);
- Glicose;
- Creatinina Urina;
- Creatinina Sérica;

- h) Ácido Úrico;
- i) Colesterol total;
- j) Colesterol HDL;
- k) Colesterol LDL (calculado);
- l) Triglicéridos;
- 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 tratamentos médicos adequados por parte de Médicos Especialistas Internacionais, convenionados no âmbito desta rede.

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) Acesso a um Médico Coordenador (Case Manager) que irá acompanhar a pessoa segura em todo o processo, irá aconselhar a pessoa segura e a sua família no preenchimento do formulário de inscrição, na identificação dos exames a anexar ao processo, na formulação das perguntas a realizar ao especialista e até mesmo na recolha da informação relevante para o processo.
- c) Acompanhamento por parte do Médico Coordenador (Case Manager) antes e depois do envio do Relatório de Segunda Opinião Médica.
- d) Compilação de toda a informação clínica necessária;
- e) 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;
- f) Envio do Relatório de Segunda Opinião Médica para a morada da pessoa segura.
- g) 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. Curriculum dos especialistas selecionados.

3. Adicionalmente, no caso da pessoa segura decidir deslocar-se, seja em território nacional seja ao estrangeiro, para efetuar algum tratamento, a presente cobertura oferece os seguintes serviços de apoio:

- a) Seleção de Especialistas Médicos e de Hospitais de referência;
- b) Assessoria em caso de deslocação da pessoa segura;
- c) Ajuda na marcação de consultas com os médicos e nos procedimentos de admissão em hospitais internacionais;
- d) Obtenção de orçamentos, custos estimados de internamento e possíveis descontos.

4. 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.

5. 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.

6. Exclui-se do âmbito desta cobertura:

- a) Quaisquer pedidos de Segunda Opinião Médica Internacional solicitados cujos serviços clínicos da MGEN considerem que não se enquadrem no âmbito de um Serviço de Segunda Opinião Médica Internacional tal como referido no Artigo 1º desta cobertura;
- b) Quaisquer despesas médicas com honorários, medicamentos e/ou internamentos;
- c) 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-convenionadas 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:

- a) Primeira consulta de medicina dentária;
- b) Consulta de medicina dentária;
- c) Consulta para apresentação e discussão de plano de tratamento;
- d) Consulta de reavaliação;
- e) Consulta de urgência;
- f) Selamento de fissuras;
- g) Aplicação tópica de fluoretos;
- h) Profilaxia em adulto;
- i) Profilaxia em criança;
- j) Instrução e motivação de higiene oral para adulto;
- k) Instrução e motivação de higiene oral para criança;
- l) Aconselhamento nutricional para controlo de doenças da cavidade oral;
- m) Aconselhamento antibiótico para controlo e prevenção em saúde oral;
- n) Remoção de sutura;
- o) Destartarização bimaxilar (inclui polimento dentário);
- p) Destartarização maxilar (inclui polimento dentário);
- q) Destartarização mandibular (inclui polimento dentário);
- r) Realização e interpretação de radiografia periapical;
- s) Realização de radiografia periapical;
- t) Realização e interpretação de radiografia panorâmica;
- u) Realização de radiografia panorâmica;
- v) Atestado médico.

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

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

- a. Todos os custos com utilização de materiais preciosos;
 - b. 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 através do número 210 114 484 (opção 4), em caso de urgência e até aos limites aplicáveis, as seguintes garantias:

- a) Aconselhamento Médico;
- b) Informação médica referente a doenças;
- c) Informação médica referente à prevenção de problemas de saúde;
- d) Informação sobre a correta administração de medicamentos;
- e) Assessoria na compreensão de relatórios de laboratório, terminologia médica, interpretação de relatórios e diagnósticos;
- f) Explicação do funcionamento e preparação prévia necessária à realização de exames médicos complementares;
- g) As informações médicas prestadas através da linha telefónica de atendimento não poderão ser entendidas como uma consulta médica.

2. O Serviço de Assistência Nacional garante também à Pessoa Segura o envio de médico ao domicílio, que poderá estar sujeito a um copagamento definido nas Condições Particulares, a efetuar no ato da consulta, diretamente ao médico.

3. No caso de indisponibilidade do médico ou ausência de médico no concelho ou distrito onde a Pessoa Segura se encontre, o Serviço de Assistência organiza o transporte da Pessoa Segura até ao centro clínico mais próximo. Este serviço também se encontra sujeito ao copagamento referido no presente número.

4. O Serviço de Assistência Nacional garante a entrega dos medicamentos ao domicílio sempre que a Pessoa Segura seja possuidora de um receituário médico. O custo dos medicamentos e respetivas despesas de entrega decorrem a cargo da Pessoa Segura.

