

Condições Gerais

Seguro Hospitalar

Acidentes e Doença

Seguro Hospitalar Acidentes e
Doença_CG_HIP1.5 | 09/2024

Artigo Preliminar

Entre a Companhia de Seguros MetLife Europe d.a.c. - Sucursal em Portugal, Av. da Liberdade, 36, 4º, 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.

Capítulo I

Definições e Âmbito do Contrato

Artigo 1º. Definições

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

- a) **Segurador:** MetLife Europe d.a.c. – Sucursal em Portugal, entidade que celebra este contrato, com o Tomador do Seguro, e assume a cobertura dos riscos que são objecto do mesmo.
- b) **Tomador do seguro:** Pessoa singular que celebra o contrato de seguro com o Segurador e é responsável pelo pagamento do respectivo prémio.
- c) **Pessoa segura:** A(s) pessoa(s) identificada(s) nas Condições Particulares, e que se encontra(m) sujeita aos riscos que, nos termos acordados, são objecto do contrato.
- d) **Agregado familiar:** O cônjuge (ou equiparado) da Pessoa Segura, ou a pessoa que com ela viva em situação de união de

facto, os filhos, os enteados ou adoptados de qualquer dos cônjuges (ou equiparados).

- e) **Beneficiário:** Corresponde sempre à Pessoa Segura.
- f) **Proposta:** Documento subscrito 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.
- g) **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.
- h) **Acta adicional:** Documento que titula a alteração de uma Apólice.
- i) **Prémio:** Importância paga pelo Tomador do Seguro ao Segurador pela contratação do seguro.
- j) **Estorno:** Devolução ao Tomador do Seguro de uma parte do Prémio já pago.
- k) **Subsídio diário:** Montante devido pelo Segurador à Pessoa Segura, em caso de sinistro, no âmbito da presente Apólice, nos termos das respectivas Condições Particulares.
- l) **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.
- m) **Sinistro:** Evento, ou série de eventos, resultantes de uma mesma causa



Exploremos a vida juntos

A MetLife Europe, d.a.c. é uma sociedade de responsabilidade limitada por acções registada na Irlanda com o número 415123, com 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 Insurance d.a.c. é uma sociedade de responsabilidade limitada por acções registadas na Irlanda com o número 472350, com Sucursal em Portugal registada na Conservatória do Registo Comercial de Lisboa com o número único de matrícula e de pessoa colectiva 980479428 e com sede na Av. da Liberdade, 36, 4º, 1269 – 047 Lisboa. A sede social da MetLife Europe d.a.c. e da MetLife Europe Insurance d.a.c. situa-se em 20 on Hatch, Lower Hatch Street, Dublin 2, Irlanda. Os Administradores de ambas as sociedades são: Carmina Dragomir (cidadão romanian), Deirdre Flannery (cidadão irish), Nuria Garcia (cidadão spanish), Nick Hayter (cidadão british), Merrilee Matchett (cidadão australiano), Ruairi O'Flynn (cidadão irish) e Tony O'Riordan (cidadão irlandês). A MetLife Europe d.a.c. e a MetLife Europe Insurance d.a.c. (ambas utilizando a marca MetLife) estão devidamente autorizadas a exercer a actividade seguradora pelo Central Bank of Ireland e estão sujeitas a uma supervisão limitada da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões (ASF), com os números de registo, respectivamente, 1188 e 1189. © 2025 MetLife, Inc. MetLife e o seu logotipo são marcas registadas da Metropolitan Life Insurance Company e suas filiais

susceptível de fazer funcionar as coberturas do contrato.

