Condições Gerais e Especiais

ASISA +SAÚDE



W0010625 M-10-26

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

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 ou artigos 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 que imponham ao Tomador do Seguro ou ao Beneficiário deveres de aviso dependentes de prazo, estão escritas em carateres destacados e de maior dimensão do que os restantes.

CONDIÇÕES GERAIS

ARTIGO PRELIMINAR

Entre a ASISA ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS, S.A.U. – Sucursal em Portugal, 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 na Avenida Duque de Ávila, N.º 185-A, 1050-126 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 de Saúde que se regula pelas Condições Gerais, Particulares e Especiais, constantes da presente Apólice, contratada de harmonia com as declarações constantes da Proposta de seguro e restante documentação que lhe serviu de base e que dele faz parte integrante.

ARTIGO 1.º DEFINIÇÕES

Para efeitos do disposto no presente Contrato entende-se por:

ACIDENTE: Acontecimento fortuito, súbito e anormal, devido a causa exterior e estranha à vontade da Pessoa Segura e que nesta origine lesões corporais que possam ser clínica e objetivamente constatadas.

AGREGADO FAMILIAR: Titular e o conjunto de pessoas que, coabitando, com ele vivem em economia comum, nomeadamente o seu cônjuge, ou pessoa que com ele viva em união de facto, os ascendentes, os descendentes, os parentes dependentes até ao 2.º (segundo) grau, os adotados, os tutelados e os curatelados.

Consideram-se adicionalmente como membro do agregado familiar os menores estudantes que não coabitem com o Titular, mas que dependem economicamente deste.

APÓLICE: Documento que titula o Contrato celebrado entre o Tomador do Seguro e o Segurador e do qual fazem parte integrante as Condições Gerais, Especiais e Particulares, bem como as Atas Adicionais, que durante a vigência do Contrato venham a ser emitidas.

ATA ADICIONAL: Documento que titula uma alteração da Apólice.

ATO MÉDICO: Ato realizado por médico legalmente habilitado pela respetiva Ordem, que integra a promoção da saúde, a prevenção e o tratamento da doença, bem como a reabilitação das pessoas que se sujeitam à sua intervenção, podendo determinar procedimentos complementares realizados por outros profissionais de saúde.

BENEFICIÁRIO: Pessoa Segura identificada nas Condições Particulares e a favor de quem revertem as prestações previstas no Contrato de Seguro.

CARTÃO DE SAÚDE: Cartão pessoal e intransmissível que identifica a Pessoa Segura e permite o seu acesso aos cuidados de saúde no âmbito da Rede de Prestadores, devendo ser apresentado juntamente com um documento de identificação, com fotografia, para utilização das garantias do Contrato.

COEFICIENTE K: Coeficiente de ponderação para a valorização de atos médicos, utilizado no Código de Nomenclatura e Valor Relativo de Atos Médicos e publicado pela Ordem dos Médicos.

COMPARTICIPAÇÃO: Percentagem ou valor máximo de despesas médicas garantidas pelo Contrato que fica a cargo do Segurador.

CONDIÇÕES GERAIS: Conjunto de cláusulas que definem e regulamentam obrigações genéricas e comuns inerentes ao Contrato de Seguro.

CONDIÇÕES ESPECIAIS: Cláusulas que completam, especificam e esclarecem as Condições Gerais, e que prevalecem sobre as mesmas na interpretação dos termos do Contrato.

CONDIÇÕES PARTICULARES: Cláusulas que complementam as Condições Gerais e Especiais de um contrato e que caracterizam os riscos cobertos e onde se encontram descritos os elementos específicos e individuais de cada Contrato, que o distinguem de todos os outros.

CONSULTA DE ATENDIMENTO PERMANENTE: Consulta de medicina geral e familiar em serviço de urgência hospitalar ou atendimento permanente, no decurso de um episódio de urgência.

CONSULTAS DE URGÊNCIA: Consulta de medicina geral e familiar em serviço de urgência hospitalar ou atendimento permanente e eventual consulta ou avaliação por médico especialista de outra valência no decurso do mesmo episódio de urgência.

CONTRATO DE SEGURO: Contrato através do qual o Segurador assume a cobertura de determinados riscos, comprometendo-se a satisfazer as indemnizações ou a pagar o capital seguro em caso de ocorrência do sinistro, nos termos acordados e como contrapartida do pagamento do prémio correspondente pelo Tomador do Seguro.

COPAGAMENTO: Montante fixo ou percentagem do valor fica a cargo da Pessoa Segura, dentro dos limites estabelecidos nas Condições Particulares e para cada um dos atos médicos garantidos em consequência de uma prestação convencionada garantida pelo Contrato de Seguro, calculado após dedução da franquia, quando aplicável.

DOENÇAS GRAVES: Situações de saúde graves que impliquem hospitalização ou tratamentos de longo prazo, tal como tratamentos oncológicos, esclerose múltipla, acidente

vascular cerebral, enfarte do miocárdio, cirurgia às válvulas cardíacas, cirurgia de by--pass das artérias coronárias.

CUIDADOS CONTINUADOS: Tratamentos que, por meio da reabilitação, visam manter e melhorar a funcionalidade de doentes com doenças crónicas.

CUIDADOS PALIATIVOS: São tratamentos centrados na prevenção e alívio do sofrimento físico e psicológico e na melhoria do bem-estar dos doentes com doenças graves ou incuráveis, em fase avançada e progressiva.

DESPESA MÉDICA: Despesa realizada pela Pessoa Segura com a aquisição de Serviços Clínicos Necessários, desde que prescritos ou realizados por um médico.

DOENÇA: Toda e qualquer alteração involuntária do estado de saúde, não causada por acidente e verificada, reconhecida e atestada por autoridade médica competente.

DOENÇA OU LESÃO PRÉ-EXISTENTE: Doença ou lesão manifestadas antes da data de celebração do Contrato e das quais a Pessoa Segura deveria ter conhecimento ou não poderia ignorar por das mesmas ainda ser portadora à data de início do Contrato, nomeadamente devido à evidência de sinais e sintomas específicos da patologia em causa, à existência de um diagnostico ainda que não definitivo, ou por ter recebido tratamento prévio ou outro ato médico relacionado.

DOENÇA CONGÉNITA: Doença presente à nascença, em resultado de fatores hereditários ou de condições verificadas durante a gestação até ao momento do nascimento.

A doença congénita pode ser evidente ou reconhecida imediatamente após o nascimento ou ser descoberta mais tarde em qualquer momento da vida da pessoa, sem prejuízo da sua natureza.

DOENÇA CRÓNICA: Doenças que têm uma ou mais das seguintes características: são permanentes, produzem incapacidade/deficiências residuais, são causadas por alterações patológicas irreversíveis, exigem uma formação especial do doente para a reabilitação, ou podem exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados.

DOENÇA GRAVE: Doenças oncológicas incluindo situações de suspeita ou pré malignidade, doenças neurológicas e do sistema nervoso central, cirurgia cardíaca, doença de Parkinson e doença de Alzheimer.

DOENÇA SÚBITA: Alteração involuntária do estado de saúde, inesperada e aguda, que implica risco de morte ou perda funcional para a Pessoa Segura, necessitando de assistência médica urgente em Hospital, quer em regime de internamento, quer em regime ambulatório.

EPISÓDIO DE URGÊNCIA: Conjunto de atos médicos realizados no âmbito do serviço de urgência hospitalar, ou atendimento permanente, nomeadamente exames auxiliares de diagnóstico, consultas de medicina geral e eventual avaliação por médico especialista.

FRANQUIA: Montante fixo ou percentagem das despesas médicas que ficam a cargo do Tomador do Seguro e/ou da Pessoa Segura e cujo montante ou forma de cálculo se encontra definido na Apólice.

GESTORA DE CUIDADOS DE SAÚDE: Empresa prestadora de serviços e gestora de sinistros que, por conta do Segurador, organiza a Rede de Prestadores, procede à gestão das prestações devidas pelo Contrato e articula o pagamento direto das despesas médicas, quer aos prestadores convencionados, nomeadamente médicos, hospitais, centros de diagnósticos, quer às Pessoas Seguras.

GRAVIDEZ PRÉ-EXISTENTE: Gravidez cujo início de gestação seja em data anterior à inclusão da pessoa segura na apólice.

HOSPITAL OU CLÍNICA: Estabelecimento legalmente reconhecido onde são prestados serviços de saúde, por médicos e enfermeiros ou outros profissionais de saúde diplomados, não sendo para efeitos deste Contrato, considerados como tal, termas, sanatórios, casas de repouso, centros de toxicodependência e alcoolismo e outros estabelecimentos similares.

INTERNAMENTO: Estadia da Pessoa Segura numa unidade hospitalar, por um período igual ou superior a 24 (vinte e quatro) horas e que origine o pagamento de uma ou mais diárias.

MÉDICO: Licenciado por Faculdade de Medicina, ou de Medicina Dentária, legalmente autorizado a exercer a profissão, cuja especialidade e inscrição sejam reconhecidas pela Ordem dos Médicos, pela Ordem dos Médicos Dentistas ou por entidades congéneres dos países onde exerçam a sua atividade.

MENOR: Quem não tiver ainda completado 18 (dezoito) anos de idade.

PEQUENA CIRURGIA: Cirurgia que, embora executada em condições de segurança e assepsia e com recurso a anestesia local, dispensa a realização em sala de bloco operatório e estadia em recobro, verificando-se a alta clínica imediatamente após a intervenção.

PERÍODO DE CARÊNCIA: Período que decorre entre a data de adesão da Pessoa Segura e a data em que podem ser acionadas determinadas coberturas do seguro, estipulado na Apólice.

