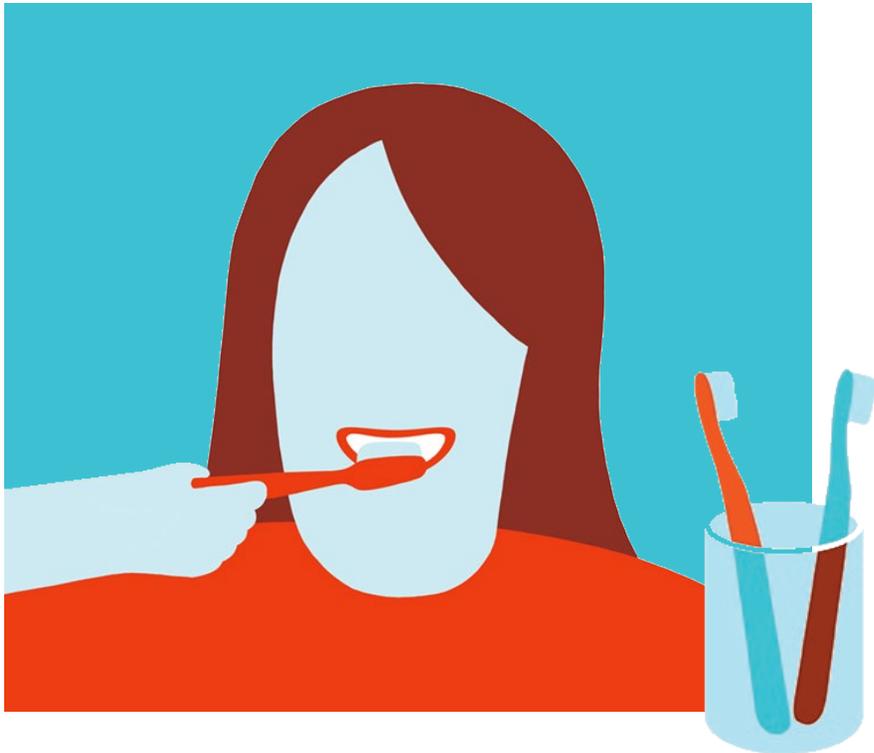


Condições gerais e coberturas complementares

ASISA DENTAL



Determinadas cláusulas constantes das presentes Condições Gerais, poderão não ser aplicáveis em função das Condições Particulares acordadas com o Tomador do Seguro.

CONDIÇÕES GERAIS DA ASISA DENTAL

CLÁUSULA PRELIMINAR

O presente contrato de seguro rege-se pelo disposto no Decreto-Lei n.º 72/2008, de 16 de abril conforme alterado, que estabelece o Regime Jurídico do Contrato de Seguro e pelo convencionado nas Condições Gerais, Particulares e Especiais do presente contrato.

Entre a ASISA, ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS, S.A.U., com sede na Calle Juan Ignacio Luca de Tena, n.º 12, 28027 Madrid, Espanha, a operar em Portugal através da sua sucursal em Portugal com sede no Edifício Liberdade, 225, Rua Rosa Araújo, n.º 2 - 3.º esq., 1250-195 Lisboa, registada junto da Conservatória do Registo Comercial sob o número único de pessoa coletiva e identificação fiscal 980602513 e devidamente registada para o efeito junto da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões relativamente ao ramo Doença, sob o n.º 1198., adiante designada por Segurador e o Tomador do Seguro identificado nas Condições Particulares, estabelece-se o presente Contrato de Seguro que se regula pelas Condições Gerais, Particulares e Especiais, se as houver, desta Apólice, contratada de harmonia com as declarações constantes da Proposta de Seguro que lhe serviu de base e que dele faz parte integrante.

Dando cumprimento ao disposto no artigo 37.º, n.º 3, do Regime Jurídico do Contrato de Seguro, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 72/2008, de 16 de abril, esclarece-se que as cláusulas que estabelecem causas de invalidade, de prorrogação, de suspensão ou de cessação do contrato por iniciativa de qualquer das partes, o âmbito das coberturas, designadamente a sua exclusão ou limitação, e as que imponham ao Tomador do Seguro ou ao Beneficiário deveres de aviso dependentes de prazo, estão escritas em caracteres destacados e de maior dimensão do que os restantes.

DEFINIÇÕES

Para efeitos do presente contrato, salvo se de modo diferente resultar expressamente do presente texto, considera-se como:

1.Acidente

Acontecimento fortuito, súbito e anormal, devido a causa exterior e estranha à vontade do Segurado, e que nele origine lesões corporais confirmado por um médico.

2.Administrador do Plano de Saúde

Entidade, a seguir denominada Administrador, que constitui e mantém a Rede de Prestadores de Saúde e que procede à gestão das prestações devidas pelo contrato de seguro, em nome e por conta do Segurado.

Para efeitos do presente contrato de seguro, o Administrador será a ADE – Especialidades Odontológicas, Lda.

3.Agregado Familiar

O Segurado, o seu cônjuge e os seus descendentes, enquanto abrangidos conforme delimitada nos termos que se determina a concessão de abono de família.

Equipara-se a cônjuge, para todos os efeitos deste contrato de seguro, a pessoa que, como tal, viva em união de facto com o Segurado.

4.Apólice

O documento escrito que confere eficácia e oponibilidade ao presente contrato de seguro celebrado entre o Tomador do Seguro e o Segurador e que inclui todo o conteúdo acordado entre as partes, nomeadamente as Condições Gerais, as Condições Particulares que individualizam o risco, as Condições Especiais e os suplementos ou anexos que se juntem à mesma para a complementar ou modificar, durante a vigência do seguro.

5. Ata Adicional

Documento que titula a alteração da Apólice.

6. Beneficiário

A pessoa singular ou coletiva a favor de quem reverte a prestação do Segurador decorrente do contrato de seguro.

7. Condições Especiais

Conjunto de cláusulas contratuais que complementam ou especificam as Condições Gerais.

8. Condições Gerais

Conjunto de cláusulas contratuais previamente elaboradas e apresentadas pelo Segurador que definem e regulamentam obrigações genéricas e comuns, inerentes a um ramo ou modalidade de seguro.

9. Condições Particulares

Conjunto de cláusulas que adotam o contrato à situação concreta de um Tomador do Seguro.

10. Participação

Porcentagem ou valor máximo das despesas médicas garantidas pela Apólice a cargo do Segurador.

11. Diretório Clínico

Rede Médica de Dentistas privados disponível em todo o País para o acesso aos cuidados de saúde dentária.

12. Doença

A alteração involuntária do estado de saúde, não causada por acidente, verificada, reconhecida e atestada por autoridade médica competente.

13. Dolo

Consciência e vontade de praticar, por ação ou omissão, um determinado ato ou provocar uma certa consequência.

14. Estorno

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

15. Franquia

Importância que fica a cargo do Tomador do Seguro ou do Segurado por despesa médica realizada na Rede Convencionada de Prestadores. É fixada na Tabela de Franquias Asisa Dental e integra a documentação desta Apólice (Anexo 1). A Tabela de Franquias Asisa Dental pode ser modificada e/ou atualizada anualmente, sendo nesse caso comunicadas previamente as respetivas alterações.

16. Médico

Licenciado por uma Faculdade de Medicina, legalmente autorizado a exercer a profissão e cuja especialidade e inscrição seja reconhecida pela Ordem dos Médicos bem como um licenciado por uma Faculdade de Medicina Dentária, legalmente autorizado a exercer a profissão e cuja especialidade e inscrição seja reconhecida pela Ordem dos Médicos Dentistas.