5. Em caso de necessidade, a presente cobertura garante a organização do transporte da Pessoa Segura em ambulância, do domicílio para o posto de primeiros socorros ou de urgências mais próximo, sendo o custo do transporte suportado pela Pessoa Segura.

6. Este serviço não substitui os serviços de emergência públicos, em caso de urgência a Pessoa Segura deverá sempre contactar o serviço do INEM através do número 112.

7. As garantias da presente Condição Especial são válidas em Portugal Continental e nas Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira.

8. 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 Consulta Médica por videoconferência e Consulta ao Domicílio:

1. Pela presente cobertura, e desde que indicada nas Condições Particulares, a MGEN, através do prestador de saúde KNOK, coloca à disposição da Pessoa Segura consultas médicas por videoconferência e consultas realizadas no seu domicílio.

2. O serviço é disponibilizado através de uma aplicação móvel, denominada "KNOK – Médicos ao Domicílio", que a Pessoa Segura deverá instalar no seu telemóvel ou tablet através da Apple Store ou da Google Play Store.

3. A utilização desta aplicação pressupõe os seguintes requisitos mínimos:

- Um telemóvel ou tablet com camera e microfone;
- Equipamento compatível com Apple IOS versão 8 ou superior ou Android versão 4.1 ou superior;
- Acesso à internet no equipamento móvel.

4. Após a instalação, a Pessoa Segura deve cumprir as instruções indicadas na aplicação, tais como:

- Completar o pré-registo de utilizador, fornecendo os dados solicitados pela aplicação;
- Registar um meio de pagamento válido na referida aplicação, para débito eletrónico do copagamento previsto nas Condições Particulares, que será efetuado no momento em que a Pessoa Segura realize uma consulta médica por videoconferência ou consulta ao domicílio;
- A Pessoa Segura deve prestar com veracidade as informações solicitadas na aplicação, relativas à sua doença ou a eventuais sintomas observados;

5. Os serviços prestados no âmbito desta cobertura estão disponíveis todos os dias do ano, no período compreendido entre as 8 e as 24 horas.

6. Em caso de urgência, a Pessoa Segura deverá sempre contactar o serviço do INEM através do número 112.

7. A cobertura de Consulta Médica por Videoconferência é preferencialmente indicada para as seguintes situações clínicas:

- Gripes e constipações;
- Infeções do trato respiratório superior (orofaringites e otites);
- Alergias (espirros, pele atópica) e rinosinusite (rinite e sinusite);
- Gastroenterites;
- Azia (pirose);
- Infeções urinárias;
- Micoses e Onicomicoses (micoses das unhas);
- Dor osteomuscular (incluindo dor lombar);
- Medicina do viajante (consulta do viajante);
- Depressão e ansiedade (consulta de psiquiatria).

8. A cobertura de Consulta Médica por Videoconferência consiste nos seguintes serviços prestados por um Médico:

- Aconselhamento clínico;
- Triagem clínica e referenciação para o cuidado médico adequado;
- Avaliação após consulta médica presencial ou triagem;
- Prescrição de exames auxiliares de diagnóstico;
- Avaliação de análises clínicas ou de relatórios médicos;
- Prescrição de medicamentos e ajustes na medicação. No caso de doenças crónicas, como a diabetes ou situações clínicas relacionadas com a tiróide, o doente deve ter na sua posse exames e análises clínicas recentes que possa facultar ao médico;
- Esclarecimento de dúvidas sobre a medicação, a sua posologia, a indicação, os efeitos secundários ou adversos, entre outros;
- Educação para a saúde e prevenção de doença;
- Esclarecimento sobre a preparação prévia necessária à realização de exames médicos complementares a realizar;
- Outras informações médicas passíveis de serem corretamente transmitidas por videoconferência.

9. Sempre que necessário, a Pessoa Segura pode solicitar o envio de um Médico ao domicílio. Através da referida aplicação móvel a Pessoa Segura pode:

- Consultar os médicos disponíveis e mais próximos da sua localização;
- Consultar o currículo profissional do médico antes de solicitar o serviço;
- Acompanhar o trajeto que o médico realiza na deslocação até ao seu domicílio;
- Consultar o valor debitado referente ao copagamento suportado pela Pessoa Segura na consulta médica realizada no seu domicílio.

10. O Serviço de Consultas ao Domicílio é preferencialmente indicado para as seguintes situações clínicas:

- Gripes e constipações;
- Infeções respiratórias altas (orofaringites, otites);
- Infeções respiratórias baixas (pneumonias da comunidade sem sinais de gravidade);
- Alergias (espirros, pele atópica) e rinosinusite (rinite e sinusite);
- Dor abdominal, náuseas, vómitos e diarreia;
- Dor de cabeça;
- Dor osteomuscular (incluindo dor lombar);
- Infeções urinárias;
- Doenças de pele;
- Dor osteomuscular (incluindo dor lombar);

- Medicina do viajante (consulta do viajante);
- Depressão e ansiedade (consulta de psiquiatria);
- Demências e deterioração cognitiva.