PESSOA SEGURA: Pessoa singular identificada nas Condições Particulares, cuja saúde ou integridade física se segura através do presente Contrato.

PRÉ-AUTORIZAÇÃO: Aprovação dada pelos serviços clínicos do Segurador, quando exigível nos termos da Apólice, que permite às Pessoas Seguras o acesso aos cuidados de saúde garantidos pelo presente Contrato.

PRÉMIO: Valor pago pelo Tomador do Seguro ao Segurador como contrapartida pelas coberturas contratadas no âmbito do Contrato de Seguro.

PRESTAÇÕES CONVENCIONADAS: Despesas médicas efetuadas pelas Pessoas Seguras na Rede de Prestadores na sequência de um determinado sinistro, e em que

o pagamento direto aos prestadores é assegurado pelo Segurador, na medida da sua comparticipação nas mesmas, sem prejuízo de eventuais franquias e/ou copagamentos que ficarão a cargo do Tomador do Seguro e/ou Pessoa Segura.

PRESTAÇÕES INDEMNIZATÓRIAS: Despesas médicas efetuadas pelas Pessoas Seguras fora da Rede de Prestadores na sequência de um determinado sinistro, que dão origem a um reembolso direto do Segurador às Pessoas Seguras, de acordo com a comparticipação estipulada nas Condições Particulares.

REDE DE PRESTADORES ADVANCECARE: Conjunto de prestadores de cuidados de saúde, nomeadamente, médicos, hospitais, clínicas, centros de diagnósticos e outras unidades de saúde, com a qual o Segurador celebrou um acordo de prestação de serviços e que através desta é assegurado à Pessoa Segura a execução dos serviços garantidos pelo Contrato no âmbito das Prestações Convencionadas.

REDE DE PRESTADORES ASISA: Conjunto de prestadores de cuidados de saúde, nomeadamente médicos, hospitais, clínicas, centros de diagnósticos e outras unidades de saúde pertencentes ao grupo ASISA, identificadas como ASISA ou HLA, em Portugal e Espanha e que assegurem à Pessoa Segura a execução dos serviços garantidos pelo Contrato no âmbito das Prestações Convencionadas.

REDE DE PRESTADORES ADE: Conjunto de prestadores de cuidados de saúde oral, nomeadamente, médicos especialistas em estomatologia, medicina dentária, cirurgia dentária, ortodontia, higiene oral ou próteses estomatológicas, clínicas, centros de diagnósticos ou outras unidades de cuidados de saúde dentários com os quais o Administrador tenha celebrado um acordo de prestação de serviços clínicos e que asseguram às Pessoas Seguras os cuidados de saúde abrangidos por este Contrato para a cobertura de estomatologia;

RESIDENTE EM PORTUGAL: Consideram-se residentes as pessoas que permaneçam mais de 183 dias, seguidos ou interpolados, em qualquer período de 12 meses, em Portugal e que tenham morada principal em território português (residência habitual).

SEGURADOR: ASISA, ASISTENCIA SANITARIA Interprovincial de Seguros, Sucursal em Portugal é uma empresa de seguros com representação permanente na Avenida Duque de Ávila, N.º 185-A, 1050-126 Lisboa, devidamente autorizada pela ASF – Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões, sob o n.º 1198, a operar em Portugal através do regime de Sucursal, para o ramo Não Vida, podendo os seus dados de registo ser consultados em www.asf.com.pt.

O Segurador não dá aconselhamento para os efeitos previstos no regime jurídico da distribuição de seguros e de resseguros, sem prejuízo de prestar as informações contratuais e pré-contratuais legalmente obrigatórias e os esclarecimentos que lhe sejam solicitados para que o potencial cliente tome uma decisão informada.

SEGURO ANTERIOR: Contrato de Seguro com a duração mínima de 1 (um) ano, celebrado previamente pela Pessoa Segura ou pelo Tomador do Seguro com outro Segurador.

A adesão ao Segurador que é parte do presente Contrato deverá ocorrer nos 60 (sessenta) dias seguintes ao termo daquele Contrato e a Pessoa Segura ou o Tomador do Seguro não poderá ter sido excluída do mesmo por iniciativa do Segurador.

SERVIÇO MEDICINA ONLINE: Conjunto de atos médicos prestados através de meios de comunicação digitais disponibilizados ou autorizados pelo Segurador, nos termos e limites previstos no respetivo Serviço, não integrando as consultas realizadas remotamente em qualquer Prestador fora dos canais especificamente indicados para esse efeito.

SERVIÇOS CLINICAMENTE NECESSÁRIOS: Bens, serviços ou cuidados de saúde aprovados pelo Segurador, desde que sejam:

a) Necessários para tratamento de doença ou de lesão resultante de acidente da Pessoa Segura;

b) Adequados à situação diagnosticada;

c) De reconhecida validade clínica.

SINISTRO: Evento ou série de eventos suscetível de acionar as garantias do Contrato.

TITULAR: Pessoa no interesse da qual é feito o Contrato de Seguro e em relação à qual se estabelecem as relações familiares e/ou de dependência económica consideradas para efeitos da definição de Agregado Familiar.

TOMADOR DO SEGURO: Entidade ou pessoa individual que subscreve o Contrato de Seguro, por conta das Pessoas Seguras sendo responsável pelo pagamento do prémio.

TRATAMENTO DE URGÊNCIA: Aquele que deva ser efetuado no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas após a ocorrência do sinistro.

ARTIGO 2.º OBJETO DO CONTRATO E ÂMBITO DAS GARANTIAS

Objeto do Contrato e Âmbito das Garantias

1. **As presentes Condições Gerais poderão ser objeto de alterações não substanciais, designadamente para efeitos de atualização, adaptação legislativa, regulamentar ou de melhoria dos serviços prestados.**
2. **As Condições Gerais aplicáveis ao seu contrato são sempre as constantes da última versão disponibilizada pela ASISA no sítio eletrónico www.asisa.pt, no separador Saúde, prevalecendo estas sobre quaisquer versões anteriores.**
3. **A disponibilização da versão atualizada das Condições Gerais no referido sítio eletrónico constitui comunicação suficiente ao Cliente para todos os efeitos legais, não carecendo de notificação individualizada.**

4. **O presente Contrato garante, exceto nas situações previstas no artigo 7.º, o pagamento de prestações convencionadas ou indemnizatórias em consequência de doença ou acidente ocorrido durante a sua vigência, conforme disposto nas presentes Condições Gerais, nas Condições Especiais contratadas e até aos limites estabelecidos nas Condições Particulares aplicáveis.**
5. **O âmbito das garantias do Contrato poderá garantir despesas em regime complementar, sempre que expressamente indicado nas Condições Particulares da Apólice.**
6. **O presente Contrato não garante o pagamento de quaisquer despesas médicas ou medicamentosas reclamadas pela rede de hospitais e outras instituições que integrem o Serviço Nacional de Saúde, quando a Pessoa Segura, sendo beneficiária de tal serviço, aí for assistida.**

ARTIGO 3.º ÂMBITO TERRITORIAL

1. **O Contrato é válido em Portugal Continental, Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira em prestações convencionadas e indemnizatórias, e em Espanha em prestações convencionadas (Unidades pertencentes ao grupo Asisa Espanha).**
2. **O Contrato será ainda válido fora de Portugal em caso de acidente ou doença súbita, quando realizados atos médicos fora das Unidades pertencentes ao Grupo Asisa em Espanha e noutros países (exceto Portugal), desde que a pessoa segura não se encontre fora do território nacional por um período igual ou superior a 90 dias consecutivos.**
3. **Quando expressamente previsto nas Condições Particulares, e sem prejuízo do disposto no número anterior, o Contrato poderá igualmente produzir efeitos no estrangeiro, nas condições e termos previstos nas Condições Especiais.**

ARTIGO 4.º CONDIÇÕES DE ADESÃO E INCLUSÃO DE PESSOA SEGURA

1. Podem ser admitidas neste Contrato todas as pessoas que, depois de cumpridas as formalidades definidas pelo Segurador, venham a ser aceites em conformidade com os critérios de adesão, a todo o momento em vigor.

   A formalização dessa aceitação será realizada através do envio das Condições Particulares.
2. **Apenas poderão subscrever ou aderir ao Contrato de Seguro o tomador do seguro e as pessoas seguras residentes em Portugal.**
3. **A inclusão de membros do Agregado Familiar no Contrato de Seguro deverá**

ocorrer na data da sua celebração ou renovação, mas são, no entanto, aceites as inclusões que se verificarem nos 30 (trinta) dias seguintes à data de início da Apólice ou, a qualquer momento nos casos de casamento ou nascimento.

4. **A inclusão de recém-nascidos, deverá ser solicitada pelo Tomador no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a data de nascimento.**
5. **A idade máxima de contratação é de 70 (setenta) anos, não tendo limite na idade de permanência.**

ARTIGO 5.º COBERTURAS E MODALIDADES

1. As coberturas são definidas nas Condições Especiais, integrando o Contrato de Seguro as que sejam referidas nas Condições Particulares.
2. As coberturas integram as modalidades de prestações convencionadas, prestações indemnizatórias e serviços de assistência nos termos das presentes Condições Gerais e das respetivas Condições Especiais.