17. Período de Carência

Período com início na data de celebração do contrato de seguro, ou na data de um sinistro, e durante o qual a garantia de certos riscos não produz efeitos.

18. Pré-Autorização

A aprovação ao acesso a serviços clínicos solicitados pelos Segurados dada pelos Serviços Clínicos do Administrador.

19. Prémio

Contrapartida das coberturas acordadas, incluindo o conjunto dos custos que impendem sobre o Tomador do Seguro, nomeadamente custos de cobertura de risco, custos de aquisição, de gestão e de cobrança e encargos relacionados com a emissão da Apólice. O Prémio é pago pelo Tomador do Segu-

ro ao Segurador, ao qual crescem os encargos fiscais e parafiscais também a suportar pelo Tomador do Seguro.

20.Prestações Convencionadas

Bens, serviços ou cuidados de saúde garantidos pela Apólice e realizados pelo Segurado na Rede Convencionada de Prestadores, cujo pagamento direto aos Prestadores é assegurado pelo Administrador na medida da comparticipação do Segurador nas despesas médicas referentes àqueles.

21.Prestação de Atos Médicos de Cuidados Dentários

Atos Médicos Dentários garantidos de acordo com o estabelecido no contrato.

As despesas dos atos Médicos Dentários resultantes de doenças ou acidentes ocorridos durante a vigência do contrato, estão referidas nas Condições Particulares e designadas por Copagamento.

No âmbito das prestações convencionadas, a Pessoa Segura liquida ao prestador apenas o montante a seu cargo e a comparticipação do Segurador nestas despesas é feita diretamente ao prestador.

22.Proposta de Seguro

Documento, de acordo com modelo fornecido pelo Segurador, no qual o Tomador do Seguro solicita a sua adesão ao seguro e especifica as condições em que deseja efetuar a subscrição na modalidade de seguro proposta. O Segurado (se diferente do Tomador do Seguro) aceita a subscrição do contrato de seguro e ambos informam o Segurador dos dados pessoais necessários para a elaboração da Apólice e declaram todas as circunstâncias que sejam do seu conhecimento, para a correta avaliação do risco, de acordo com o questionário.

23.Rede Convencionada de Prestadores de Serviços Clínicos

Conjunto de Prestadores de cuidados de saúde, nomeadamente, médicos especialistas em Estomatologia, Medicina Dentária, Cirurgia Dentária, Ortodontia, Higiene Oral ou próteses estomatológicas, Clínicas, Centros de diagnóstico ou outras unidades de saúde, com as quais o Segurador e/ou o Administrador tenham celebrado um acordo de prestação de serviços clínicos e que asseguram aos Segurados os cuidados de saúde abrangidos por este contrato.

24.Segurado

A pessoa singular no interesse da qual o contrato é celebrado, e que se encontra identificado nas Condições Particulares e que, na ausência do Tomador do Seguro, assume as obrigações decorrentes do contrato.

O Segurado não tem necessariamente que pertencer ao agregado familiar do Tomador do Seguro.

25.Segurador

A entidade legalmente autorizada a exercer a atividade seguradora e que subscreve com o Tomador do Seguro, o Contrato de seguro, no caso, a ASISA, ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS, S.A.U., com sede na Calle Juan Ignacio Luca de Tena, n.º 12, 28027 Madrid, Espanha, a operar em Portugal através da sua sucursal em Portugal com sede no Edifício Liberdade, 225, Rua Rosa Araújo, n.º 2 - 3.º esq., 1250-195 Lisboa, registada junto da Conservatória do Registo Comercial sob o número único de pessoa coletiva e identificação fiscal 980602513 e devidamente registada para o efeito junto da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões relativamente ao ramo Doença, sob o n.º 1198. O Segurador, mediante a cobrança do Prémio, assume a cobertura dos riscos objeto da presente Apólice, dentro dos limites acordados.

26.Sinistro

Evento cuja verificação, total ou parcial, desencadeia o acionamento da cobertura do risco coberta pela Apólice e que aciona o pagamento, por parte do Segurador, do Capital Seguro de acordo com o estipulado nas Condições Particulares da Apólice.

27.Tomador do Seguro

A pessoa singular ou coletiva que celebra o contrato com o Segurador e a quem corresponde a obrigação de pagamento do Prémio e os demais direitos e obrigações decorrentes da Apólice, exceto

os que, pela sua natureza, correspondam expressamente ao Segurado (se diferente do Tomador do Seguro) ou ao Beneficiário.

28.Unidade Hospitalar

Estabelecimento de saúde, público ou privado, legalmente reconhecido, com assistência médica permanente (24 horas/dia).

ÂMBITO DO CONTRATO E DESPESAS MÉDICAS INCLUÍDAS

Artigo 1.º

- 1. Pelo presente contrato de seguro, o Segurador, durante a vigência do presente contrato de seguro, garante ao Segurado indicado nas Condições Particulares a Prestação de Atos Médicos de Cuidados Dentários.**
- 2. Adicionalmente, o Segurador garante ao Segurado indicado nas Condições Particulares o acesso a uma Rede Convencionada de Prestadores de Serviços na área da medicina dentária, para efeitos da Prestação de Atos Médicos de Cuidados Dentários, mediante o pagamento da respectiva Franquia, se aplicável.**
3. A lista de Prestadores que integrando a Rede Convencionada de Prestadores prestarão os serviços cobertos pela Apólice constará do Diretório Clínico.
- 4. Os atos médicos prestados pela Rede Convencionada de Prestadores e as Franquias encontram-se definidos na Tabela de Franquias Asisa Dental (Anexo 1), definida de acordo com a Tabela de Nomenclatura da Ordem dos Médicos Dentistas, onde se especifica a importância das Franquias correspondentes a cada serviço e que ficam a cargo do Segurado.**
- 5. No âmbito das prestações convencionadas, o Segurado liquidará diretamente ao Prestador o montante da Franquia a seu cargo, sendo a comparticipação do Segurador nestas despesas paga por este diretamente ao Prestador.**

BASE DO CONTRATO

Artigo 2.º Base do Contrato

As declarações do Tomador do Seguro e do Segurado que constam da Proposta de Seguro e o questionário médico respondido pelo Segurado, se aplicável, bem como, quando aplicável, o exame médico do Segurado, juntamente com as Condições Gerais, Condições Particulares, Condições Especiais, pelas Atas Adicionais que contemplam alterações acordadas durante a vigência do contrato, se as houver, constituem o presente contrato de seguro.

CONDIÇÕES DE ELEGIBILIDADE DO SEGURADO

Artigo 3.º Condições de elegibilidade do Segurado

- 1. São elegíveis para integrar o presente contrato como Segurado as pessoas que, sem limite de idade, satisfaçam alguma ou algumas das seguintes condições:**
 - a) Sejam residentes em Portugal;**
 - b) Cujo risco, emergente do respetivo estado de saúde auscultado através de questionário médico, se aplicável, seja aceite pelo Segurador.**
 - c) Os menores de 9 anos são elegíveis para integrar o presente contrato como Segurado, desde que a Apólice pela qual os mesmos se encontrem cobertos se encontre associada à Apólice de um adulto.**

EXTENSÃO E ÂMBITO TERRITORIAL DO SEGURO

Artigo 4.º Extensão e âmbito territorial do seguro

1. Apenas estão abrangidas pela Apólice as despesas efetuadas na Rede Convencionada de Prestadores em Portugal e em Espanha.
2. As prestações decorrentes deste seguro, realizar-se-ão exclusivamente em regime ambulatório pelo que não estarão cobertas nem a hospitalização nem a anestesia geral.