11. Caso não seja possível fornecer uma resposta imediata, no âmbito do serviço de consulta ao domicílio, a KNOK voltará a contactar a Pessoa Segura, de forma a realizar a consulta médica com a maior brevidade possível.

12. O Serviço de Consulta ao Domicílio deve ser preferencialmente solicitado em relação à videoconferência sempre que as situações clínicas abordáveis em cuidados primários (ou pré-hospitalares) reúnam, pelo menos, uma das seguintes condições:

- Quadro clínico que ultrapassa a gravidade de ligeiro;
- História clínica que não é suficientemente esclarecedora;
- Doente que tem dificuldades de comunicação que prejudicam a compreensão do caso clínico (doentes muito jovens, muito idosos, doentes com síndromes demenciais, doentes com debilidade intelectual, doentes com dificuldades sensoriais ou outras assim considerados pelo médico);
- Situações em que o exame físico que é indispensável;
- Existência de comorbilidades médico-cirúrgicas que elevem o risco clínico do episódio agudo (por exemplo: cirurgia recente, doença oncológica, HIV, outras infeções crónicas, etc.)
- Pessoa doente que prefere a observação presencial;
- Qualquer outra situação em que o Médico selecionado indique a observação presencial.

13. Em caso de necessidade, a presente cobertura garante a organização do transporte da Pessoa Segura em ambulância, do domicílio para o posto de primeiros socorros ou de urgências mais próximo, sendo o custo do transporte suportado pela Pessoa Segura.

14. As garantias da presente Condição Especial são válidas, nas Consultas Médicas por Videoconferência, em todos os países da União Europeia e, nas Consultas ao Domicílio, em Portugal Continental.

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;
- Biomicroscopia 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 efetuado 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;

- b) No momento da quebra ou rutura da afinidade do Beneficiário relativamente ao Tomador do Seguro;
- c) 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 do seguro 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 membros do agregado se encontrar numa das situações abaixo:

- a) Por motivo de ausência prolongada no estrangeiro;
- b) 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 (sessenta) 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 na listagem de Pessoas Seguras anexa às 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 é de 90 (noventa) dias, com exceção das situações previstas a seguir;
- b) O período de carência é alargado para 360 (trezentos e sessenta) dias em caso de litotricia renal, intervenção cirúrgica do foro ginecológico por patologia benigna, hemorroidectomia, mastectomia por patologia benigna, tiroidectomia por patologia benigna e colecistectomia, rinoseptoplastia e septoplastia, amigdalectomia, adenoidectomia e miringotomia, cirurgia artroscópica, tratamento cirúrgico de hérnias, varizes, roncopatia, apneia do sono, terapia do sono, tratamentos e cirurgias oculares;
- c) O período de carência é também alargado para 360 (trezentos e sessenta) no caso de: doença pré-existente; doença crónica; doença ou patologia provocada por malformação congénita; tratamentos resultantes da infeção do vírus HIV/SIDA; patologias hepáticas; tratamentos de hemodiálise; cuidados continuados e cuidados paliativos; doenças epidémicas oficialmente declaradas; cirurgia e atos médicos no tratamento da obesidade mórbida e lesões resultantes de calamidades naturais.

2. O período de carência começa a contar a partir da data de efeito da adesão de cada uma das Pessoas Seguras, salvo acordo em contrário.

3. O incumprimento do pagamento pontual dos prémios de seguro obriga à prorrogação do período de carência com a mesma duração.

4. Quando solicitada pelo Tomador do Seguro, a ampliação de coberturas ou do capital seguro, respeitar-se-á o período de carência na quota-parte do capital e coberturas alteradas.

5. Não haverá lugar à aplicação de períodos de carência em relação à Pessoa Segura, nas situações clínicas previstas nas alíneas a) e b) do n.º 1, em caso de:

- a) Acidente que requeira tratamento de urgência em Hospital, quer em regime de internamento, quer em regime de ambulatório;
- b) Doença súbita que ocorra depois do início das garantias e implique tratamento hospitalar urgente;
- c) Transferência de seguro anterior.
- d) Novos colaboradores na empresa (ou novos associados de um Grupo Fechado) quando admitidos nas organizações há menos de 30 (trinta) dias e quando o Contrato esteja em vigor há pelo menos 90 (noventa) dias;
- e) Para o cônjuge por motivo de casamento, ou para dependentes por nascimento ou adoção se o restante agregado familiar estiver previamente incluído no Contrato. A comunicação à MGEN deve ocorrer no prazo máximo de 30 (trinta) dias;

6. Não haverá lugar à aplicação de períodos de carência em relação à Pessoa Segura, nas situações clínicas previstas na alínea c) do n.º 1, em caso de:

- a) Doenças ou malformações congénitas, quando digam respeito a bebés nascidos durante a vigência do contrato de seguro e que sejam incluídos no mesmo no prazo de 30 (trinta) dias a contar do nascimento.
- b) Transferência de seguro anterior, que garanta as patologias indicadas na referida alínea e a Pessoa Segura não tenha sido excluída desse seguro por iniciativa do Segurador anterior.