ARTIGO 6.º PERÍODO DE CARÊNCIA E ENTRADA EM VIGOR DAS GARANTIAS

1. Salvo disposição em contrário e expressamente referida na listagem de Pessoas Seguras anexa às Condições Particulares, **a entrada em vigor das garantias deste Contrato, em relação a cada uma das Pessoas Seguras, verificar-se-á, em caso de doença, depois de decorridos os períodos de carências a seguir referidos e aplicados no primeiro ano do Contrato:**

a) 180 (cento e oitenta) dias para qualquer ato médico praticado em consequência de doença que leve a acionar a cobertura «Despesas de Hospitalização», salvo quando a mesma resulte de situações de acidente, emergência ou partos prematuros;

b) 180 (cento e oitenta) dias para atos médicos relativos a cirurgia em regime ambulatório;

c) 90 (noventa) dias para qualquer ato médico praticado em regime ambulatório.

2. Exceção ao previsto no número anterior, são as situações previstas nas alíneas seguintes:

a) 360 (trezentos e sessenta) dias para atos médicos relativos a litotrícia renal, intervenção cirúrgica do foro ginecológico por patologia benigna, hemorroidectomia, mastectomia por patologia benigna, tiroidectomia por patologia benigna e colecistectomia, rinoseptoplastia e septoplastia, amigdalectomia, adenoidectomia e miringotomia, facoemulsificação, cirurgia artroscópica, tratamento cirúrgico de

hérnias, tratamento vascular cirúrgico ou não cirúrgico, roncopatia, apneia do sono, doenças graves, patologias hepáticas e tratamentos de hemodiálise;

b) 180 (cento e oitenta) dias para assistência médica no âmbito da psicoterapia.

c) 300 (trezentos) dias para Parto, Cesariana e Interrupção Involuntária de Gravidez e atos médicos relativos à Preparação para o Parto.

3. Não haverá lugar à aplicação de períodos de carência em relação à Pessoa Segura, em caso de:

a) Acidente que requeira tratamento de urgência em Hospital, quer em regime de internamento, quer em regime de ambulatório;

b) Doença súbita que ocorra depois do início das garantias e implique tratamento hospitalar urgente, quer em regime de internamento, quer em regime de ambulatório;

c) Transferência de seguro anterior celebrado com outra empresa de seguros, desde que, cumulativamente:

(i) a Pessoa Segura tenha estado abrangida pelo contrato anterior durante um período superior a um ano;

(ii) não tenham decorrido mais de 30 (trinta) dias entre a data de cessação do contrato anterior e a data do pedido de subscrição do presente Contrato; e

(iii) sejam apresentados à ASISA documentos idóneos que permitam comprovar a existência, vigência e duração do contrato anterior, bem como as Pessoas Seguras abrangidas, as coberturas, garantias, prestações, capitais seguros, sub-limites, demais limites de responsabilidade e exclusões aplicáveis.

Verificados os requisitos anteriores, a dispensa dos períodos de carência aplica-se exclusivamente às coberturas, garantias, prestações ou benefícios já garantidos pelo contrato anterior e até ao limite dos respetivos capitais seguros, sub-limites, prestações ou demais limites de responsabilidade.

Sempre que os capitais seguros, sub-limites, prestações ou demais limites de responsabilidade previstos no presente Contrato sejam superiores aos garantidos pelo contrato anterior, os períodos de carência estabelecidos no presente artigo são aplicáveis exclusivamente à parcela excedente.

As coberturas, garantias, prestações ou benefícios previstos no presente Contrato que não se encontrassem garantidos pelo contrato anterior ficam integralmente sujeitos aos períodos de carência aplicáveis, independentemente da duração daquele contrato.

A dispensa de carências não abrange as coberturas, prestações ou patologias que

tenham sido excluídas ou não garantidas pelo contrato anterior, designadamente por decisão do segurador anterior, nem o Parto, a Cesariana e a Interrupção Involuntária da Gravidez, aos quais se mantém aplicável o período de carência previsto no n.º 2, alínea d), do presente artigo.

Para efeitos de verificação dos requisitos previstos na presente alínea, a ASISA pode solicitar, nomeadamente, cópia das Condições Gerais, Especiais e Particulares, certificado individual, declaração emitida pelo segurador anterior e comprovativos de pagamento, bem como outros elementos razoavelmente necessários à confirmação da informação apresentada. A dispensa de carências apenas produz efeitos após a validação da documentação pela ASISA, devendo o respetivo âmbito constar das Condições Particulares ou da listagem de Pessoas Seguras que delas faça parte integrante.

d) Inclusão de cônjuge e dependentes se o pedido de inclusão ocorrer no prazo máximo de 30 (trinta) dias seguintes à data do casamento ou nascimento.

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

ARTIGO 7.º EXCLUSÕES

1. Ficam excluídos do presente Contrato, despesas relativas a:

a) Doenças pré-existentes ou que sejam consequência de acidentes ocorridos antes da data de início ou de adesão ao seguro, salvo se, tendo havido transferência de um seguro anterior que garantisse as mesmas coberturas que o presente Contrato e, no âmbito do período de vigência do mesmo, tenham sido, com base nas mesmas patologias, acionadas quaisquer garantias do Contrato, estando, no entanto, a respetiva aceitação ou exclusão da referida patologia sujeita ao processo de subscrição e regras de aceitação em vigor na Empresa;

b) Atos médicos praticados em consequência de uma alteração ou agravamento no estado de saúde da Pessoa Segura, que tenha sido dolosamente provocado por esta, incluindo a tentativa de suicídio;

c) Perturbações provocadas pelo consumo excessivo de álcool, uso de estupefacientes e/ ou narcóticos quando não prescritos por receita médica;

d) Atos médicos e medicamentos relacionados com o tabagismo;

e) Perturbações psíquicas, na medida em que estas impliquem uma hospitalização ou tratamento no domicílio que envolva assistência de uma terceira pessoa, em consequência de um estado de dependência;

f) Curas de repouso, casas de repouso, lares de terceira idade e outros estabele-

cimentos similares, assim como, os respetivos tratamentos, bem como a estados de dependência;

g) Tratamentos não reconhecidos oficialmente pela Ordem dos Médicos;

h) Situação em que a Pessoa Segura solicita alta hospitalar contra parecer médico;

i) Consultas, exames e tratamentos de infertilidade, métodos de fecundação artificial, testes de gravidez e interrupção voluntária da gravidez;

j) Próteses e Implantes compostos de osso natural, dispositivos de ressincronização cardíaca e estimulação auricular, próteses de mama que não sejam decorrentes de situação oncológica, próteses e amplificadores auditivos, lentes bifocais, multifocais, tóricas ou para correção de erros refrativos de qualquer tipo, malhas biológicas e fatores de crescimento plaquetários, ortóteses, CPAP, BiPAP ou outro aparelho equivalente para tratamento e patologia respiratória, e produtos ortopédicos e anatómicos;

k) Cirurgias, tratamentos, checkups e/ou rastreios gerais de saúde preventivos, exceto quando expressamente indicado nas Condições Particulares e no âmbito do estabelecido nas Condições Especiais;

l) Estudos genéticos;

m) Despesas, tratamentos e atos médicos que não se encontram ao abrigo da definição de serviços clinicamente necessários, nomeadamente tratamentos experimentais ou que necessitem de comprovação da validade clínica ou realizados no âmbito de projetos de investigação;

n) Atos médicos de natureza estética ou plástica exceto se, em consequência de doença maligna ou acidente ocorrido na vigência do presente Contrato e que sejam considerados clinicamente necessários pelo médico para a sobrevivência e a garantia da saúde da Pessoa Segura;

o) Tratamentos de rejuvenescimento e/ou emagrecimento;

p) Medicamentos, exceto os administrados em âmbito cirúrgico ou de hospitalização;

q) Tratamentos relacionados com defeitos de refração, tais como miopia, astigmatismo, hipermetropia e outras patologias refrativas, incluindo qualquer cirurgia refrativa;

r) Transplante de órgãos e tecidos e suas implicações;

s) Doenças profissionais e acidentes de trabalho, bem como os acidentes e doenças cobertas por seguros obrigatórios;

t) Acidentes decorrentes da participação em competições desportivas e respetivos treinos, quer como profissional quer como amador;

u) Prática de desportos e atividades perigosas, tais como: paraquedismo, tauromaquia, boxe e outras artes marciais, alpinismo e montanhismo, espeleologia, caça, desportos de inverno, competições desportivas com veículos com ou sem motor;

v) Calamidades naturais, atos de terrorismo ou de guerra, declarada ou não, intervenção em atos criminosos, intervenção em rixas, salvo em caso de legítima defesa pessoal ou de terceiro;

w) Prestações de ação social;

x) Despesas de natureza particular;

y) Consultas, exames e tratamentos do foro da nutrição e dietética;

z) Cirurgia para alteração de género, bem como consultas e tratamentos no âmbito;

aa) Despesas do Dador;

bb) Despesas de morgue e funeral;

cc) Cirurgia a varizes, injeções esclerosantes e laser;

dd) O Síndroma de Imunodeficiência Adquirida (SIDA), qualquer doença que seja secundária ou provocada pela SIDA, bem como todas aquelas que sejam consequência do seu tratamento, incluindo a doença conhecida como "Sarcoma de Kaposis";

ee) Métodos contracetivos de qualquer natureza ou realizadas com essa finalidade, nomeadamente, quaisquer métodos de controlo de natalidade e planeamento familiar, incluindo despesas com medicamentos, tratamentos ou intervenções cirúrgicas com finalidades contracetivas;

ff) Doenças ou malformações congénitas, exceto no caso de crianças nascidas durante a vigência do Contrato e incluídas no Contrato de Seguro no prazo de 30 (trinta) dias a contar da data do nascimento;

gg) Consultas, tratamentos ou cirurgias para correção de obesidade, incluindo situações de obesidade mórbida;