- n) Doença:** Qualquer alteração do estado de saúde da Pessoa Segura diagnosticada e confirmada por um Médico.
- o) Médico:** O licenciado ou titular de um mestrado integrado 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.
- p) 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 terceira idade, centros de tratamento de toxicodependentes e alcoólicos e outras instituições similares.
- q) Pernoitar:** Todo o internamento que exija passar a noite em hospital ou clínica, com um período mínimo de 8 horas.
- r) Hospitalização:** Todo o internamento da Pessoa Segura em hospital ou clínica, em que seja necessário pernoitar, de acordo com as condições de internamento das unidades hospitalares.
- s) Convalescença:** Período em que a Pessoa Segura tem de permanecer na sua habitação ou outro local similar após alta do hospital ou clínica no seguimento de Hospitalização por Acidente ou Doença, 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 (trinta) dias.
- t) Período de carência:** Período de tempo indicado nas Condições Particulares durante o qual as coberturas do contrato não vigoram.
- u) Período de Franquia:** Número de dias consecutivos, considerando-se dias

consecutivos os períodos completos de 24 (vinte e quatro) horas, 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.

- v) Unidade de Cuidados Intensivos (“UCI”):** Unidade de internamento hospitalar, obedecendo a critérios oficialmente definidos para este tipo de classificação, dotada de pessoal, equipamento de reanimação e monitorização, especificamente vocacionada para o tratamento intensivo de doentes em risco de vida potencialmente reversível.
- x) Invalidez absoluta e definitiva (“IAD”):** A situação em que se constate, com fundamento em elementos objectivos clinicamente comprovados, a total incapacidade da Pessoa Segura para exercer qualquer actividade remunerável, bem como 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.

1.2. Quando a isso não se oponha a própria natureza do contrato, podem eventualmente 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

2.1. O presente contrato garante o pagamento de um Subsídio Diário em caso de Hospitalização da Pessoa Segura em Hospital ou Clínica, no qual seja necessário pernoitar, incluindo a fase de Convalescença, desde que 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.

2.2. O valor do Subsídio Diário devido nos termos do presente contrato encontra-se expresso nas Condições Particulares.

2.3. O valor do Subsídio Diário previsto nas Condições Particulares será aumentado automaticamente pelo Segurador em 10 (dez) pontos percentuais na data da primeira renovação do contrato. Na data da segunda renovação do contrato, o valor inicial do Subsídio Diário previsto nas Condições Particulares será aumentado automaticamente pelo Segurador em 20 (vinte) pontos percentuais, mantendo-se inalterado durante a restante vigência do contrato, excepto em caso de pedido de alteração pelo Tomador do Seguro, aceite pelo Segurador.

2.4. O aumento do valor do Subsídio Diários previsto no número anterior não terá qualquer impacto no valor do Prémio a pagar pelo Tomador do Seguro.

2.5. O estabelecido nos números anteriores não terá aplicação caso o Tomador proceda a alterações ao contrato durante as primeiras duas renovações do mesmo.

2.6. O Segurador enviará ao Tomador do Seguro uma Acta Adicional estabelecendo o valor do Subsídio Diário actualizado sempre e quando esta for solicitada pelo Tomador do Seguro.

Artigo 3º. Condições de Elegibilidade

Apenas podem ser abrangidas nesta Apólice as Pessoas Seguras que no momento da celebração do contrato preenchem 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 encontrem, 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 encontrem, 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 encontrem, no momento da celebração do contrato, internadas em hospital, clínica ou outra instituição de saúde;**
- h) Ter, à data de celebração do contrato, pelo menos 18 (dezoito) anos e menos de 79 (setenta e nove) anos de idade, sem prejuízo do disposto na alínea seguinte.**

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 igual ou 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 susceptíveis de pôr em perigo a integridade física, apostas e desafios, bem como o suicídio ou a tentativa de suicídio;**
- d) Sinistro causado dolosamente pelo Tomador do Seguro;**
- e) Prática desportiva federada e respectivos treinos;**
- f) 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;

- g) Participação da Pessoa Segura, como condutor ou passageiro, em competições ou provas desportivas de todo o tipo de veículos a motor, terrestres, aéreos ou aquáticos;
- h) Doenças do foro psiquiátrico e outras perturbações psicopatológicas;
- i) Doenças do foro estomatológico, exceptuando tratamentos e/ou intervenções cirúrgicas em consequência de acidentes cobertos pelas garantias da Apólice;
- j) Hérnias de qualquer etiologia;
- k) Toda a patologia ao nível da coluna lombar e sagrada.