7. Em caso de transferência de seguro, a MGEN solicitará a seguinte documentação comprovativa:

- i. Cópia das Condições Gerais e Particulares do seguro anterior;
- ii. Cópia do último recibo de prémio pago do seguro anterior;
- iii. Declaração emitida pelo Segurador anterior, indicando o motivo da anulação do seguro;
- iv. Documentação adicional específica em função da natureza do risco.

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. Todos os atos médicos e medicamentos relacionados com o tabagismo;
4. Perturbações psíquicas 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.
5. Despesas efetuadas 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;
6. Tratamentos não reconhecidos oficialmente pela Ordem dos Médicos, exceto quando expressamente indicado nas Condições Particulares e no âmbito do estabelecido nas Condições Especiais;
7. Situação em que a pessoa segura solicita alta hospitalar contra parecer médico;
8. Consultas e/ou tratamentos de infertilidade e qualquer método de fecundação artificial, bem como testes de gravidez;
9. Check-ups e/ou rastreios gerais de saúde preventivos, exceto quando expressamente indicado nas Condições Particulares e no âmbito do estabelecido nas Condições Especiais;
10. 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;
11. Consultas, tratamentos ou cirurgias estéticas ou plásticas exceto se, em consequência de 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;
12. Tratamentos, ou cirurgias estéticas/reconstrutivas, decorrentes ou subsequentes das cirurgias de obesidade mórbida;
13. Tratamentos de rejuvenescimento e/ou emagrecimento;
14. Transplante de órgãos e tecidos e suas implicações;
15. Doenças profissionais e Acidentes de Trabalho, bem como os acidentes e doenças cobertas por seguros obrigatórios;
16. Prática profissional de desporto;
17. Prática de desportos e atividades perigosas tais como: para-queda, tauromaquia, boxe e outras artes marciais, alpinismo e montanhismo, espeleologia, caça, desportos de inverno, competições desportivas com veículos com ou sem motor;
18. Atos de terrorismo ou guerra, declarada ou não, intervenção em atos criminosos, intervenção em rixas, salvo em caso de legítima defesa própria ou alheia, de bens e pessoas;
18. Todas as despesas apresentadas quando o valor máximo da garantia for atingido ou ultrapassado;
19. Todas as despesas não devidamente documentadas pelos recibos originais ou cópias certificadas;
20. Prestações de dependência e de ação social cobertas pelo subsistema;
21. Todas as consultas e exames médicos que sejam considerados benefício social ao abrigo do contrato laboral de cada trabalhador;

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 trinta (30) dias 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.

4. As solicitações de alteração do plano de garantias devem ser apresentadas à MGEN por escrito, com justificação que descreva o motivo da alteração, até 60 (sessenta) dias antes da data da renovação, ficando sujeitas à apreciação e à aceitação técnica do risco.

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 noutro 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 presente Contrato baseia-se na Declaração Inicial do Risco constante da Proposta de Seguro e do Boletim de Adesão, tal como, nas declarações que a Pessoa Segura e/ou o Tomador do Seguro está obrigado a prestar nos termos da lei, nomeadamente, todas as circunstâncias relevantes e significativas que determinam a exata apreciação do risco pela MGEN.

2. Essas declarações devem mencionar-se, com inteira exatidão, mesmo que não sejam expressamente solicitadas em questionários eventualmente fornecidos para o efeito pela MGEN, sob pena de incorrer nas consequências previstas nos artigos 9.º e 10.º.

3. Com exceção das situações em que a MGEN manifeste a necessidade de recolher informação adicional, o Contrato considera-se celebrado nos termos propostos a partir das 0 (zero) horas do dia 1 (um) do mês seguinte ao da aceitação da Proposta pela MGEN.

Prémios:

1. A cobertura dos riscos garantidos através do Contrato de Seguro fica, nos termos definidos na legislação em vigor, dependente do pagamento do prémio ou da 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 o Tomador do Seguro por escrito e com uma antecedência mínima de trinta (30) dias, em relação à data em que o prémio ou as frações deste se vencem. O aviso indica o montante a pagar, a forma e o lugar de pagamento.

5. Quando por acordo, o pagamento do prémio for objeto de fracionamento por prazo igual ou inferior ao trimestre, poderá não haver lugar ao envio de qualquer aviso de cobrança.