hh) Doenças epidémicas oficialmente declaradas;

ii) Meias elásticas, Joelheiras, Ligaduras, Pés elásticos, Punhos elásticos, Palmilhas, Fitas teste para diabéticos, Sacos de colostomia e urostomia, Seringas ou agulhas, Tapetes anti-escara, Fraldas, Sacos de contenção de urina, Algálias, Lombostatos, Fundas, Cintas, Colares cervicais, Aparelhos de aerossóis, Suspensores braquiais, Imobilizadores articulares, Soutiens, Almofadas e colchões;

jj) Atos realizados ou prescritos por Médicos e outros profissionais de saúde que sejam cônjuge, pais, filhos ou irmãos da Pessoa Segura, bem como pela Pessoa Segura a si própria enquanto Médico ou profissional de saúde;

kk) Consultas ou exames médicos que sejam necessários para a emissão de atestados, declarações, certificados ou informação de qualquer tipo de documento que não tenha fins assistenciais ou terapêuticos;

ll) Disfunções sexuais, exceto em consequência de doença garantida pela apólice;

mm) Ginástica, natação, massagens e outros similares, ainda que prescritos pelo médico, exceto os que resultem de doença ou acidente enquadráveis nas garantias do Contrato;

nn) Tratamentos realizados em ginásios, centros de beleza e bem-estar e outros estabelecimentos semelhantes;

oo) Deslocações e/ou alojamento;

pp) Exercícios de Ortóptica;

qq) Próteses e Ortóteses oculares;

rr) Queimaduras por exposição e utilização de solários, câmaras solares ou semelhantes e suas consequências;

ss) Tratamentos de enfermagem privados e/ou prestados no domicílio, bem como a realização domiciliária de quaisquer exames ou tratamentos (incluindo a fisioterapia);

tt) Cirurgia bariátrica, bem como consultas e tratamentos no âmbito;

uu) Toda e qualquer cirurgia robotizada/robot assistida em que o médico manipula um robot para efetuar incisões e resseções.

vv) Despesas de gravidez pré-existente.

ww) Consultas médicas realizadas por teleconsulta, videoconsulta ou qualquer outra modalidade de prestação remota de cuidados de saúde que não sejam prestadas ao abrigo do Serviço de Medicina Online disponibilizado pela ASISA.

2. Ficam igualmente excluídas do presente Contrato, todas as despesas não devidamente documentadas pelos recibos originais ou cópias certificadas, bem como todas as despesas em caso de falsas declarações ou omissões do Tomador do Seguro/Pessoa Segura, na declaração inicial do risco, conforme dispõem os artigos 9.º e 10.º das presentes Condições Gerais.

ARTIGO 8.º FORMAÇÃO DO CONTRATO

1. O presente Contrato tem por base as declarações prestadas pelo Tomador do Seguro e Pessoa Segura, na proposta de seguro e questionários médicos, se aplicáveis, e, também, as declarações prestadas por aqueles no decurso do Contrato, regendo-se

pelo convencionado nestas Condições Gerais e nas Condições Especiais e Particulares que se lhes juntem, pelas atas adicionais que contemplam as modificações acordadas durante a vigência do Contrato e pelo que estiver estabelecido na legislação em vigor.

2. O Tomador do Seguro e a Pessoa Segura estão obrigados, antes da celebração do Contrato, a declarar com exatidão todas as circunstâncias que conheçam e 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, sob pena de incorrer nas consequências previstas nos artigos 9.º e 10.º.

ARTIGO 9.º OMISSÕES OU INEXATIDÕES DOLOSAS DO TOMADOR DO SEGURO / PESSOA SEGURA NA DECLARAÇÃO INICIAL DO RISCO

1. Caso se verifiquem omissões ou inexatidões dolosas nas declarações prestadas na Declaração Inicial de Risco nos termos previstos no artigo 8.º, o Contrato é considerado anulável pelo Segurador, mediante declaração enviada por este ao Tomador do Seguro no prazo de 3 (três) meses a contar da data em que tenha conhecimento daquele incumprimento.

2. A omissão ou inexatidão dolosa nas declarações prestadas relativamente ao risco:

a) Constitui o Segurador no direito ao prémio devido até ao final do prazo referido no número 1, salvo se tiver concorrido dolo ou negligência grosseira do Segurador ou do seu representante, ou até ao termo do Contrato, no caso de o dolo do Tomador do Seguro ou do Segurado ter o propósito de obter uma vantagem;

b) Desonera o Segurador da obrigação de cobertura do sinistro que ocorra antes do conhecimento do incumprimento doloso ou no decurso do prazo previsto no número 1.

ARTIGO 10.º OMISSÕES OU INEXATIDÕES NEGLIGENTES DO TOMADOR DO SEGURO / PESSOA SEGURA NA DECLARAÇÃO INICIAL DO RISCO

1. Caso se verifiquem omissões ou inexatidões negligentes nas declarações prestadas na Declaração Inicial do Risco nos termos previstos no artigo 8.º, o Segurador pode, no prazo de 3 (três) meses a contar do seu conhecimento:

a) Propor uma alteração ao Contrato, fixando um prazo, não inferior a 14 (catorze) dias para o Tomador do Seguro aceitar ou rejeitar a mesma.

b) Fazer cessar o Contrato, demonstrando que, em caso algum, celebra contratos para a cobertura de riscos relacionados com o facto omitido ou declarado inexatamente.

2. De acordo com o definido no número anterior, o Contrato cessa os seus efeitos, 30 (trinta) dias após o envio da declaração de cessação ou 20 (vinte) dias após o envio da proposta de alteração por parte do Segurador, se o Tomador do Seguro não responder ou rejeitar a mesma.

3. Ocorrendo a cessação do Contrato, o Segurador devolverá o prémio relativo ao período já pago e ainda não decorrido atendendo à cobertura havida.

4. Em caso de sinistro ocorrido antes da cessação ou da alteração do Contrato, cuja verificação ou consequências tenham sido influenciadas por factos relativamente aos quais tenha havido omissão ou inexatidão negligente, o Segurador:

a) Garante o sinistro na proporção da diferença entre o prémio pago e o prémio que seria devido, caso, aquando da celebração do Contrato, tivesse conhecimento do facto omitido ou declarado inexatamente;

b) Não garante o sinistro, demonstrando que em caso algum teria celebrado o Contrato ou aceite a adesão se tivesse conhecido o facto omitido ou declarado inexatamente, ficando apenas vinculado à devolução do prémio.

ARTIGO 11.º CONSOLIDAÇÃO DO CONTRATO

1. Se o conteúdo da Apólice diferir da Proposta de Seguro ou das cláusulas acordadas, o Tomador do Seguro poderá, no prazo de 30 (trinta) dias a contar da entrega da Apólice, solicitar a correção desta divergência.
2. Decorrido o prazo referido no número anterior, sem que qualquer reclamação tenha sido apresentada, apenas será possível invocar divergências que resultem de documento escrito ou de outro suporte duradouro.

ARTIGO 12.º INÍCIO, DURAÇÃO E RENOVAÇÃO DO CONTRATO

1. O Contrato de Seguro é celebrado por 1 (um) ano e, salvo disposição em contrário expressa nas Condições Particulares da Apólice, produzirá efeitos às 0:00 horas da data indicada nas mesmas, a qual nunca poderá ser anterior à data de aceitação da proposta.

2. O Contrato considera-se tacitamente renovado por igual período e condições, no termo de cada anuidade, salvo se cessar por caducidade, denúncia, resolução ou revogação.

ARTIGO 13.º DENÚNCIA DO CONTRATO

1. Tomador do Seguro e Segurador podem denunciar livremente o Contrato de Seguro com efeito à data de vencimento da apólice.

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 (trinta) dias em relação à data de vencimento anual da Apólice.

ARTIGO 14.º RESOLUÇÃO DO CONTRATO

1. A resolução pode ocorrer a todo o momento, nos seguintes casos e circunstâncias:

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 (trinta) 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. 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, podendo ainda o Segurador deduzir o custo da Apólice bem como as despesas e encargos que, comprovadamente, tiver suportado.

3. A resolução produz os seus efeitos às 24 (vinte e quatro) horas do dia em que seja eficaz, considerando-se que tal acontecerá:

a) 30 (trinta) dias contados da data do envio da declaração de cessação;

Ou

b) No caso de agravamento do risco, 20 (vinte) dias após a receção pelo Tomador do Seguro de eventual proposta de alteração, caso este não lhe responda ou a rejeite expressamente.

ARTIGO 15.º REVOGAÇÃO DO CONTRATO

1. Tomador do Seguro e Segurador podem, a todo o tempo e por comum acordo, determinar a cessação do Contrato.

2. Se o Tomador do Seguro não coincidir com a Pessoa Segura, a Revogação depende do consentimento deste.

ARTIGO 16.º CADUCIDADE DO CONTRATO

1. Tratando-se de seguro celebrado por um período de tempo certo e determinado o Contrato caduca automaticamente na data do seu termo.
2. Tratando-se de uma apólice de seguro celebrado por 1 (um) ano a continuar pelos anos seguintes, cada uma das adesões caduca automaticamente no termo da anuidade em que a Pessoa Segura deixe de fazer parte do agregado familiar.

ARTIGO 17.º EFEITOS DA CESSAÇÃO DO CONTRATO DE SEGURO

1. A cessação do Contrato pela verificação do momento ou da condição prevista ou ainda por denúncia, resolução ou revogação, tem como consequência a cessação de todas as garantias relativamente à Pessoa Segura.
2. A cessação do Contrato de Seguro determina a extinção das obrigações do Segurador e do Tomador do Seguro, mas não prejudica a obrigação do Segurador de efetuar a prestação decorrente da cobertura do risco, desde que, o sinistro seja anterior ou concomitante com a cessação, tendo sido causa da mesma, sem prejuízo das obrigações do Tomador do Seguro e das Pessoas Seguras em caso, reguladas no artigo 22.º.