4.2. Exclui-se também:

- a) A Hospitalização resultante de acidentes ocorridos antes da entrada em vigor da Apólice ou de patologia, lesão ou deficiência de que a Pessoa Segura seja portadora à data da entrada em vigor do contrato e não tenha informado o Segurador no momento da celebração do contrato;
- b) Qualquer internamento verificado fora de Hospital e Clínica nos termos definidos da presente apólice;
- c) O internamento relacionado com Parto, IVG (Interrupção Voluntária da Gravidez), INVG (Interrupção Não Voluntária da Gravidez) e quaisquer complicações;
- d) Tratamentos de fisioterapia a partir da 31º noite de internamento;

- e) O internamento em instituições, hospitalares ou não, desde que o mesmo resulte de situações de convalescença ou reabilitação de qualquer natureza;
- f) Cirurgia plástica e/ou estética, excepto quando necessária em consequência de acidentes cobertos pela Apólice.

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, com excepção da ocorrida em território para o qual o governo português desaconselha a viajar.

Capítulo II Formação e Duração do Contrato

Artigo 6º. Início e Duração do Contrato

6.1. O contrato terá início na data convencionada nas Condições Particulares da Apólice.

6.2. 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.

6.3. Existindo apenas uma Pessoa Segura, o contrato cessará por morte da mesma ou quando lhe seja constatada uma Invalidez Absoluta e Definitiva. Existindo duas Pessoas Seguras, no caso de morte ou constatação de Invalidez Absoluta e Definitiva de uma delas, a outra passará automaticamente a ser considerada como única Pessoa Segura e o contrato continuará em vigor.

6.4. O contrato de seguro cessará os seus efeitos, para cada uma das Pessoas Seguras, no final da anuidade em que a Pessoa Segura completar 80 (oitenta) 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 90 (noventa) 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: quando haja inclusão de novas Pessoas Seguras, caso em que os períodos de carência serão contados a partir da data de inclusão dessas 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 (três) 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 (três) meses a contar do seu conhecimento:

- a) **Não tendo ocorrido sinistro, propor uma alteração do contrato, fixando um prazo, não inferior a 14 (catorze) 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 inexactamente;**
- b) **No caso referido na alínea a), o contrato cessa os seus efeitos 30 (trinta) dias após o envio da declaração de cessação ou 20 (vinte) 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 inexatidões 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 inexactamente;
 - 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 inexactamente.

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 com o fraccionamento acordado conforme as Condições Particulares da Apólice, por transferência bancária, débito directo em conta ou outro meio de pagamento acordado com o Segurador.

9.2. Em caso de 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 e Plano de Pagamentos/Aviso de cobrança anual.

9.3. A MetLife não irá alterar o Prémio aplicável ao contrato durante cada cinco anos contados da data inicial de vigência, salvo pedido do Tomador do Seguro aceite pelo Segurador, assim como alterações decorrentes da fiscalidade dos prémios de seguro. Qualquer alteração do Prémio aplicável ao contrato apenas poderá efectivar-se na data de renovação anual, decorrido cada período de cinco anos acima mencionado, e mediante aviso prévio ao Tomador do Seguro com a antecedência mínima de 30 (trinta) 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 de vencimento dessa fracção.

Artigo 10º. Agravamento do Risco

10.1. No prazo de 14 (catorze) 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 (trinta) dias, a contar da data em que receber tal declaração, para resolver o contrato, 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 referida em 10.2, será comunicada ao Tomador do Seguro com a antecedência mínima de 30 (trinta) 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.