Artigo 5.º Exclusões

1. Salvo convenção em contrário, constante das Condições Especiais ou Particulares, o presente contrato não abrange as despesas realizadas fora da Rede Convencionada de Prestadores.

PRODUÇÃO DE EFEITOS E DURAÇÃO DO CONTRATO

Artigo 6.º Produção de efeitos e duração do contrato

1. O contrato produz os seus efeitos a partir do dia e hora constantes das Condições Particulares da Apólice.
2. Salvo disposição em contrário expressa nas Condições Particulares, as coberturas decorrentes do presente contrato entram imediatamente em vigor, após a data de início de produção de efeitos do mesmo.
3. O presente contrato considera-se celebrado pelo período de tempo estabelecido nas Condições Particulares da Apólice, desde que o prémio ou fração inicial seja pago, com renovação anual, a 31 de dezembro de cada ano e acerto de Prémio no final do mês em que tem início.
4. O presente contrato considera-se tácita e automaticamente renovado no termo de cada anuidade, salvo se qualquer uma das partes o denunciar com pré-aviso, por correio registado, ou por qualquer outro meio do qual fique registo escrito, com a antecedência mínima não inferior a 30 dias relativamente à data do seu termo ou se o Tomador do Seguro não proceder ao pagamento do Prémio.
5. Se o Segurador modificar a sua tarifa, terá o direito de fixar o novo prémio em conformidade, a partir do vencimento anual seguinte, obrigando-se a comunicar tal facto ao Tomador do Seguro com uma antecedência mínima de 30 dias.
6. O Tomador do Seguro pode, no entanto, não aceitar a alteração do Prémio, e resolver o contrato através de correio registado, dentro do prazo de 15 dias a partir da data em que tomou conhecimento da alteração, ou não efetuar o pagamento.
7. Em ambos os casos, o contrato de seguro cessará os seus efeitos na data em que o prémio era devido.
8. Quando for celebrado por um período de tempo certo e determinado, o mesmo não poderá, em caso algum, ser prorrogado, caducando o contrato às 24 horas do dia do seu termo, sem necessidade de qualquer aviso.

PAGAMENTO DO PRÉMIO

Artigo 7.º Pagamento do Prémio

1. A cobertura dos riscos ao abrigo do presente contrato de seguro depende do prévio

pagamento do Prémio, no montante estabelecido nas Condições Particulares.

2. O Tomador do Seguro é o único responsável perante o Segurador pelo pagamento dos Prémios do presente seguro, acrescido dos encargos legais ou contratualmente estabelecidos, sendo ineficaz perante este, qualquer acordo estabelecido entre o Tomador do Seguro e o Segurado ou com terceiros.
3. O Prémio é anual e indivisível, mas quando expressamente acordado nas Condições Particulares, poderá o Segurador facultar ao Tomador do Seguro o pagamento do Prémio anual em diversas frações. A fração mensal, trimestral ou semestral do pagamento do Prémio não isenta o Tomador do Seguro da obrigação de pagamento da totalidade do Prémio anual. Em função da periodicidade de pagamento podem ser aplicados descontos no valor do prémio: anual 10%; semestral 5% e trimestral 2%.

Artigo 8.º Vencimento

1. Em conformidade com o disposto no Artigo 53.º, número 1 do Regime Jurídico do Contrato de Seguro, o primeiro prémio anual, ou a primeira fração deste, é exigível na data da celebração do contrato de seguro conforme indicado nas Condições Particulares.
2. As frações seguintes do prémio inicial, o prémio de anuidades subsequentes e as sucessivas frações deste são devidos nas datas estabelecidas nas Condições Particulares.
3. A parte do prémio de montante variável relativa a acerto do valor e, quando seja o caso, a parte do prémio correspondente a alterações ao contrato são devidas nas datas indicadas nos respetivos avisos.

Artigo 9.º Aviso de pagamento

1. O Segurador deve avisar por escrito o Tomador do Seguro com uma antecedência mínima de 30 (trinta) dias da data em que se vence o Prémio, ou a fração deste, do montante a pagar, assim como da forma e o lugar de pagamento e as consequências da falta de pagamento do prémio ou fração
2. Nos contratos de seguro cujo pagamento do prémio seja objeto de fracionamento por prazo igual ou inferior a um trimestre e estejam identificados em documentação contratual as datas de vencimento e os valores a pagar, bem como as consequências da falta de pagamento do prémio ou fração, o Segurador pode optar por não proceder ao envio do aviso previsto no número anterior, recaindo sobre si o ónus da prova da emissão, da aceitação e do envio ao Tomador do Seguro, da documentação contratual referida no presente número.

Artigo 10.º Falta de Pagamento

1. Nos termos da Lei, a falta de pagamento do prémio ou fração na data indicada no aviso previsto no ponto 9.1 ou no documento contratual previsto no ponto 9.2 determina a não renovação ou a resolução automática e imediata do contrato, na data em que o pagamento seja devido.
2. O não pagamento, até à data do vencimento, de um prémio adicional resultante de uma modificação contratual determina a ineficácia da alteração, subsistindo o

contrato com o âmbito e nas condições que vigoravam antes da pretendida modificação, a menos que a subsistência do mesmo se revele impossível, caso em que se considera resolvido na data do vencimento do prêmio não pago.

Artigo 11.º Modo de efetuar o pagamento

1. O Prémio do seguro deverá ser pago por débito em conta bancária.
2. O pagamento por débito em conta bancária fica subordinado à condição da não anulação posterior do débito por retratação do autor do pagamento no quadro de legislação especial que a permita.
3. **A anulação do débito equivale à falta de pagamento do Prémio, sem prejuízo da mora do Segurador no recebimento do Prémio.**

OBRIGAÇÕES DO TOMADOR DO SEGURO E DO SEGURADO

Artigo 12.º Obrigações do Tomador do Seguro e do Segurado

1. Constitui obrigação do Tomador do Seguro, o pagamento ao Segurador do Prémio.
2. Durante a vigência do contrato, o Tomador do Seguro obriga-se a comunicar prontamente ao Segurador qualquer alteração do seu domicílio.
3. O Tomador do Seguro é solidariamente responsável quando esteja ao seu alcance substituir o Segurado quanto às obrigações que sobre ela impendem.
4. Verificando-se, durante a vigência do presente contrato, qualquer sinistro garantido ao abrigo do mesmo, o Tomador do Seguro e/ou Segurado, sob pena de responderem por perdas e danos, obrigam-se a:
 - a) Selecionar um Prestador da Rede Convencionada de Prestadores.
 - b) Apresentar, sempre, ao Prestador da Rede Convencionada de Prestadores a que recorra, documento comprovativo da sua condição de beneficiário de prestações decorrentes do contrato de seguro e documento de identificação válido com fotografia (sempre que solicitado), demonstrativo de que o mesmo se encontra regularizado, para requerer os respetivos serviços garantidos;
 - c) Pagar ao Prestador da Rede Convencionada de Prestadores a parte da despesa médica que fica a seu cargo, conforme definido na Tabela de Franquias Asisa Dental (Anexo 1) e/ou nas Condições Especiais da Apólice, ou em atualização posterior.
5. O Tomador do Seguro e/ou Segurado obrigam-se ainda a:
 - a) Tomar todas as providências para evitar ou, pelo menos, diminuir o agravamento das consequências do sinistro;
 - b) Informar com veracidade o Administrador, o Prestador dos serviços clínicos ou o Segurador sobre as circunstâncias e consequências do sinistro;
 - c) Cumprir as prescrições do Médico a que tenha recorrido;
 - d) Sujeitar-se a exames, por Médicos designados pelo Administrador ou pelo Segurador, caso estes os considerem necessários;
 - e) Autorizar os Médicos e Rede Convencionada de Prestadores a que tenha recorrido, a prestarem todas as informações e elementos nosológicos que sejam solicitados pelos serviços clínicos do Administrador ou do Segurador, inclusive sobre o estado de saúde anterior ao sinistro, bem como facultar os relatórios clínicos