ARTIGO 18.º RESPONSABILIDADE DO SEGURADOR EM CASO DE NÃO RENOVAÇÃO DO CONTRATO

1. Em caso de não renovação do Contrato ou da cobertura e não estando o risco coberto por um Contrato de Seguro posterior o Segurador fica, pelo período de 2 (dois) anos e até que se mostre esgotado o capital seguro disponível na anuidade em que o Contrato cessar a sua vigência, com a obrigação de efetuar as prestações contratualmente devidas, em consequência de doenças manifestadas ou acidentes ocorridos durante o período de vigência da Apólice, desde que cobertos pelo seguro.
2. Para efeitos do disposto no número anterior o Segurador deve ser informado da doença nos 30 (trinta) dias imediatos ao termo do Contrato, salvo justo impedimento.
3. Em caso de não renovação do Contrato ou da cobertura, as autorizações emitidas e ainda não utilizadas caducam automaticamente na data do termo do mesmo, sem prejuízo do estabelecido nos números anteriores da presente cláusula.

ARTIGO 19.º PAGAMENTO DO PRÉMIO

1. A cobertura dos riscos garantidos através do Contrato de Seguro fica, nos termos

definidos na legislação em vigor, dependente do pagamento do prémio ou da fração inicial, sendo o mesmo devido na data de celebração do Contrato.

2. O prémio é anual e indivisível, podendo o Segurador permitir o seu fracionamento, desde que o Tomador do Seguro satisfaça os encargos daí decorrentes.
3. Os prémios ou frações subsequentes são devidos nas datas definidas nas Condições Particulares do Contrato de Seguro e, quando seja o caso, a parte do prémio de montante variável relativa a acerto de valor ou a parte do prémio correspondente a alterações ao Contrato é devida nas datas indicadas nos respetivos avisos.
4. O Segurador encontra-se obrigado, até 30 (trinta) dias antes da data em que o prémio ou fração subsequente é devido, a avisar, por escrito, o Tomador do Seguro, indicando essa data, o valor a pagar, a forma e o lugar de pagamento e as consequências da falta de pagamento do prémio ou fração.
5. Nos contratos de seguro cujo pagamento do prémio seja objeto de fracionamento por prazo inferior ao trimestre e estejam identificados em documento 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 ponto anterior, recaindo sobre ele o ónus da prova da emissão e aceitação, pelo Tomador do Seguro, daquele documento contratual.

ARTIGO 20.º FALTA DE PAGAMENTO DO PRÉMIO

1. A falta de pagamento do prémio inicial, ou da primeira fração deste, na data do vencimento, determina a resolução automática e imediata do Contrato na data em que o pagamento seja devido.
2. **A falta de pagamento do prémio de anuidades subsequentes, ou da primeira fração deste, na data do vencimento, impede a prorrogação do Contrato, determinando a sua não renovação.**

   A falta de pagamento de qualquer outra fração do prémio, na data em que é devida, determina a resolução automática e imediata do Contrato nessa mesma data.
3. **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 prémio não pago.**

ARTIGO 21.º ATUALIZAÇÃO DO PRÉMIO

1. **Durante a vigência do contrato, prevê-se a alteração automática do prémio de seguro nos casos de alteração de cobertura, copagamentos ou franquias, podendo existir um incremento ou bonificação, a qual ocorrerá exclusivamente na data de renovação contratual.**
2. **Nos termos do número anterior, os fatores que poderão originar variação no valor do prémio, serão a alteração de tarifa, a mudança de escalão etário, a alteração de coberturas, a alteração de número de pessoas seguras, o ajustamento de preços pelos fornecedores de serviços de saúde, e a atribuição ou perda de bonificações por política comercial do Segurador.**
3. **A variação da taxa de inflação poderá refletir-se na atualização do valor do prémio, sempre que seja suscetível de gerar impactos financeiros negativos e/ou insustentáveis para a manutenção do seguro, e desde que efetuadas na exata medida do necessário.**
4. **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 (trinta) dias.**
5. **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 30 (trinta) dias a partir da data em que tomou conhecimento da alteração, ou não efetuar o pagamento, e, em ambos os casos, o Contrato de Seguro cessará os seus efeitos na data em que o prémio era devido.**

ARTIGO 22.º OBRIGAÇÕES DO TOMADOR DO SEGURO E/OU DAS PESSOAS SEGURAS

1. **Constitui obrigação do Tomador do Seguro, o pagamento ao Segurador dos Prémios do seguro.**
2. **Durante a vigência do Contrato, o Tomador do Seguro obriga-se a comunicar ao Segurador as seguintes alterações no prazo de 14 (catorze) dias:**
   - **a) Mudança de domicílio;**
   - **b) Todos os factos ou circunstâncias suscetíveis de determinarem uma modificação do risco.**
3. O Tomador do Seguro é solidariamente responsável quando esteja ao seu alcance substituir a Pessoa Segura quanto às obrigações que sobre ela impendem.

4. Em caso de acidente ou doença garantidos ao abrigo do presente Contrato, o Tomador do Seguro e/ ou a Pessoa Segura, sob pena de responderem por perdas e danos obrigam-se a:

Nas prestações convencionadas:

a) Selecionar um prestador da Rede de Prestadores indicada pelo Segurador;

b) Apresentar o seu cartão de saúde nos serviços clínicos no prestador e verificar se todos os atos médicos necessários estão convencionados;

c) Pagar ao prestador a parte da despesa que fica a seu cargo, conforme definido nas Condições Particulares.

Nas prestações indemnizatórias:

a) Enviar ao Segurador o pedido de reembolso, disponibilizado no seu site, devidamente preenchido;

b) Solicitar autorização prévia ao Segurador para a realização dos atos médicos descritos no número 6 do presente artigo, sem a qual não serão efetuadas quaisquer prestações indemnizatórias decorrentes desses atos;

c) Apresentar a prescrição médica para os exames complementares de diagnóstico e tratamentos realizados.

d) Quando a despesa tiver sido realizada no estrangeiro e a mesma se encontrar garantida pelo Contrato, os respetivos recibos originais terão obrigatoriamente de estar redigidos em português, inglês, francês ou espanhol;

e) Apresentar, no prazo máximo de 90 (noventa) dias a contar da data de realização do ato médico em causa, os recibos originais das despesas efetuadas, os quais terão obrigatoriamente que indicar o nome do doente a que respeitam, discriminar os serviços prestados, a especialidade médica no âmbito da qual foram prestados e obedecer às normas legais em vigor, nomeadamente às de natureza fiscal;

O prazo estipulado nesta alínea é alargado para 180 (cento e oitenta) dias quando a despesa tenha sido anterior ou parcialmente suportada por outro Segurador ou subsistema, no âmbito do regime complementar, devendo a Pessoa Segura apresentar relativamente a tal despesa uma fotocópia da prescrição médica e do recibo das despesas efetuadas, assim como, um documento original comprovativo da parte da despesa não reembolsada ao abrigo do subsistema ou Contrato de Seguro anteriormente acionado.

5. Para além das obrigações acima referidas, o Tomador do Seguro ou a Pessoa Segura deverão igualmente em caso de sinistro:

a) Participar o sinistro ao Segurador, por escrito, nos 30 (trinta) dias seguintes à sua ocorrência;

b) Informar com verdade o Segurador sobre as circunstâncias e consequências da doença ou acidente;

c) Cumprir as prescrições do médico a que tenham recorrido;

d) Sujeitar-se a exames por médicos designados pelo Segurador, caso estes o considerem necessário.

6. As Pessoas Seguras deverão igualmente solicitar uma pré-autorização aos serviços clínicos do Segurador, sempre que estiver em causa a realização de:

a) Despesas garantidas ao abrigo da Condição Especial de "Despesas de Hospitalização" ou outras especificamente identificadas neste Contrato;

b) Despesas com tratamentos consequentes de doenças graves.

7. Se por uma situação de urgência não for possível solicitar a pré-autorização, os serviços clínicos do Segurador devem ser contactados nas 96 (noventa e seis) horas seguintes.

8. O Tomador do Seguro e/ou a Pessoa Segura obrigam-se a tomar todas as providências para evitar ou, pelo menos, diminuir o agravamento das consequências do acidente ou da doença.

9. O Segurador não assume qualquer responsabilidade pelas consequências de atraso ou negligência imputáveis à Pessoa Segura no recurso à assistência médica, o mesmo sucedendo se ela se recusar a seguir os tratamentos prescritos.

10. O Tomador do Seguro e/ou a Pessoa Segura autorizam o Segurador a ceder à Gestora de Cuidados de Saúde todas as informações, ainda que de natureza pessoal, relevantes e necessárias à execução do presente Contrato.

11. O Tomador do Seguro e/ou a Pessoa Segura autorizam os médicos e hospitais a que tenham recorrido, a prestarem todas as informações e elementos nosológicos que sejam solicitados pelos serviços clínicos do Segurador, bem como facultar os relatórios clínicos e quaisquer outros elementos que estes tenham por convenientes para documentar o processo de assistência à Pessoa Segura.