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

- a) Participar o sinistro, por escrito, nos 8 (oito) 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 (oito) dias após a Pessoa Segura ter sido 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 (oito) 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 nos pontos 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 aos exames médicos requeridos 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 da nota de alta hospitalar 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 (um) 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.
- c) Sempre que atendendo ao sinistro em causa, seja de prever a sua existência, deverá ser apresentado auto de ocorrência lavrado por Autoridades Policiais ou por outra entidade pública competente, excepto quando fundamentadamente justificada a sua inexistência.

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.

Artigo 12º. Pagamento das Importâncias Seguras em Caso de Sinistro

12.1. Sempre que as consequências de um Acidente forem agravadas por doença ou enfermidade anterior à data daquele, a responsabilidade do Segurador não poderá exceder a que teria se o acidente tivesse ocorrido a uma pessoa não portadora dessa doença ou enfermidade.

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 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 (um) mês: o pagamento efectuar-se-á após a saída do hospital, e no prazo máximo de 15 (quinze) dias após a recepção de todos os documentos referidos no número anterior;

b) Hospitalizações superiores a 1 (um) mês: neste caso, e a partir do 15º dia, será garantido o pagamento dos primeiros 15 (quinze) dias tendo em conta os períodos de carência e de franquia referidos nos artigos 7º e 14º mediante a apresentação da nota de alta hospitalar, relatório sobre a situação clínica, e quaisquer outros documentos que, adicionalmente, sejam solicitados pelo médico do Segurador.

Depois, serão efectuados pagamentos relativos a cada período de 15 (quinze) 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 (quinze) dias (relativamente ao início do período em questão). A indemnização relativa ao período remanescente será paga após saída do hospital, e no prazo máximo de 15 (quinze) 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 (trinta) dias a contar do início do mesmo.

12.4. O pagamento será efectuado à Pessoa Segura ou ao seu representante legal. 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 pelo Segurador.

Artigo 13º. Duração do Pagamento

Por cada sinistro de que resulte Hospitalização, o Subsídio Diário será pago até ao máximo de 730 (setecentos e trinta) 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 (trinta) dias.

Artigo 14º. Período de Franquia

14.1. Caso haja Hospitalização em consequência de Acidente, não existe qualquer período de franquia, e 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 (três) dias, sendo o subsídio pago a partir do 4º período completo de 24 horas completas 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 (sessenta) dias, não será aplicado novo período de franquia.

Capítulo IV Cessação do Contrato

Artigo 15º. Denúncia do Contrato

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

15.2. A MetLife não denunciará o contrato durante um período de 5 anos desde a sua data de início, mantendo-se em vigor por iguais períodos, salvo comunicação ao Tomador do Seguro por correio registado ou outro meio de que fique registo escrito, com uma antecedência mínima de 30 dias relativamente ao final de cada período de 5 anos.

15.3. O disposto no número anterior não será aplicável em caso de situações de falta de pagamento do prémio; omissões, inexactidões ou falsas declarações na declaração inicial de

risco que possam determinar a cessação do contrato nos termos dos artigos 25.º e 26.º do Decreto-Lei n.º 72/2008 (ou outro diploma legal que o venha a substituir nesta matéria); fraude; aplicação de sanções internacionais nos termos da cláusula 23.º do contrato; ou cumprimento de obrigação legal ou regulatória que determine a cessação do contrato.

15.4. Em caso de cessação do contrato antes da data de renovação, 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 pode resolver o contrato sem invocar justa causa nos 30 (trinta) dias subsequentes à data de recepção da Apólice, comunicando-o ao Segurador por escrito em suporte de papel ou outro meio do qual fique registo duradouro.

b) A resolução do contrato nos termos do número anterior, tem efeito retroactivo, tendo o Segurador direito ao valor do Prémio calculado *pro rata temporis*, na medida em que tenha suportado o risco até à resolução do contrato e que a cobertura se tenha iniciado a pedido do Tomador do Seguro.