Falta de pagamento de prémios:

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

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

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

- Uma fração do prémio no decurso de uma anuidade;
- Um prémio de acerto nas circunstâncias definidas nas Condições Particulares;
- Um prémio adicional resultante de uma modificação do Contrato fundado num agravamento superveniente do risco.

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 que 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.

Reclamações:

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

Gestão de Reclamações
Rua Castilho, n.º 39, 12-H
1250-068 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. Estabelece-se como foro competente para a resolução de eventual litígio entre as partes a Lei portuguesa, sendo admitido o recurso à arbitragem, bem como os normativos regulamentares, de controlo e de supervisão da atividade da MGEN em França.

2. Em caso de litígio que resulte da execução ou interpretação do presente Contrato, o Segurador, 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.

Data / Date

Assinatura do Tomador do Seguro:

Proteção de Dados:

1. No âmbito da Apólice, a MGEN é a entidade responsável pela recolha e pelo tratamento dos dados pessoais dos Aderente/Pessoa Segura e dos representantes do Tomador do Seguro. O contato do Encarregado de Proteção de Dados designado pela MGEN é o seguinte: protecaodedados@mggen.pt.

2. Os dados recolhidos e tratados são os estritamente necessários à execução da Apólice e de cada adesão individual e, bem assim, à gestão da relação contratual com o Tomador do Seguro e o Aderente/Pessoa Segura, incluindo, nomeadamente, dados de identificação, dados de contato, dados relativos a saúde e dados profissionais. A recolha e o tratamento dos dados referidos constituem um requisito necessário para a celebração da Apólice a para a adesão do Aderente/Pessoa Segura à mesma; o não fornecimento dos dados ou o seu fornecimento de forma incompleta ou incorreta impossibilita a celebração/adesão à Apólice.

3. A MGEN procede ao tratamento de dados pessoais para as seguintes finalidades:

- Análise do risco pela MGEN previamente à aceitação da adesão do Aderente (fundamento jurídico: diligências pré-contratuais à aceitação da adesão);
- Celebração e gestão da Apólice e das adesões individuais (fundamento jurídico: execução de contrato em que o titular é parte);
- Faturação e cobrança (fundamentos jurídicos: execução de contrato em que o titular é parte e prossecução de interesse legítimo da MGEN);
- Informação sobre serviços e/ou produtos da MGEN (marketing), através de qualquer meio de comunicação, incluindo suporte eletrónico (fundamento jurídico: consentimento do titular);
- Se aplicável, inquéritos de opinião para avaliação da qualidade do serviço da MGEN (fundamento jurídico: consentimento do titular);
- Para fins estatísticos (apenas com base em dados anonimizados) (fundamento jurídico: prossecução de interesse legítimo da MGEN);
- Se aplicável, gravação das chamadas telefónicas que vierem a ser realizadas no âmbito da relação contratual (fundamento jurídico: consentimento do titular);
- Em geral, cumprimento de obrigações legais ou regulamentares a que a MGEN esteja sujeita e prossecução de interesses legítimos da MGEN ou de terceiros (fundamentos jurídicos: cumprimento de obrigação jurídica e prossecução de interesse legítimo da MGEN).

4. Nos termos legais aplicáveis, a MGEN poderá transmitir ou comunicar dados pessoais a outras entidades no caso de essa transmissão ou comunicação ser necessária para a execução da Apólice ou para diligências pré-contratuais, no caso de ser necessária para o cumprimento de uma obrigação legal ou regulamentar a que a MGEN esteja sujeita ou no caso de ser necessária para efeito da prossecução de interesses legítimos da MGEN ou de terceiro. A data de emissão da presente Apólice, a MGEN transmite/comunica dados às seguintes categorias de destinatários: instituições de crédito e sociedades financeiras, mediadores de seguros, outros seguradores, resseguradores, autoridade tributária e aduaneira, Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões, outras autoridades regulamentares e de supervisão, tribunais, entidades públicas e entidades subcontratadas pelo MGEN para procederem ao tratamento de dados pessoais em nome e por conta da MGEN.

5. A MGEN não procede à transferência de dados pessoais para países terceiros ou organizações internacionais fora do Espaço Económico Europeu.

6. O Aderente/Pessoa Segura tem o direito de solicitar à MGEN informação mais detalhada acerca dos destinatários ou categorias de destinatários dos seus dados pessoais.

7. Sem prejuízo de obrigação legal ou regulamentar aplicável à MGEN que exija a conservação por prazo superior, os dados pessoais são conservados pela MGEN de acordo com o seguinte: os dados pessoais recolhidos para efeitos de análise do risco, celebração da apólice/adesão, faturação e cobrança e, em geral, gestão da apólice, serão conservados durante o período de duração da Apólice e de cada adesão e até 10 anos após a respetiva cessação. Os dados pessoais recolhidos para efeitos de marketing e inquéritos de opinião serão conservados até à retirada de consentimento pelo titular. Os dados referentes à gravação de chamadas telefónicas serão conservados pelo prazo de 7 anos após o termo da relação contratual.