ARTIGO 23.º OBRIGAÇÕES DO SEGURADOR

O Segurador, 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, Condições Gerais da Apólice, Diretório Clínico do qual consta a lista de Prestadores que integrando a Rede Convencionada de Prestadores prestarão os serviços cobertos pela Apólice e Tabela de Co pagamentos/Franquias (o Diretório Clínico e a Tabela de Copagamentos/Franquias estão igualmente disponíveis no sítio www.asisa.pt);

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

d) Proceder com diligência e prontidão a todas as averiguações indispensáveis para a correta regularização dos sinistros;

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

ARTIGO 24.º PAGAMENTO DA INDEMNIZAÇÃO

1. O Segurador obriga-se a proceder com diligência e prontidão a todas as averiguações indispensáveis para a correta regularização dos sinistros.
2. Nas prestações indemnizatórias o Segurador pagará o montante devido no prazo de 15 (quinze) dias úteis após a receção dos pedidos de reembolso devidamente acompanhados dos justificativos necessários para a regularização do sinistro.
3. No caso de haver complementaridade entre este Contrato de Seguro e outros sistemas de proteção, o total das comparticipações pagas por outras entidades/instituições e pelo Segurador não poderá em caso algum ser superior ao valor real das despesas realizadas pelo Tomador do Seguro e/ou Pessoa Segura.

   Em relação às despesas realizadas no âmbito do regime complementar, a Pessoa Segura deve efetuar, primeiramente, o pedido de reembolso de despesas ao anterior subsistema ou Segurador.

   A prestação indemnizatória do Segurador à Pessoa Segura será realizada após prévia comparticipação daquele ou através de cópia autenticada.
4. Os pagamentos devidos pelo Segurador serão efetuados em Portugal e em moeda nacional.
5. Caso as despesas suportadas pela Pessoa Segura sejam efetuadas em moeda estrangeira, a conversão para Euros será realizada à taxa de câmbio publicada pelo Banco de Portugal no dia de realização da despesa.

ARTIGO 25.º DOMICÍLIO

1. Para efeitos deste Contrato, será considerado domicílio do Tomador do Seguro e do Segurado/Pessoa Segura o indicado nas Condições Particulares ou, em caso de mudança, qualquer outro que, por escrito, tenha sido comunicado ao Segurador.
2. Apenas serão aceites domicílios em Portugal.

ARTIGO 26.º COMUNICAÇÕES E NOTIFICAÇÕES ENTRE AS PARTES

1. As comunicações ou notificações previstas neste Contrato de Seguro devem revestir forma escrita e ser prestadas por qualquer meio de que fique registo duradouro, para a morada ou endereço de correio eletrónico do Tomador do Seguro e do Segurador constantes no Contrato.
2. O Tomador do Seguro e o Segurador acordam que os registos eletrónicos 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.
3. **Qualquer alteração de morada do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura deve ser comunicada ao Segurador nos 30 (trinta) dias seguintes à data em que essa alteração se verifique, sob pena de se terem por válidas e eficazes todas as comunicações e notificações enviadas para a anterior morada.**
4. **Em conformidade com o exposto no nº 2 do artigo 4º, a nova morada indicada nos termos do número anterior, terá de se situar em território português, sob pena de cessação do contrato.**
5. **A alteração do endereço de correio eletrónico do Tomador do Seguro deve ser comunicada ao Segurador na data em que essa alteração se verifique, sob pena de se terem por válidas e eficazes todas as comunicações e notificações enviadas para o endereço anterior.**

ARTIGO 27.º SUB-ROGAÇÃO

Após o pagamento da indemnização, o Segurador fica, nos termos legais sub-rogado nos direitos da Pessoa Segura contra terceiros responsáveis pelo sinistro, até à concorrência da quantia indemnizada, abstendo-se a mesma de praticar quaisquer atos ou omissões que possam prejudicar a sub-rogação, sob pena de responder por perdas e danos.

ARTIGO 28.º GESTÃO DE RECLAMAÇÕES

1. Em caso de contestação relativa a Garantias, as reclamações devem ser apresentadas pela Pessoa Segura, por escrito, por meio preferencialmente digital, nomeadamente, através de e-mail reclamacoes@advancecare.com
2. Para além do exposto no número anterior, a Pessoa Segura poderá ainda apresentar reclamação através do livro de reclamações eletrónico ou solicitando o livro físico nos escritórios do Segurador junto do Departamento de Reclamações.
3. Todas as reclamações recebidas, serão processadas 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.
4. Poderão ser dirigidas ao Provedor do Cliente as reclamações que já tenham sido objeto de apreciação por parte do Serviço de Apoio ao Cliente tendo sido objeto de resposta que não mereça a concordância do Reclamante, ou que não tenham obtido resposta no prazo máximo de 20 (vinte) dias, ou nos casos de especial complexidade, de 30 (trinta) dias, usando para o efeito os seguintes endereços:
   - Provedor: Dr. Francisco Rocha
   - Morada: Av. da República, n.º35, Piso 6, 1050-186 Lisboa
   - Telefone: 210 425 113 (chamada para a rede fixa nacional)
   - Email: provedorasisa@asisa.pt
5. A apresentação de uma reclamação ao Provedor do Cliente deverá observar os seguintes requisitos:
   a) Ser efetuada por escrito, preferencialmente digital;
   b) Conter o nome completo do reclamante e, caso aplicável, da pessoa que o represente;
   c) Referência à qualidade do reclamante, designadamente de tomador de seguro, segurado ou de pessoa que o represente;
   d) Dados de contacto do reclamante e, se aplicável, da pessoa que o represente;
   e) Número de identificação fiscal (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.
6. O prazo máximo para resposta à reclamação, por parte do Provedor do Cliente, é de 30 (trinta) dias, sem prejuízo de, nos casos que revistam especial complexidade, o prazo poder ser alargado para 45 (quarenta e cinco) dias.

7. O Provedor do Cliente reserva-se no direito de não registar a reclamação, disso informando o reclamante de forma fundamentada, sempre que:
   a) Sejam omitidos dados essenciais que inviabilizem a respetiva gestão e que não tenham sido devidamente supridos;
   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.
8. 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.

9. 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 a Pessoa Seguro 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).

ARTIGO 29.º TRANSMISSÃO DO CONTRATO

1. O Tomador do Seguro pode transmitir a sua posição contratual no presente Contrato, com o acordo do Segurador, sem necessidade de consentimento dos Segurados.
2. Um Segurado, que não o Tomador do Seguro, em caso algum pode transmitir a sua posição contratual.

ARTIGO 30.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.

Os centros de arbitragem de conflitos de consumo de competência genérica poderão

ser consultados em www.consumidor.gov.pt e o centro de arbitragem sectorial, o CIMPAS, em www.cimpas.pt.

ARTIGO 31.º DADOS PESSOAIS

1. O tratamento de dados pessoais é efetuado pelo Segurador e pelos seus subcontratantes com o consentimento inequívoco do seu titular, 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.
2. O responsável pelo tratamento dos dados recolhidos é o Segurador, cuja identificação e contactos constam do Artigo Preliminar, podendo o Tomador do Seguro, sempre que assim o entender, contactar o Encarregado de Proteção de Dados através do seguinte endereço eletrónico dpoasisa@asisa.pt.
3. O Segurador trata os dados pessoais que recebe no âmbito da relação contratual com Tomador do Seguro, e no âmbito do cumprimento das obrigações legais e regulatórias aplicáveis. Entre outros, consideram-se 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:
   a) Dados de identificação (por exemplo, nome, apelidos, documento de identidade, morada postal, correio eletrónico, número de telefone);
   b) Dados socioeconómicos (por exemplo, económicos, financeiros e de seguros);
   c) Dados de transações de bens e serviços (por exemplo, o número de identificação bancária dos pagamentos dos serviços realizados);
   d) Dados de informação comercial (por exemplo, interesse em produtos ou serviços);
   e) Dados de saúde (por exemplo, os constantes do questionário clínico);
   f) Outros dados que estejam na documentação entregue ao Segurador ou obtida como consequência da relação com este (tais como Cartão do Cidadão ou outros documentos relevantes de identificação, Passaporte, e, em geral, qualquer documentação e informação dos contactos mantidos com o Tomador do Seguro e com a Pessoa Segura por diferentes meios, incluindo campanhas de marketing).
4. As finalidades e os fundamentos para o tratamento dos dados pessoais recolhidos pelo Segurador são as seguintes:
   a) 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 no âmbito dos contratos de seguro subscritos incluindo, entre outras finalidades, a gestão do "kit de boas-vindas", a avaliação de risco, a regularização e liquidação de sinistros, 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 e pela Pessoa Segura através do serviço de apoio ao cliente e à realização de inquéritos de qualidade por via telefónica, gestão, controlo e resolução de reclamações apresentadas pelo Tomador do Seguro e pela Pessoa Segura através do Provedor do Cliente, gestão e gravação das comunicações telefónicas no caso de a assessoria do Segurador ser prestada telefonicamente. Nestes casos, o Tomador do Seguro e a Pessoa Segura serão prévia e claramente informados sobre a existência desta gravação;

b) No âmbito de um interesse legítimo: sempre que necessário, os dados pessoais serão tratados para salvaguarda de interesses legítimos, como por exemplo, nos seguintes casos:

   (i) Prevenção e investigação da fraude;

   (ii) 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 tenha existido oposição à utilização dos dados pessoais por parte do titular para tal;

   (iii) Exercício de direitos legais e de defesa em caso de litígios judiciais;

   (iv) Garantia da segurança informática e da gestão informática do Segurador;

   (v) Disposições relativas à gestão de transações e ao desenvolvimento de produtos e serviços;

c) Com base no consentimento: O Tomador do Seguro e a Pessoa Seguras consentem expressamente no tratamento dos seus dados de saúde. Por outro lado, o Tomador do Seguro e a Pessoa Segura autorizam o Segurador a recolher informação ou esclarecimentos adicionais relacionados com elementos clínicos fornecidos ao abrigo da presente apólice, podendo o Segurador, ou o médico por esta designado, inquirir junto de qualquer entidade, médicos ou profissionais de saúde que os tenham tratado ou examinado, a solicitar todos os elementos clínicos e/ou médicos e/ou hospitalares necessários sobre o seu estado de saúde relacionados com intervenções cirúrgicas, internamentos hospitalares, consultas médicas e exames complementares de diagnóstico ou observações para o efeito de (i) aceitação ou recusa de celebração do Contrato de Seguro, (ii) apuramento da existência de falsas declarações sobre o estado de saúde do Tomador do Seguro

e da Pessoa Segura suscetível de influenciar a decisão de aceitação do Contrato de Seguro e, (iii) determinação das causas e consequências de qualquer sinistro que seja participado ao Segurador. Para estas finalidades, o Tomador do Seguro e a Pessoa Segura também consentem as referidas entidades a prestarem ao médico designado pelo Segurador as informações e documentos que lhes sejam por este solicitados no âmbito do consentimento conferido ao abrigo desta cláusula.

d) Para cumprimento de uma obrigação jurídica, como a prevenção e investigação de fraude. O Segurador está ainda sujeito 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).