- e quaisquer outros elementos que tenham por convenientes para documentar o processo.
6. O Segurador não assume qualquer responsabilidade pelas consequências de atraso ou negligência imputáveis ao Segurado no recurso à assistência médica, o mesmo sucedendo se ela se recusar a seguir os tratamentos prescritos.

Artigo 13.º Omissões ou inexatidões

1. O Tomador do Seguro ou o Segurado estão obrigados, antes da celebração do contrato, a declarar com exatidão todas as circunstâncias que conheçam e que razoavelmente devam ter por significativas para a apreciação do risco pelo Segurador, mesmo as circunstâncias cuja menção não seja expressamente solicitada nos questionários fornecidos pelo Segurador para o efeito, se aplicáveis.
2. As declarações prestadas pelo Tomador do Seguro ou pelo Segurado na Proposta da Seguro e respetivos questionários por si preenchidos, ou com base nas suas indicações, servem de base ao contrato de seguro e à decisão do Segurador de cobrir os riscos abrangidos pelas respetivas coberturas, sendo o contrato de seguro incontestável após a sua entrada em vigor, sem prejuízo do disposto nos números subsequentes.
3. Em caso de incumprimento doloso do referido dever, o contrato é anulável, mediante declaração enviada pelo Segurador ao Tomador do Seguro.
4. Caso o Segurador tenha conhecimento desta omissão ou inexatidão antes de ocorrer qualquer Sinistro:
 - a) tem 3 (três) meses para enviar a referida declaração;
 - b) não é obrigado a cobrir qualquer Sinistro durante esse período;
 - c) tem direito a receber o Prémio devido até ao final do prazo referido em (a) supra, a não ser que tenha igualmente ocorrido dolo ou negligência grosseira do Segurador ou do seu representante.
5. Se o Segurador apenas tiver conhecimento da omissão ou inexatidão dolosa após a ocorrência de um Sinistro, o Segurador não está obrigado a cobrir esse Sinistro, podendo optar por anular o Contrato de Seguro.
6. Em caso de dolo do Tomador do Seguro ou do Segurado com o propósito de obter uma vantagem, o Prémio é devido até ao termo do contrato de seguro.
7. O incumprimento negligente do dever previsto no número 1 supra constitui o Segurador no direito de, mediante declaração a enviar ao Tomador do Seguro, no prazo de três meses a contar do seu conhecimento:
 - a) Fazer cessar o contrato, demonstrando que, em caso algum, celebra contratos para a cobertura de riscos relacionados com o facto omitido ou declarado inexatamente.
 - b) Propor uma alteração do contrato, fixando um prazo, não inferior a 14 dias, para o envio da aceitação ou, caso a admita, da contraproposta;
8. O Contrato de Seguro cessa os seus efeitos 30 (trinta) dias após o envio da declaração de cessação prevista na alínea (a) do número anterior ou, no caso da alínea (b) do mesmo número, 20 (vinte) dias após a receção pelo Tomador do Seguro da proposta de alteração, caso este nada responda ou a rejeite.
9. Em caso de cessação do contrato de seguro nos termos da alínea (a) número 7 da

presente cláusula, o Prémio é devolvido proporcionalmente ao período do contrato não decorrido.

10. Se, antes da cessação ou da alteração do contrato, ocorrer um sinistro cuja verificação ou consequências tenham sido influenciadas por facto relativamente ao qual tenha havido omissões ou inexatidões negligentes o Segurador:

a) cobrirá o Sinistro na proporção da diferença entre o prémio pago e o prémio que seria devido, caso, aquando da celebração do Contrato de Seguro, tivesse conhecido o facto omitido ou declarado inexatamente;

b) não cobrirá o Sinistro, mediante a demonstração que, em caso algum, teria celebrado o contrato se tivesse conhecido o facto omitido ou declarado inexatamente, devolvendo o prémio.

OBRIGAÇÕES DO SEGURADOR E/OU DO ADMINISTRADOR

Artigo 14.º Obrigações do Segurador e/ou do Administrador

1. O Segurador, por si ou por intermédio do Administrador, obriga-se a:

a) Informar o Tomador do Seguro, antes da celebração do contrato e nos termos da lei, das condições do mesmo, das formalidades a cumprir para a sua celebração, dos seus direitos e obrigações e, ainda, dos factos e circunstâncias que possam influir na formação da sua vontade de o formalizar;

b) Fornecer ao Tomador do Seguro documentos comprovativos da existência do seguro, cópia do Contrato, das Condições Gerais, Especiais e Particulares, aplicáveis, do Diretório Clínico do qual consta a lista de Prestadores que integrando a Rede Convencionada de Prestadores que prestarão os serviços cobertos pela Apólice e Tabela de Franquias Asisa Dental (Anexo 1). O Diretório Clínico e a Tabela de Franquias Asisa Dental estão igualmente disponíveis no seguinte sítio de Internet www.asisa.pt;

c) Responder aos pedidos de esclarecimento do Tomador do Seguro ou do Segurado, necessários ao entendimento das condições contratuais e da gestão do contrato;

d) Informar o Tomador do Seguro das situações de incumprimento contratual e respetivas obrigações e consequências em caso de inobservância das mesmas.

UTILIZAÇÃO DA REDE CONVENCIONADA DE PRESTADORES

Artigo 15.º Utilização da rede convencionada de Prestadores

1. **As prestações cobertas pelo seguro, indicadas na Tabela de Franquias Asisa Dental que integra esta Apólice (Anexo 1), serão prestadas exclusivamente pelos Prestadores que integrando a Rede Convencionada de Prestadores prestarão os serviços cobertos pelo contrato.**

2. O Segurador comparticipa no pagamento das prestações convencionadas ou das despesas efetuadas em cada ano de vigência do contrato.

3. Quando utilizar os bens, serviços ou cuidados de saúde realizados na Rede Convencionada de Prestadores o Segurado pagará a Franquia estabelecida na Tabela de Franquia Asisa Dental (Anexo 1), a qual será alvo de atualização regular.

4. **O Segurador não se responsabiliza nem assumirá o encargo de qualquer prestação**

prestada por Prestadores que não integrem a Rede Convencionada de Prestadores não sendo, como tal, identificados no Diretório Clínico.