8. A MGEN poderá utilizar mecanismos que conduzam a decisões tomadas com base em tratamentos automatizados no que respeita à análise do risco e condições da Apólice e adesões. O Aderente/Pessoa Segura tem o direito de se opor a tais decisões quando produzam efeitos na sua esfera jurídica ou o afetem significativamente de forma similar, podendo manifestar o seu ponto de vista e requerer a revisão da decisão automatizada no seu caso concreto, dirigindo-se para o efeito por escrito à MGEN.

9. São garantidos aos titulares os direitos de acesso, retificação, apagamento e portabilidade dos seus dados pessoais, bem como o direito à oposição e à limitação do tratamento dos seus dados, nos termos legalmente aplicáveis, devendo os titulares contactar para o efeito o MGEN por escrito, através dos seguintes contatos, correio eletrónico: protecaodedados@mggen.pt, e correio postal: Rua Castilho, n.º 39, 12.º H, 1250-068 Lisboa. Os titulares têm ainda o direito de apresentar reclamações relativas ao tratamento dos seus dados junto da Comissão Nacional de Proteção de Dados.

10. Nos casos em que o tratamento dos dados for realizado unicamente com base no consentimento do Aderente/Pessoa Segura, este tem o direito de retirar o seu consentimento a qualquer momento. A retirada do consentimento, todavia, não compromete a licitude do tratamento efetuado com base no consentimento previamente dado pelo titular. O Aderente/Pessoa Segura tem também o direito a

opor-se, a todo o tempo, a que os seus dados sejam tratados para fins de marketing direto.

Dados pessoais:

- Declaro tomar conhecimento de que os dados pessoais recolhidos e tratados pela MGEN ou por entidades subcontratadas pela MGEN, serão processados e armazenados através de meios automatizados e não automatizados, tendo por fundamento o cumprimento, a execução e a gestão da relação estabelecida entre mim e a MGEN, incluindo as diligências pré-contratuais necessárias, o cumprimento de obrigações legais e regulamentares a que a MGEN se encontra sujeita e a prossecução de interesses legítimos do MGEN. Na medida em que atuar em nome e por conta da MGEN, o Mediador encontra-se habilitado à recolha e ao tratamento dos dados no âmbito do cumprimento de obrigações legais, contratuais e regulamentares.
- Declaro tomar conhecimento que a MGEN procede à recolha e ao tratamento dos dados pessoais, sendo garantidos os direitos legalmente previstos em matéria de proteção de dados pessoais.

Na qualidade de Tomador do Seguro e com o consentimento das Pessoas Seguras incluídas no contrato de seguro, se for o caso, autorizo:

- Que os dados pessoais, informações e documentos referentes de estado de saúde sejam tratados pela MGEN para efeitos de análise do risco e adesão ao contrato de seguro de grupo (requisito necessário à adesão do Aderente ao seguro de grupo) e que, em caso de sinistro, as entidades competentes forneçam à MGEN e aos beneficiários as informações necessárias à completa análise do mesmo, incluindo todas as informações e dados relativos, nomeadamente, a questões de saúde, acidentes e sinistralidade (requisito necessário à adesão do Aderente ao seguro de grupo):** Sim Não

O envio de boletins de voto para eleição dos membros da Assembleia de Representantes.

O envio de informações e artigos sobre cuidados e prevenção da sua saúde.

O envio de inquéritos de opinião e avaliação da qualidade dos serviços da MGEN.

A gravação das chamadas telefónicas realizadas no âmbito da relação contratual.

A informação sobre serviços ou produtos da MGEN, através de qualquer meio de comunicação.

Nos casos em que o tratamento dos dados for realizado unicamente com base no respetivo consentimento, tomo conhecimento de que tenho o direito de retirar o meu consentimento a qualquer momento. A retirada do consentimento, todavia, não compromete a licitude do tratamento efetuado com base no consentimento previamente dado.

Suporte duradouro:

- Autorizo que a MGEN me entregue os documentos contratuais através de suporte eletrónico duradouro, sem prejuízo de eu poder solicitar, a todo o tempo, a entrega dos mesmos em formato papel.

Data / Data

Assinatura do Tomador do Seguro:

Seguro de Saúde Mutualista

mgen^{*}

Documento de informação sobre produtos de seguros

Companhia: MGEN - Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale

Produto: Affinities

A MGEN - Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale declara que as informações pré-contratuais e contratuais completas relativas ao produto são prestadas na ficha de informações pré-contratuais e nas Condições Gerais, Especiais e Particulares da Apólice.

Qual é o tipo de seguro?

Seguro de Saúde



Que riscos são segurados?