5. Nos casos em que o fundamento da recolha e do tratamento de dados pessoais deva ter por base o consentimento do titular, este poderá retirar o seu consentimento em qualquer altura, sem que tal comprometa a licitude do tratamento efetuado com base no consentimento previamente dado.
6. A não comunicação dos dados pessoais por parte do titular ou a retirada do consentimento poderá levar a que o Segurador possa não conseguir desenvolver adequadamente a sua atividade, podendo tal recusa levar ao cancelamento da apólice e ao não prosseguimento da relação contratual.
7. O Segurador irá conservar os dados pessoais recolhidos pelo prazo de duração do Contrato celebrado ou por prazo superior para cumprimento de obrigações e direitos legais.
8. O titular dos dados tem o direito de, sempre que assim o entenda, solicitar ao Segurador o acesso aos dados pessoais que lhe digam respeito, bem como o direito à sua retificação ou ao seu apagamento, e à limitação do tratamento. O titular dos dados pessoais terá ainda o direito de se opor ao tratamento, bem como o direito à portabilidade dos dados.
9. Para além dos direitos referidos no número anterior, o titular dos dados terá ainda o direito de apresentar reclamações junto da Comissão Nacional de Proteção de Dados.

ARTIGO 32.º RELATÓRIO SOBRE A SOLVÊNCIA E SITUAÇÃO FINANCEIRA

O relatório anual sobre a solvência e situação financeira do Segurador encontra-se publicado na sua página da internet, disponível em www.asisa.pt .

ARTIGO 33.º REGIME FISCAL

1. O presente contrato fica sujeito ao regime fiscal 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.
2. 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.

ARTIGO 34.º LEGISLAÇÃO E FORO

1. A Lei aplicável ao presente Contrato é a portuguesa, se outra não for convencionada pelas partes.

2. O regime fiscal aplicável a este Contrato é, na parte que corresponder aos seguros de Saúde, o definido na legislação em vigor.

3. Qualquer litígio emergente deste Contrato, que não possa ser resolvido por via da arbitragem, terá como foro competente o determinado nos termos legais.

ARTIGO 35.º AUTORIDADE DE SUPERVISÃO COMPETENTE

A autoridade que exerce, por força da lei ou regulamentação a supervisão da ASISA, Asistencia Sanitaria Interprovincial de Seguros, S.A.U. é a Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, assim como para efeitos de Conduta e Supervisão Comportamental a ASF – Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões.

ARTIGO 36.º DADOS DE CONTACTO

Em caso de necessidade de qualquer esclarecimento ou de outro assunto relevante, tanto o Tomador, como a Pessoa Segura poderão contactar a Linha Apoio ao Cliente através do número 211 160 809 (Chamada para a rede fixa nacional).

CONDIÇÕES ESPECIAIS

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

Na parte aqui não especificamente regulamentada, aplicam-se às Condições Especiais a seguir indicadas, as disposições constantes das Condições Gerais deste Seguro de Saúde.

HOSPITALIZAÇÃO

1. A presente Condição Especial garante, nos termos fixados nas Condições Particulares, o pagamento das despesas abaixo indicadas, desde que realizadas em ambiente hospitalar e com internamento por período igual ou superior a 24 (vinte e quatro) horas:
   a) Honorários médicos;
   b) Internamento em unidades de cuidados intensivos;
   c) Tratamentos de quimioterapia intravenosa ou intravesical, radioterapia e braquiterapia, independentemente da existência de internamento;
   d) Cirurgia do foro estomatológico, ou maxilofacial, quando seja em consequência de tumor, doença grave ou acidente que requeira tratamento de urgência em regime de internamento hospitalar;
   e) Diárias da Pessoa Segura, piso de sala de operação e instalações necessárias à realização dos atos médicos cirúrgicos (bloco operatório, sala de recobro, etc.) e respetivo material usado (gases de anestesia, oxigénio, etc.);
   f) Enfermagem não privativa;
   g) Complicações na gravidez, tais como ameaça parto pré-termo, sangramento e descolamento da placenta;
   h) Exames auxiliares de diagnóstico, quando prescritos e realizados durante o internamento;
   i) Medicamentos administrados durante o internamento;
   j) Próteses intra-cirúrgicas e implantes, não objeto de exclusão;
   k) Transporte terrestre de ambulância de e para uma Unidade Hospitalar, desde que o estado da Pessoa Segura o justifique;
2. A presente Condição Especial garante, ainda, o pagamento das despesas relacionadas com o parto (normal ou cesariana) ou interrupção involuntária da gravidez, nomeadamente:
   a) Honorários médicos e de enfermagem relacionados com a assistência prestada;
   b) Sala de operações, instrumentos e material utilizado;
   c) Elementos auxiliares de diagnóstico;
   d) Medicamentos administrados à Pessoa Segura durante o internamento hospitalar;
   e) Diária hospitalar da parturiente;
   f) Diária e cuidados hospitalares do recém-nascido, enquanto durar o internamento da parturiente;

g) Despesas relativas a cuidados intensivos neonatais;

h) Transporte terrestre de ambulância para uma Unidade Hospitalar em Portugal, desde que o estado da Pessoa Segura o justifique.

3. Para além das exclusões previstas nas Condições Gerais, a presente Condição Especial não garante:

a) Despesas com acompanhantes, exceto nos casos de internamento de dependentes menores;

b) Despesas de natureza privada;

c) Tratamentos de quimioterapia intraoperatória e intraperitoneal e radioterapia esterotáxica, tomoterapia ou outras formas especiais de radioterapia.

d) Implantes compostos de osso natural ou seu substituto;

e) Dispositivos de ressincronização cardíaca e estimulação auricular;

f) Próteses de mama não realizadas após mastectomia por neoplasia;

g) Lentes bifocais, multifocais, tóricas ou para correção de erros refrativos de qualquer tipo;

h) Malhas biológicas;

i) Fatores de crescimento plaquetários;

j) Ortóteses e produtos ortopédicos e anatómicos.

4. Ainda que o internamento tenha duração inferior a 24 (vinte e quatro) horas, fica garantido o pagamento das despesas decorrentes de pequena cirurgia ambulatória.

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

ASSISTÊNCIA AMBULATÓRIA

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

a) Honorários médicos relativos a consultas presenciais de clínica geral e especialidade reconhecida pela Ordem dos Médicos. As consultas realizadas através de teleconsulta, videoconsulta ou outros meios de prestação remota de cuidados de saúde apenas se consideram abrangidas quando expressamente previstas no Serviço de Medicina Online.

b) Tratamentos ambulatórios realizados quando prescritos por médico;

c) Exames auxiliares de diagnóstico quando prescritos por médico;

d) Tratamentos de fisioterapia quando prescritos por médico;

e) Cinesioterapia quando prescrita por médico;

f) Terapia da fala quando prescrita por médico;

g) Honorários de consultas de psicologia até um limite de 4 (quatro) por anuidade, desde que realizadas por técnicos inscrito na Ordem dos Psicólogos;

h) Tratamentos de psicoterapia, necessários em resultado de patologia de origem psicológica e de caráter temporário (quadros depressivos, stress, anorexias, bulimias e obesidades) desde que prescritos por médico;

i) Enfermagem não privativa;

j) Em situações de enfermagem privativa, comparticipa-se a mudança de pensos pós cirúrgicos ou injeções pós cirúrgicas após internamento médico ou cirúrgico garantido pela apólice.

k) Consultas e tratamentos de Podologia até um limite de 4 (quatro) por anuidade;

l) Sessões de Preparação para o Parto até um limite de 4 (quatro) sessões por Parto/Cesariana;

m) Transporte terrestre de ambulância de e para uma unidade hospitalar em Portugal, desde que o estado da Pessoa Segura o justifique.

2. Para além das exclusões previstas nas Condições Gerais, a presente Condição Especial não garante:

a) Despesas relativas a consultas, tratamentos, cirurgia e próteses e ortóteses do foro estomatológico;

b) Despesas que decorram de pequena cirurgia ambulatória.

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

ESTOMATOLOGIA

A presente Condição Especial garante o acesso à rede nos termos fixados nas Condições Particulares, para efeitos de prestação de atos médicos do foro Estomatológico ou maxilofacial seguidamente indicados:

a) Consultas e tratamentos;

b) Limpezas dentárias, incluindo branqueamento dentário;

c) Ortodontia;

d) Próteses e Implantes dentários;

e) Cirurgia do foro estomatológico ou maxilofacial quando seja consequência de doença.