5. Em caso de urgência, o Segurado deve recorrer aos Prestadores que integrando a Rede Convencionada de Prestadores sejam identificados no Diretório Clínico para o efeito, e, no horário indicado pelos mesmos.
6. Para requerer os serviços garantidos na Rede Convencionada de Prestadores, o Segurado deverá sempre apresentar documento comprovativo da sua condição de beneficiário de prestações decorrentes do contrato de seguro e um documento de identificação válido com fotografia (quando obrigados a tê-lo).
7. Em caso de perda ou extravio do documento comprovativo da sua condição de beneficiário de prestações decorrentes do contrato de seguro, o Segurado ou o Tomador do Seguro obrigam-se, sob pena de responder por perdas e danos, a comunicar o facto ao Administrador através do Serviço de Assistência a Clientes, no prazo máximo de 48 horas, a fim de o mesmo ser anulado e ser emitido novo comprovativo.

ASPETOS A OBSERVAR EM CASO DE SINISTRO

Artigo 16.º ASPETOS A OBSERVAR EM CASO DE SINISTRO

1. O Segurador obriga-se a proceder com diligência e prontidão a todas as averiguações indispensáveis para a correta regularização dos sinistros.
2. Existindo tratamentos alternativos para um mesmo processo, a decisão quanto à realização de um deles em detrimento de outro será tomada pelo Segurado de acordo com as coberturas da Apólice.
3. Quando devam ser efetuados tratamentos protésicos, o Segurado terá necessariamente que aceitar formalmente o orçamento que relativamente aos mesmos seja apresentado pelo Prestador que integre a Rede Convencionada de Prestadores, com base nas coberturas e franquias mencionadas no mesmo.

CESSAÇÃO DO CONTRATO DE SEGURO

Artigo 17.º MODOS DE CESSAÇÃO

O presente contrato pode cessar por caducidade, revogação, denúncia ou resolução.

Artigo 18.º CADUCIDADE

O presente contrato caduca, nos termos gerais, nomeadamente no termo do período de vigência estipulado, ou na eventualidade de superveniente perda do interesse ou de extinção do risco e sempre que se verifique o pagamento da totalidade do capital seguro para o período de vigência do contrato, sem que se encontre prevista a reposição desse capital.

Artigo 19.º REVOGAÇÃO

1. A revogação do Contrato de Seguro poderá ocorrer se o Tomador do Seguro e o Segurador, a todo o tempo e por comum acordo, determinarem a cessação do contrato, sem prejuízo do número seguinte.

2. Se o Tomador do Seguro não coincidir com o Segurado, a revogação depende do consentimento deste.

Artigo 20.º DENÚNCIA

1. O presente contrato pode ser livremente denunciado, por qualquer das partes para obviar à sua prorrogação.
2. A denúncia efetua-se mediante comunicação prévia e escrita, dirigida à outra parte, através de qualquer meio do qual fique registo duradouro, com uma antecedência mínima de 30 dias em relação à data de vencimento anual da Apólice.

Artigo 21.º RESOLUÇÃO

1. A resolução do presente contrato pode ocorrer, a todo o momento, nos seguintes casos:
 - a) Por iniciativa do Segurador, se invocar justa causa, determinada nos termos legais e desde que o comunique por escrito ao Tomador do Seguro, por qualquer meio do qual fique registo duradouro;
 - b) Por iniciativa do Tomador do Seguro, havendo justa causa, determinada nos termos gerais e desde que o comunique por escrito ao Segurador, por qualquer meio do qual fique registo duradouro;
 - c) Por iniciativa do Tomador do Seguro, se for pessoa singular, sem necessidade de invocar justa causa, nos 30 dias imediatos à data da receção da Apólice, desde que o comunique ao Segurador por escrito, em suporte de papel ou outro meio duradouro disponível e acessível ao mesmo;
2. Sempre que o Tomador do Seguro não coincida com o Segurado, o Segurador deve avisar o Segurado da resolução do contrato logo que possível, no máximo até 20 dias após a não renovação ou a resolução.
3. Todavia, se a resolução for da iniciativa do Tomador do Seguro, o montante do Prémio a estornar será calculado, sem prejuízo da aplicabilidade das regras tarifárias em vigor relativas a seguros temporários e prémios mínimos, proporcionalmente ao tempo já decorrido, na medida em que o Segurador tenha suportado o risco até resolução, podendo ainda este deduzir o custo da Apólice, as despesas e encargos que, comprovadamente, tiver suportado.
4. A declaração de resolução do contrato produz efeitos 30 dias contados da data do envio da declaração de cessação ou, no caso de agravamento do risco, 20 dias após a receção pelo Tomador do Seguro de eventual proposta de alteração, caso este não lhe responda ou a rejeite expressamente.
5. A resolução produz os seus efeitos às 24 horas do dia em que seja eficaz.

Artigo 22.º EFEITOS DA CESSAÇÃO

1. A cessação do contrato por caducidade, denúncia, resolução ou revogação, tem como consequência a cessação de todas as garantias relativamente ao Segurado.
2. As garantias cessam ainda, relativamente ao Segurado menor de 9 anos, por cessação, por qualquer via, da Apólice de adulto à qual se encontre associada a Apólice pela qual aquela fica garantida.

NULIDADE DO CONTRATO DE SEGURO

Artigo 23.º NULIDADE DO CONTRATO DE SEGURO

1. Sem prejuízo de outras causas previstas na legislação em vigor, o contrato de seguro é nulo:
 - a) Se o Segurado não tiver um interesse digno de proteção legal relativamente ao risco coberto;
 - b) Se, aquando da sua celebração, o Segurador, o Tomador do Seguro ou o Segurado tiver conhecimento de que o risco cessou.
2. No caso previsto na alínea b) do número anterior:
 - a) O Tomador do Seguro tem direito à devolução do Prémio pago, deduzido das despesas necessárias à celebração do contrato suportadas pelo Segurador de boa-fé.
 - b) Em caso de má-fé do Tomador do Seguro, o Segurador de boa-fé tem direito a reter o prémio pago, presumindo-se a má-fé do Tomador do Seguro, se este e/ou o Segurado, quando forem distintos, tiver conhecimento, aquando da celebração do contrato de seguro, de que ocorreu o sinistro.

DISPOSIÇÕES DIVERSAS

Artigo 24.º DISPOSIÇÕES DIVERSAS

1. O Segurador que tiver pago a indemnização fica sub-rogado, nos termos legais, e até ao limite das indemnizações pagas por si, em todos os direitos do Segurado contra o(s) terceiro(s) responsável(is) pelo sinistro.
2. O Tomador do seguro ou o Segurado responde, até ao limite da indemnização paga pelo Segurador, por ações e omissões, que prejudique os direitos previstos no número anterior.
3. O Tomador do Seguro e o Segurado autorizam o Segurador a ceder ao Administrador toda a informação pessoal que lhes diga respeito e que hajam prestado e que seja necessária à execução do presente contrato de seguro.

COMUNICAÇÕES E NOTIFICAÇÕES

Artigo 25.º COMUNICAÇÕES E NOTIFICAÇÕES

1. As comunicações ou notificações do Tomador do Seguro ou o Segurado previstas nesta Apólice consideram-se válidas e plenamente eficazes caso sejam efetuadas por correio registado, ou por qualquer outro meio do qual fique registo escrito, para a sede social do Segurador.
2. Qualquer alteração do domicílio do Tomador do Seguro ou do Segurado deve ser comunicada ao Segurador nos 30 dias subsequentes à data em que se verifiquem, por carta registada com aviso de receção, sob pena das comunicações ou notificações que o Segurador venha a efetuar para a morada desatualizada se terem por válidas e eficazes.
3. As comunicações ou notificações do Segurador previstas nesta Apólice consideram-se válidas e plenamente eficazes caso sejam efetuadas por correio registado, ou por qualquer outro meio do qual fique registo escrito, para a última morada do Tomador do Seguro constante do contrato, ou entretanto comunicada nos termos no número anterior.