- ✓ Cobertura de Hospitalização;
- ✓ Cobertura de Assistência Ambulatoria;
- ✓ Cobertura de Estomatologia;
- ✓ Cobertura de Próteses e Ortóteses;
- ✓ Cobertura de Medicamentos;
- ✓ Cobertura de Parto;
- ✓ Cobertura de Acesso à Rede de Bem-Estar e HNA Espanha;
- ✓ Cobertura de Check-up Periódico;
- ✓ Cobertura de Segunda Opinião Médica Internacional;
- ✓ Cobertura de Acesso à Rede de Prevenção Dentária;
- ✓ Cobertura de Assistência Médica Nacional;
- ✓ Cobertura de Consulta Médica por Videoconferência e Consulta ao domicílio;
- ✓ Cobertura de Acesso à Rede Oftalmológica;

Capitais seguros

Os capitais seguros são específicos por cobertura e variam de acordo com o contratado, constando da informação pré-contratual e contratual legalmente exigida a respectiva identificação.



Há alguma restrição da cobertura?

Os limites de capital seguro, as franquias e os períodos de carência que sejam aplicáveis, tais como:

- ! O período de carência para qualquer ato médico praticado em consequência de uma doença é de 90 dias, com exceção das situações previstas a seguir;



Que riscos não são segurados?

- ✗ Todos os atos médicos praticados em consequência de uma alteração, ou agravamento no estado de saúde da Pessoa Segura, que tenha sido dolosamente provocado por esta;
- ✗ Perturbações provocadas pelo consumo excessivo de álcool, uso de estupefacientes e/ ou narcóticos quando não prescritos por receita médica;
- ✗ Todos os atos médicos e medicamentos relacionados com o tabagismo;
- ✗ Perturbações psíquicas, 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;
- ✗ Despesas efetuadas durante curas de repouso, casas de repouso, lares de terceira idade e outros estabelecimentos similares, assim como, os respetivos tratamentos. São também excluídas as despesas relativas a estados de dependência;
- ✗ Tratamentos não reconhecidos oficialmente pela Ordem dos Médicos, exceto quando expressamente indicado nas Condições Particulares e no âmbito do estabelecido nas Condições Especiais;
- ✗ A situação em que a Pessoa Segura solicita alta hospitalar contra parecer médico;
- ✗ Atos médicos relacionados com tratamentos de infertilidade, métodos de fecundação artificial e testes de gravidez;
- ✗ Check-ups e/ou rastreios gerais de saúde preventivos, exceto quando expressamente indicado nas Condições Particulares e no âmbito do estabelecido nas Condições Especiais;
- ✗ 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;

! O período de carência é alargado para 360 (trezentos e sessenta) dias em caso de litotricia renal, intervenção cirúrgica do foro ginecológico por patologia benigna, hemorroidectomia, mastectomia por patologia benigna, tireoidectomia por patologia benigna e colecistectomia, rinoseptoplastia e septoplastia, amigdalectomia, adenoidectomia e miringotomia, cirurgia artroscópica, tratamento cirúrgico de hérnias, varizes, roncopatia, apneia do sono, terapia do sono, tratamentos e cirurgias oculares.

! O período de carência é também alargado para 360 dias em caso de doenças graves, doença pré-existente, doença crónica, doença ou patologia provocada por malformação congénita, tratamentos resultantes da infeção do vírus HIV/SIDA, patologias hepáticas, tratamentos de hemodiálise, cuidados continuados e cuidados paliativos, doenças epidémicas oficialmente declaradas, cirurgia e atos médicos no tratamento da obesidade mórbida e lesões resultantes de calamidades naturais.

- ✗ Todos os atos médicos de natureza estética ou plástica exceto se, em consequência de doença maligna ou acidente ocorrido na vigência do presente Contrato, forem considerados clinicamente necessários pelo médico para a sobrevivência e a garantia da saúde da Pessoa Segura;
- ✗ Tratamentos de rejuvenescimento e/ou emagrecimento;
- ✗ Transplante de órgãos e tecidos e suas implicações;
- ✗ Doenças profissionais e acidentes de trabalho, bem como os acidentes e doenças cobertas por seguros obrigatórios;
- ✗ Prática profissional de desporto;
- ✗ Prática de desportos e atividades perigosas, tais como: para-quedismo, tauromaquia, boxe e outras artes marciais, alpinismo e montanhismo, espeleologia, caça, desportos de inverno, competições desportivas com veículos com ou sem motor;
- ✗ Atos de terrorismo ou de guerra, declarada ou não, intervenção em atos criminosos, intervenção em rixas, salvo em caso de legítima defesa pessoal ou de terceiro;
- ✗ Todas as despesas apresentadas quando o valor máximo da garantia for atingido ou ultrapassado;
- ✗ Todas as despesas não devidamente documentadas pelos recibos originais ou cópias certificadas;
Prestações de ação social;
- ✗ Todas as despesas em caso de falsas declarações ou omissões do Tomador do Seguro/Pessoa Segura, na declaração inicial do risco, conforme dispõem os artigos 9.º e 10.º das presentes Condições Gerais.