16.2. Direito de resolução:

O Tomador do Seguro tem direito à resolução do contrato no prazo de 30 (trinta) 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 sua 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 à data de início da apólice e o Tomador do Seguro tem direito à devolução da totalidade do Prémio pago.

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

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, caso exista) 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 escrito em suporte de papel ou outro meio do qual fique registo duradouro, 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, bem como do da Pessoa Segura.

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

18.4. Na falta das devidas comunicações, toda a informação dirigida ao último domicílio conhecido do Tomador do Seguro em território português é considerado válido para todos os efeitos legais.

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 ao Segurador por escrito em suporte de papel ou outro meio do qual fique registo em suporte duradouro, 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, 36 - 2º andar; para o efeito poderá consultar o procedimento no sítio da internet: www.metlife.pt ou solicitar a sua entrega em suporte papel através do e-mail reclamacoes@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. Protecção de Dados Pessoais

22.1. A MetLife é a entidade responsável pelo tratamento dos dados pessoais dos Tomadores de Seguros, Pessoas Seguras e Beneficiários (“Titulares”). A MetLife recolhe os dados directamente junto dos Titulares ou através de parceiros comerciais. A MetLife trata as seguintes categorias de dados: dados de identificação, dados de saúde, dados financeiros, e demais dados necessários à celebração do contrato e relacionados com o produto de seguro, para as finalidades de celebração e gestão dos produtos de seguro, incluindo emissão de apólices, gestão contratual, gestão de sinistros e cancelamento de apólices. Solicitamos o seu consentimento para o tratamento de dados de saúde. O tratamento é necessário no âmbito da relação contratual estabelecida com os Titulares.

22.2. Mediante o consentimento dos Titulares, a MetLife trata ainda os dados pessoais para envio de comunicações relativas a produtos e serviços da MetLife.

22.3. A qualquer momento, o Titular pode retirar o seu consentimento, não afectando a legitimidade do tratamento efectuado até essa data, contactando a MetLife para dadospessoais@metlife.pt. Para mais informação sobre a forma como a MetLife trata os dados pessoais, os Titulares devem consultar previamente a Política de Privacidade da MetLife disponibilizada e consultável a todo o tempo no site www.metlife.pt.

Artigo 23º. 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 24º. 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.

Artigo 25º. Sanções Internacionais

Salvo convenção em contrário nos termos da apólice ou de qualquer Acta Adicional anexa à mesma ou de previsão expressa em sentido contrário imposta pelo Regulamento (CE) n.º 2271/96 do Conselho, de 22 de Novembro de 1996, relativo à proteção contra os efeitos da aplicação extraterritorial de legislação adotada por um país terceiro e das medidas nela baseadas ou dela resultantes (conforme alterado) ou de qualquer outro diploma que o venha a substituir, as Coberturas e/ou o Pagamento nos termos da Apólice e/ou de

qualquer Acta Adicional NÃO será efectuado se: (i) o Tomador do Seguro, a Pessoa Segura ou o Beneficiário residir num país sancionado; ou (ii) o Tomador do Seguro, a Pessoa Segura ou o Beneficiário estiver identificado nas listagens de Nacionais Especialmente Designados (Specially Designated Nationals, SDN), de Identificação de Sanções Sectoriais do Serviço de Controlo de Bens Estrangeiros do Departamento de Tesouro dos E.U.A. (Office of Foreign Assets Control, OFAC), ou em qualquer listagem de sanções internacionais ou locais; ou (iii) o pagamento for requerido por serviços prestados em qualquer país sancionado.

Com base no acima descrito, o Segurador poderá não ser responsável pelo pagamento de qualquer sinistro ou garantir qualquer cobertura ou serviços, se dos mesmos resultar a aplicação à MetLife de qualquer medida restritiva determinada por Resolução do Conselho de Segurança das Nações Unidas, leis ou regulamentos da União Europeia, dos E.U.A. ou de qualquer outra jurisdição que lhe seja aplicável.