RECLAMAÇÕES

Artigo 26.º RECLAMAÇÕES

Caso o Tomador do Seguro, o Segurado, o Beneficiário ou qualquer terceiro lesado pretenda apresentar qualquer reclamação relacionada com o presente contrato, poderá apresentar uma reclamação por escrito, devidamente acompanhada da documentação de suporte adequada, junto do Serviço de Apoio ao Cliente (SAC) do Grupo ASISA, por e-mail (clientes.dental@asisa.pt), ou solicitando nos escritórios da ASISA o livro de reclamações junto do SAC. Qualquer reclamação que venha a ser apresentada será processada no prazo máximo de 20 (vinte) dias contados a partir da data da respetiva receção, prorrogando-se o prazo máximo para 30 (trinta) dias nos casos que revistam especial complexidade. A ASISA manterá o reclamante devidamente a par do processo.

Caso, tendo sido esgotado o procedimento interno da ASISA de reclamações, e a questão em causa não tiver ficado resolvida em termos satisfatórios para o reclamante, por discordar do sentido da mesma ou em virtude da falta de resposta pela ASISA no prazo acima referido, o reclamante poderá apresentar ao Provedor do Cliente da ASISA a sua reclamação.

A apresentação de uma reclamação ao Provedor do Cliente da ASISA deverá observar os seguintes requisitos:

- (a) Apresentação por escrito ou por qualquer meio do qual fique registo escrito ou gravado (carta, e-mail e fax);
- (b) Nome completo do reclamante e, caso aplicável, da pessoa que o represente;
- (c) Referência à qualidade do reclamante, designadamente de tomador do seguro, segurado, beneficiário ou terceiro lesado ou de pessoa que o represente;
- (d) Dados de contacto do reclamante e, se aplicável, da pessoa que o represente;
- (e) Número de documento de identificação (NIF);
- (f) Descrição detalhada dos factos que motivaram a reclamação, com identificação dos intervenientes e da data em que os factos ocorreram, exceto se for manifestamente impossível;
- (g) Data e local da reclamação.

Ponto de receção e resposta da reclamação

- Provedor: Dra. Elsa Rocha
- Morada: Edifício Liberdade 225, Rua Rosa Araújo, n.º2, 3.º Esq., 1250-195 Lisboa
- Telefone: 210 425 113
- email: provedorasisa@asisa.pt

O prazo máximo fixado para resposta à reclamação é de 30 (trinta) dias. Em casos que revistam especial complexidade o prazo é alargado para 45 (quarenta e cinco) dias.

O Provedor do Cliente, reserva-se o direito de não registar a reclamação, informando o reclamante de forma fundamentada, sempre que:

- (a) Sejam omitidos dados essenciais que inviabilizem a respetiva gestão e que não tenham sido devidamente corrigidos;
- (b) Se pretenda apresentar uma reclamação relativa a matéria que seja da competência de órgãos arbitrais ou judiciais ou quando a matéria objeto da reclamação já tenha sido resolvida por aquelas instâncias;
- (c) Estas reiterem reclamações que sejam apresentadas pelo mesmo reclamante em relação à mesma matéria e que já tenham sido objeto de resposta pela entidade a quem são dirigidas;

(d) A reclamação não tiver sido apresentada de boa fé ou o respetivo conteúdo for qualificado como vexatório.

O reclamante poderá ainda dirigir a sua reclamação às seguintes entidades, sem prejuízo do recurso aos Tribunais judiciais:

- (a) Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, sito em Paseo de la Castellana, 44, 28046, Madrid, Espanha; ou
- (b) Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões, sito na Avenida da República, 76, 1600-205 Lisboa.

As ações decorrentes do presente contrato de seguro prescreverão ao fim de cinco anos a contar do dia em que o Tomador do Seguro ou o Segurado tiveram conhecimento do seu direito, sem prejuízo da prescrição ordinária a contar do facto que lhe deu causa (Artigo 121.º do Regime Jurídico do Contrato de Seguro).

ARBITRAGEM

Artigo 27.º ARBITRAGEM

Havendo contestação de questões de natureza clínica que sobrevenham por ocasião da aplicação do presente contrato, pode haver recurso à arbitragem, a efetuar nos termos da Lei.

LEGISLAÇÃO E FORO

Artigo 28.º LEGISLAÇÃO E FORO

1. O presente contrato é regido pela lei portuguesa.
2. O regime fiscal aplicável a este contrato é, na parte que corresponder aos seguros de saúde, o definido na legislação em vigor, não recaindo sobre o Segurador qualquer ónus, encargo ou responsabilidade em informar o Tomador do Seguro de qualquer alteração legislativa das normas legais aplicáveis em vigor à data da celebração do presente contrato.
O Segurador não assume qualquer responsabilidade pelas consequências decorrentes de eventuais alterações do regime fiscal atualmente em vigor ou de uma diferente interpretação das normas legais aplicáveis.
3. Qualquer litígio emergente deste contrato, que não possa ser resolvido por via da arbitragem, terá como foro competente o determinado nos termos legais.

SIGILO E PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

Artigo 29.º SIGILO E PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

Esta cláusula oferece-lhe uma perspetiva geral da forma como a ASISA trata os seus dados e dos seus direitos nesta matéria, de acordo com o disposto no Regulamento (EU) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho - Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD) - e restante legislação aplicável em matéria de privacidade e proteção de dados.

1. Identificação do responsável pelo tratamento

O responsável pelo tratamento é ASISA Asistencia Sanitaria Interprovincial de Seguros S.A.U. - Sucursal em Portugal (doravante, "ASISA"), com escritório de representação permanente na Av. da Liberdade 225, 3.º Esq, 1250-142 Lisboa.

2. Quais as fontes dos dados

A ASISA trata os dados pessoais que recebe no âmbito da relação contratual com o Tomador do Seguro, e no âmbito do cumprimento das obrigações legais e regulatórias aplicáveis.

Entre outros, a ASISA considera dados pessoais cujo tratamento possa ser necessário e/ou relevante, aqueles que são requeridos no início da relação com o Tomador do Seguro, ou no processo de concessão, contratação, controlo e/ou seguimento de um produto /serviços específico, incluindo os seguintes:

- Dados de identificação (por exemplo, nome, apelidos, documento de identidade, morada postal, correio eletrónico, número de telefone).
- Dados socioeconómicos (por exemplo, económicos, financeiros e de seguros).
- Dados de transações de bens e serviços (por exemplo, o número de identificação bancária para pagamentos dos serviços realizados).
- Dados de informação comercial (por exemplo, interesse em produtos ou serviços).

Outros dados que estejam na documentação entregue à ASISA ou obtida como consequência da relação com a ASISA, tais como Cartão do Cidadão ou outros documentos relevantes de identificação, Passaporte, tanto em suporte físico como digital e, em geral, qualquer documentação e informação dos contactos mantidos com o Tomador do Seguro e o Segurado por diferentes meios, incluindo campanhas de marketing.