Onde estou coberto ?

O contrato é válido em Portugal Continental e nas Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira.
O contrato é válido no estrangeiro quando se verifique uma das seguintes condições:

- ✓ Em caso de acidente ou doença súbita, quando a Pessoa Segura se encontrar no estrangeiro por um período não superior a 90 dias;
- ✓ Em caso de qualquer tratamento no estrangeiro, desde que, uma entidade médica, nomeada pela MGEN, reconheça a impossibilidade de se efetuar o tratamento em causa, em território nacional;



Quais são as minhas obrigações?

Antes da celebração do contrato, declarar com exatidão todas as circunstâncias relevantes para a apreciação do risco pela MGEN. Durante a vigência do contrato, os prémios de seguro devem ser pagos, pontualmente.

Nas prestações convencionadas:

- Selecionar um prestador da Rede de Prestadores indicada pela MGEN;
- Apresentar o seu cartão de saúde nos serviços clínicos no prestador e verificar se todos os atos médicos necessários estão convencionados;

- Pagar ao prestador a parte da despesa que fica a seu cargo, conforme definido nas Condições Particulares.
- Em caso de acidente, a Pessoa Segura deverá preencher a respetiva Declaração.

Nas prestações indemnizatórias:

- Em caso de acidente, a Pessoa Segura deverá preencher a respetiva Declaração;
- Enviar à MGEN o formulário de pedido de reembolso, disponibilizado no seu site, devidamente preenchido;
- Solicitar autorização prévia à MGEN para a realização dos atos médicos descritos no número 3 do presente artigo. Sendo que, de outro modo, não serão efetuadas quaisquer prestações indemnizatórias decorrentes desses atos;
- Apresentar a prescrição médica para os exames complementares de diagnóstico e tratamentos realizados, bem como para os medicamentos e óculos adquiridos;
- Quando a despesa tiver sido realizada no estrangeiro e a mesma se encontrar garantida pelo Contrato, os respetivos recibos originais terão obrigatoriamente de estar redigidos em português, inglês, francês ou espanhol;
- Apresentar, no prazo máximo de 90 (noventa) dias a contar da data de realização do ato médico em causa, os recibos originais das despesas efetuadas, os quais terão obrigatoriamente que indicar o nome do doente a que respeitam, discriminar os serviços prestados, a especialidade médica e obedecer às normas legais, nomeadamente às de natureza fiscal;
- O prazo estipulado no número anterior é alargado para 180 (cento e oitenta) dias quando a despesa tenha sido anterior ou parcialmente suportada por outro segurador, no âmbito do regime complementar;
- Em relação às despesas acima mencionadas, a Pessoa Segura deve efetuar, primeiramente, o pedido de reembolso de despesas ao anterior subsistema ou segurador.

Em caso de sinistro:

- Informar com verdade a MGEN sobre as circunstâncias e consequências da doença ou acidente;
- Cumprir as prescrições do médico a que tenham recorrido;
- Sujeitar-se a exames por médicos designados pela MGEN, caso estes o considerem necessário;

Solicitar uma pré-autorização aos serviços clínicos da MGEN, sempre que estiver em causa a realização de:

- Despesas garantidas ao abrigo da Condição Especial de "Despesas de Hospitalização";
- Despesas de Transportes para Unidades Hospitalares no Estrangeiro;
- Despesas com tratamentos consequentes de doenças graves, doenças crónicas, doenças ou lesões pré-existentes bem como doenças provocadas por malformações congénitas;
- Qualquer ato médico decorrente da Condição Especial de "Extensão Territorial".



Quando e como devo pagar?

- A cobertura dos riscos garantidos através do contrato de seguro fica, nos termos definidos na legislação em vigor, dependente do pagamento do prémio ou da fração inicial, sendo o mesmo devido na data de celebração do contrato.
- O prémio correspondente a cada período de duração do contrato é devido, na data da celebração do contrato, por inteiro, sem prejuízo do pagamento do prémio poder ser fracionado.
- 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.
- A MGEN avisará o Tomador do Seguro por escrito sobre o montante a pagar, a forma e o lugar de pagamento.



Quando começa e acaba a cobertura?

O contrato de seguro produz efeitos a partir do momento do pagamento do prêmio inicial, sem prejuízo dos períodos de carência que lhe sejam aplicáveis e tem a duração de um ano.



Como posso rescindir o contrato?

O Tomador do Seguro pode denunciar o contrato de seguro com 30 dias de antecedência em relação à data de renovação do mesmo. O contrato cessa, ainda, por caducidade, revogação e resolução. Todas as comunicações de cessação do contrato devem ser apresentadas por escrito.