3. Quais as finalidades e os fundamentos para tratar os dados

A ASISA trata os dados pessoais anteriormente enunciados de acordo com o disposto no RGPD e restante legislação aplicável neste âmbito para as seguintes finalidades:

(i) Gestão e execução do contrato de seguro ou outras diligências solicitadas pelo Tomador do Seguro

O tratamento de dados pessoais é feito com a finalidade de gerir e manter a relação contratual com o Tomador do Seguro no âmbito dos contratos de seguro subscritos incluindo, entre outras finalidades, a gestão do “kit de boas-vindas”, a gestão dos pagamentos associados às apólices de seguro contratadas, a assessoria sobre produtos ou serviços no setor dos seguros, a gestão de um call center de apoio e seguimento às dúvidas e solicitações que podem ser colocadas pelo Tomador do Seguro ou pelo Segurado através do serviço de atenção ao cliente e à realização de inquéritos de qualidade via telefónica, gestão, controlo e resolução de reclamações apresentadas pelo Tomador do Seguro ou pelo Segurado através do Provedor do Cliente, gestão e gravação das comunicações telefónicas no caso de a assessoria da ASISA ser prestada telefonicamente. Nestes casos, o Tomador do Seguro e o Segurado serão prévia e claramente informados sobre a existência desta gravação.

(ii) No âmbito de um interesse legítimo

Sempre que necessário, tratamos os seus dados, para salvaguarda de interesses legítimos quer da ASISA quer de terceiros. Exemplos:

- Publicidade de produtos ou serviços próprios através de correio eletrónico, SMS ou outros meios de comunicação eletrónica e estudos de mercado e de opinião, desde que não se tenha oposto à utilização dos seus dados para tal.
- Exercício de direitos legais e de defesa em caso de litígios judiciais.
- Garantia da segurança informática e da gestão informática da ASISA
- Disposições relativas à gestão de transações e ao desenvolvimento de produtos e serviços.

(iii) Com base no consentimento

O envio por qualquer meio (incluindo meios eletrónicos tais como e-mail, SMS e chamadas telefónicas) de comunicações comerciais sobre os produtos e serviços por sociedades do grupo ASISA requer o seu consentimento. Em momento apropriado será solicitado o consentimento para a utilização dos dados para esta finalidade.

(iv) Por imperativo legal ou em benefício do interesse público

Além disso, enquanto empresa de seguros, a ASISA está sujeita ao cumprimento de diversas obrigações legais (por exemplo, legislação relativa a combate ao branqueamento de capitais e ao financiamento ao terrorismo), bem como a disposições relativas à supervisão da atividade seguradora (por exemplo, da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões).

4. Prazo de conservação

Os dados pessoais fornecidos pelo Tomador do Seguro e Segurado serão conservados de acordo com os seguintes critérios: (i) duração da relação contratual, podendo os dados ser conservados neste contexto por prazo superior para efeitos de declaração, exercício ou defesa de direitos em processo judicial e faturação; (ii) cumprimento de obrigações legais a que a ASISA esteja sujeita até ao termo do prazo de prescrição dos direitos corresponsáveis; (iii) revogação do consentimento nos casos de finalidades que requeiram consentimento expresso.

5. Comunicações de dados a entidades terceiras

Os dados pessoais tratados pela ASISA para as finalidades descritas anteriormente poderão ser comunicados aos seguintes destinatários em função do fundamento de legitimidade da comunicação:

- ASISA Asistencia Sanitaria Interprovincial S.A.U., no âmbito do seu interesse legítimo de gestão centralizada e consolidada das apólices de seguro.
- Sociedades do Grupo ASISA (informação detalhada e atualizada sobre estas entidades em [incluir site da Asisa com a informação corporativa] para efeitos de marketing, prospeção comercial e adequação de oferta de produtos e serviços. O consentimento inequívoco para estes efeitos é necessário.

Autoridades oficiais e regulatórias (p. ex. Autoridade Tributária, ASF) para cumprimento de obrigações legais.

- Empresas de Resseguro ou Co-seguro com o objetivo de celebrar, tratar ou gerir, conforme os casos, as prestações contidas na apólice de seguro.
- Entidades financeiras para a gestão de cobranças e pagamentos que surjam no âmbito da relação contratual.
- Assesores (p. ex., auditores e advogados) e outros terceiros prestadores de serviços (p.ex., prestadores de serviços tecnológicos ou informáticos ou a prestadores de serviços na área da segurança) unicamente na medida em que permitam à ASISA cumprir com as finalidades do tratamento. Estas comunicações são necessárias para a própria gestão da relação contratual com o Tomador do Seguro.

6. Dados pessoais de terceiros fornecidos pelo Tomador do Seguro

O Tomador do Seguro pode fornecer dados de beneficiários da apólice de seguro ou de outros tomadores com o intuito de formalizar a relação contratual com a ASISA. Neste contexto, antes de fornecer dados de terceiros, o Tomador do Seguro será responsável por informá-los sobre as finalidades de tratamento levadas a cabo pela ASISA, devendo assegurar-se que os mesmos estão de acordo e dão o seu consentimento a esses tratamentos.

7. Dados pessoais de menores ou incapacitados

Em caso de tratamento de dados relativos a menores de 13 anos (ou a idade mínima exigida para obter consentimento de acordo com a lei aplicável a todo o tempo) e pessoas com deficiência, os dados pessoais serão fornecidos pelos respetivos representantes legais, abrangendo quer os titulares das responsabilidades parentais, quer o tutor, que autorizem o uso e tratamento pela ASISA daqueles dados para as finalidades anteriormente referidas nesta cláusula.

8. De que forma protegemos os seus dados

Implementamos medidas de segurança técnicas e organizativas para proteger os seus dados contra acesso não autorizados e indevidos e para proteger os nossos sistemas informáticos, de acordo com as regras de segurança do tratamento previsto no RGPD.

9. Direitos

O Tomador do Seguro e o Segurado e os beneficiários, na qualidade de titulares dos dados, têm direito a obter uma confirmação sobre se a ASISA está a tratar dados pessoais que lhes diga respeito ou não e, em caso afirmativo, a aceder aos seus dados pessoais, bem como a solicitar a retificação dos dados imprecisos ou, se aplicável, solicitar a sua eliminação quando, entre outros motivos, os dados já não sejam necessários para as finalidades para as quais foram recolhidos. Em certas circunstâncias, poderão solicitar a limitação do tratamento dos seus dados, em cujo caso apenas os conservaremos para o exercício ou a defesa de reclamações.

Caso tenham autorizado a elaboração de perfis e esta seja levada a cabo na íntegra por um procedimento automatizado, poderão solicitar um tratamento não informatizado, expressar o seu ponto de vista e impugnar as decisões baseadas nesses perfis.

Em certas circunstâncias e por motivos relacionados com a sua situação particular, poderão opor-se ao tratamento dos seus dados. Neste caso, a ASISA deixará de tratar os dados, exceto por motivos legítimos ou pelo declaração, exercício ou defesa de um direito em processo judicial.

Os titulares dos dados poderão solicitar a portabilidade dos seus dados para que estes sejam enviados diretamente à entidade por eles designada.

O exercício dos direitos acima referidos, far-se-ão através do envio de um email para o Encarregado de Proteção de Dados da ASISA em dpo@asisa.pt.

Os titulares dos dados podem ainda apresentar reclamações relacionadas com o tratamento dos seus dados pessoais perante a ASISA e/ou perante a Comissão Nacional de Proteção de Dados, através de carta dirigida àquela autoridade de controlo, sita na Rua de São Bento n.º 148-3.º, 1200-821 Lisboa' ou através do site <https://www.cnpd.pt/>.

AUTORIDADE DE SUPERVISÃO COMPETENTE

Artigo 30.º AUTORIDADE DE SUPERVISÃO COMPETENTE

As autoridades que exercem, por força da lei ou regulamentação a supervisão da ASISA Asistencia Sanitaria Interprovincial de Seguros S.A.U. - Sucursal em Portugal são a Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones e a Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões.

COBERTURAS COMPLEMENTARES

O presente contrato e durante a vigência da Apólice, garante ao Segurado indicado nas Condições Particulares as coberturas complementares seguidamente indicadas.

ORIENTAÇÃO MÉDICA TELEFÓNICA

Serviço de apoio e aconselhamento médico relativo a qualquer pedido de informação relacionada com questões gerais de saúde do Segurado ou seu Agregado Familiar.

Este serviço compreende:

- (i) O acesso direto a uma equipa de especialistas, 24 horas por dia e todos os dias do ano, através da linha de Apoio ao Cliente: Linha Asisa Dental 808 788 789/213 592 199.
- (ii) O apoio e orientação aos clientes quanto à tomada de decisões relativas à sua saúde, resolução de dúvidas sobre sintomas, campanhas de vacinação ou compreensão de relatórios médicos.

Este serviço não tem como objetivo realizar diagnósticos nem recomendar tratamentos médicos e pode ser utilizado por qualquer Segurado, sem limite de idade e sem que existam listas de espera nem restrições por doenças preexistentes. O custo deste serviço para o Segurado consiste unicamente no custo da chamada telefónica de âmbito local.

SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DE URGÊNCIA NO DOMICÍLIO EM PORTUGAL

Serviço de envio de Médico de Clínica Geral ao domicílio em situação de urgência em Portugal. Este serviço é activado na sequência de um aconselhamento médico e caso o Cliente necessite ser observado, sendo prestadas consultas médicas de urgência no domicílio do Segurado, 24 horas por dia e todos os dias do ano.

Pressupõe um encargo de Euros 15,00 por Consulta para o Segurado, ficando o remanescente a cargo da ASISA (valor pode ser alvo de actualização anual).

Caso não seja possível a deslocação do médico ao domicílio do Segurado, o serviço de assistência ASISA organizará em alternativa o transporte do Cliente para a entidade hospitalar mais próxima.

SERVIÇO DE URGÊNCIA MÉDICA EM ESPANHA ATRAVÉS DA REDE HLA SERVICES

Os Segurados de uma apólice Dental poderão aceder, durante a sua estadia em Espanha, a um serviço médico de urgência 24 horas por dia, através da HLA Health Services, sem custos para o Segurado.

Para efeitos desta cobertura complementar, entende-se por urgência a situação que se produz pelo aparecimento súbito de um quadro clínico que envolva risco para a saúde ou integridade física do Segurado e que requeira assistência médica urgente.

Para aceder a este serviço, o Segurado deve contactar a linha telefónica, disponível para o efeito, que tendo em conta as circunstâncias específicas de cada caso, irá gerir o pedido de acesso ao serviço de urgência médica em Espanha, dentro dos limites estabelecidos: +34 91 2972409 (apenas para chamadas efetuadas desde Espanha).

Este serviço, que não garantirá os serviços que não cumpram os requisitos assinalados em cada caso, compreende:

- Aconselhamento Médico Telefónico, com apoio de tradução simultânea se desejado;
- Os pedidos de serviço de urgência médica em Espanha recebidos na plataforma telefónica serão geridos por um médico que, de acordo com a informação que lhe seja prestada relativamente à situação clínica do paciente, determinará, de entre os procedimentos seguidamente indicados, qual ou quais o(s) serviço(s) médico(s) que deve(m) ser-lhe prestado(s):

- Serviço Médico no local onde se encontre o Segurado (exclusivo nas capitais de província de Espanha).
- Transporte para Hospital recomendado;
- Serviço de Urgência Médica Hospitalar em Clínicas ou Hospitais pertencentes ao Grupo ASISA

No âmbito da assistência de urgência médica hospitalar em Clínicas ou Hospitais do Grupo ASISA, fica garantido sem custos de copagamento a cargo do Cliente:

- Consulta de avaliação física por parte de médico do serviço de urgências
- Radiologia Convencional, com exclusão de:
 - Radiologia de Contraste;
 - Radiologia Intervencionista;
 - Angiorradiologia;
 - Tomografia Axial Computorizada (TAC);
 - Ressonância Magnética Nuclear (RNM)
 - Tomografia por Emissão de Positrões (PET);
 - Estudos Gammagráficos.
- Análises Básicas de Bioquímica, Hematologia e Microbiologia, necessárias para o diagnóstico da patologia de urgência.

Os custos de todos os serviços de saúde não indicados expressamente acima deverão ser assumidos pelo Segurado, mediante prévia aceitação de orçamento que lhe seja apresentado pela Unidade de Saúde que está a prestar a assistência.

As Clínicas ou Hospitais pertencentes ao Grupo ASISA são:

- Hospital Nuestra Señora del Rosario (Albacete)
- Clínica Vistahermosa (Alicante)
- Policlínico San Carlos (Denia – Alicante)
- Hospital Mediterráneo (Almería)
- Hospital de la Inmaculada Concepción (Granada)
- Hospital dr. Sanz Vásquez (Guadalajara)
- Clínica Los Naranjos (Huelva)
- Hospital Perpetuo Socorro (Lérida)
- Hospital Jerez-Puerta del Sur (Jerez de la Frontera-Cádiz)
- Hospital Moncloa (Madrid)
- Hospital El Ángel (Málaga)
- Clínica Nuestra Señora de Belén (Murcia)
- Hospital Virgen de la Vega (Murcia)
- Clínica Santa Isabel (Sevilla)
- Clínica Montpellier (Zaragoza)

Não serão cobertos serviços de urgência médica hospitalar prestados em clínicas ou hospitais que não integrem o Grupo ASISA.

ACESSO À UNIDADES ESPECIALISTAS DE OFTALMOLOGIA E REPRODUÇÃO ASSISTIDA D
O GRUPO ASISA EM ESPANHA

Os Segurados de uma apólice Dental terão acesso directo às Unidades Especialistas de Oftalmologia e Reprodução Assistida do Grupo ASISA, exactamente nos mesmos termos dos Clientes ASISA em Espanha, a preços preferentes e sem limite de idade ou questionários de saúde.

Os Segurados terão à sua disposição as unidades de OFTALMVIST e URA (Unidades de Reprodução Assistida) para consultas multidisciplinares, tratamentos médico-estéticos, e realização de provas diagnósticas e cirurgias.

As Unidades e tratamentos disponíveis podem ser consultadas em:

<https://www.oftalvist.es/es>

<https://www.asisa.es/para-tu-salud/unidad-de-reproduccion-asistida>

Se o Segurado decidir recorrer a algum dos serviços propostos, deverá contactar directamente as Unidades de Saúde, identificar-se como Cliente ASISA Dental Portugal através da apresentação do cartão do Segurado e documento de identificação, e na possibilidade de decidir avançar com a realização de atos médicos, aceitar previamente o orçamento do serviço solicitado, sendo **o custo de tal serviço da responsabilidade exclusiva do Segurado.**

Este serviço pode ser utilizado a partir da data de início da Apólice, não tendo períodos de carência, nem restrições de utilização por patologias preexistentes.