1. Para além das exclusões previstas nas Condições Gerais, a presente Condição Especial não garante custos decorrentes da utilização de materiais preciosos.
2. A presente cobertura é prestada nas condições estabelecidas e convencionadas com a rede de Prestadores de Cuidados Dentários, beneficiando a Pessoa Segura do acesso a atos médicos de cuidados dentários, suportando apenas o copagamento pré-estabelecido por ato médico na Tabela de Atos Médicos de Estomatologia.
3. Não existe período de carência para qualquer dos atos médicos realizados no âmbito da cobertura de Estomatologia.

ACESSO À REDE MAIS OPTICA

Ao abrigo desta condição especial e quando prevista a Rede Mais Optica nas Condições Particulares, a ASISA garante o acesso a descontos e vantagens junto da cadeia de lojas da "Mais Optica" em Portugal, sendo estes especializados em diversos serviços associados à saúde visual, ficando ao cargo da Pessoa Segura a responsabilidade pela seleção da escolha da loja "Mais Optica" e o pagamento do respetivo valor após serem concedidos os descontos.

Os descontos aplicados para alguns produtos são:

- 50% Lentes Monofocais nas marcas Indo, Hoya e Essilor na compra de óculos de prescrição completa (armação + lentes);
- 40% Lentes Progressivas nas marcas Indo, Hoya e Essilor na compra de óculos de prescrição completa (armação + lentes);
- 10% em armações;
- 20% em lentes de contacto;
- 10% em produtos de saúde ocular;
- 30% de desconto nos óculos de sol;
- 50% de desconto no Cartão Privilege, sendo o preço final do cartão para os clientes ASISA de 9 Euros.

Poderá consultar os locais de atendimento através da página www.asisa.pt.

ACESSO À REDE BEM ESTAR

Ao abrigo desta condição especial e quando prevista a Rede Bem Estar nas Condições Particulares, a ASISA garante o acesso a vários serviços:

- Na área das medicinas complementares e do bem-estar físico e mental, nomeadamente Osteopatia, Podologia, Psicologia, Beleza e Estética, Acupunctura, SPA's, Preparação para o Parto, Crio-Preservação de células estaminais, Termas, Assistência Domiciliária, Genética, Homeopatia, Nutrição, Quiroprática, Shiatsu, Talassoterapia, Farmácias; Ginasios/Health Clubs.
- Ópticas.
- Produtos e serviços para o bem-estar do seu animal de companhia;

Para beneficiar destes serviços com descontos e vantagens, o acesso terá que ser feito junto de parceiros especializados com quem a AdvanceCare tenha celebrado um acordo de parceria, ficando ao cargo da Pessoa Segura a responsabilidade pela seleção da escolha do prestador de rede de Bem-Estar e o pagamento do respetivo valor convencionado.

Poderá consultar todos os locais de atendimento através da página www.advancecare.pt.

COPAGAMENTOS DENTRO DAS UNIDADES GRUPO ASISA PORTUGAL E ESPANHA

A presente Condição garante, nos termos fixados nas Condições Particulares para o âmbito da cobertura de Hospitalização e Assistência Ambulatória, o acesso às Clínicas/Hospitais que fazem parte do grupo ASISA (Unidades próprias ou participadas) não existindo qualquer copagamento a cargo do segurado.

O custo total da fatura, referente aos procedimentos garantidos pelas presentes condições gerais e especiais da apólice, serão regularizados junto do prestador por parte da Seguradora.

Previamente à sua utilização, deverá consultar os locais de atendimento através da página www.asisa.pt.

ACESSO À REDE ASISA ESPANHA

1. Fica garantido o pagamento das seguintes despesas de saúde realizadas em Espanha, nas Unidades pertencentes ao grupo ASISA (Hospitais, Unidades de oftalmologia, unidades de reprodução, clínicas dentárias, entre outras):
   a) Despesas de Hospitalização, quando motivadas por acidente ocorrido ao abrigo do presente Contrato, ou doença;

b) Despesas de Assistência Ambulatória;

c) Despesas de Estomatologia;

d) Despesas de Reprodução Assistida;

e) Despesas de Oftalmologia;

f) Despesas de Médico ao Domicílio.

2. As despesas realizadas ao abrigo das Condições Especiais "Despesas de Hospitalização" e "Despesas de Assistência Ambulatória" apenas ficarão garantidas desde que efetuadas em regime de prestação convencionada junto das Unidades pertencentes ao grupo ASISA em Espanha.
3. As despesas realizadas ao abrigo das Condições Especiais "Despesas de Estomatologia", "Despesas de Reprodução Assistida", "Despesas de Oftalmologia" e "Despesas de Médico ao Domicílio" apenas ficarão garantidas com acesso a valores de tabela junto das Unidades pertencentes ao grupo ASISA em Espanha.
4. Para aceder aos serviços das coberturas "Despesas de Hospitalização", "Despesas de Assistência Ambulatória" e "Despesas de Estomatologia", deverá contactar diretamente o Hospital de acordo com os contactos que constam em www.asisa.pt, e identificar-se como Cliente ASISA +SAÚDE Portugal.
5. Para aceder aos serviços das coberturas "Despesas de Reprodução Assistida", "Despesas de Oftalmologia" e "Despesas de Médico ao Domicílio", deverá contactar o número +351 211 369 905 (chamada para a rede fixa nacional), e identificar-se como Cliente ASISA +SAÚDE Portugal. Os prestadores disponíveis constam em www.asisa.pt.
6. Alguns atos médicos a realizar nas Unidades pertencentes ao grupo ASISA em Espanha requerem pré-autorização, nomeadamente para as coberturas de Despesas de Hospitalização e Despesas de Assistência Ambulatória, estando os mesmos definidos no Artigo 1.º das Disposições Comuns das Condições Especiais. Isto significa que estes atos médicos só ficarão garantidos desde que a pré-autorização tenha sido solicitada pela Pessoa Segura ao Segurador e previamente aceite pela ASISA em Portugal.
7. Após emissão da pré-autorização por parte do Segurador, o Segurado deverá dirigir-se diretamente ao Hospital ASISA da sua escolha, e apresentar no momento do atendimento o código ou documento de autorização.
8. Para além das exclusões previstas nas Condições Gerais, a presente Condição Especial não garante despesas de saúde garantidas ao abrigo da Condição Especial "Despesas de Hospitalização", quando, de acordo com o estado de saúde da Pessoa Segura, os tratamentos a realizar no estrangeiro tenham uma finalidade meramente paliativa.

9. Os períodos de carência a considerar relativamente aos atos médicos realizados no âmbito da cobertura de acesso às Unidades pertencentes ao grupo ASISA em Espanha, são, consoante o tipo de despesa de saúde a realizar, os definidos no Artigo 6.º das Condições Gerais relativamente às coberturas de Hospitalização e Assistência Ambulatória.

10. O acesso às unidades especialistas de oftalmologia e reprodução assistida em Espanha, serão a preços preferentes e sem limite de idade ou questionários de saúde. As Pessoas Seguras terão à sua disposição as unidades de OFTALVIST 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 consultados em www.asisa.pt, e se o Segurado decidir recorrer a algum dos serviços propostos, deverá contactar o número +351 211 369 905 (chamada para a rede fixa nacional), identificar-se como Cliente ASISA +SAÚDE Portugal através da indicação de número de cliente que consta no 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.

11. O Serviço de Médico ao Domicílio, pode ser solicitado através da rede HLA Health Services, (pertencente ao grupo ASISA em Espanha), durante a sua estadia em Espanha para serviços de médico de urgência 24 (vinte e quatro) horas por dia, sem custos para a Pessoa Segura.

    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 +351 211 369 905 (chamada para a rede fixa nacional), 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.

    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:

Clínica El Rosario (Albacete)
Centro Médico Javea (Alicante)
Centro Médico Vistahermosa 77 (Alicante)
Centro Médico Vistahermosa 76 (Alicante)
Centro Médico Vistahermosa Elche (Alicante)
Clínica Vistahermosa (Alicante)
Hospital San Carlos de Denia (Alicante)
Centro de Especialidades Mediterráneo (Almería)

Hospital Mediterráneo (Almería)
Policlínica de Almería (Almería)
Policlínica del Levante (Almería)
Policlínica del Poniente - El Ejido (Almería)
Policlínica del Poniente - El Parador (Almería)
Clínica Internacional Barcelona (Barcelona)
Centro Médico Cáceres (Cáceres)
Centro Médico La Salud (Cádiz)
Clínica Serman (Cádiz)
Hospital Jerez Puerta del Sur (Cádiz)
Hospital La Salud (Cádiz)
Hospital Universitario Inmaculada (Granada)
Centro Médico Aguas Vivas (Guadalajara)
Centro Médico Dr. Sanz Vásquez (Guadalajara)
Clínica Dr. Sanz Vásquez (Guadalajara)
Centro Médico Huelva (Huelva)
Clínica Los Naranjos (Huelva)
Centro Médico Guissona (Lleida)
Clínica Perpetuo Socorro (Lleida)
Policlínica Lleida (Lleida)
Centro de Especialidades Moncloa (Madrid)
Hospital Universitário Moncloa (Madrid)
Centro Diagnóstico Dr. Mario Gallegos (Málaga)
Hospital Universitario El Ángel (Málaga)
Residencia Belén (Murcia)
Hospital Virgen de la Vega (Murcia)
Centro Médico-Quirúrgico Ramón y Cajal (Sevilla)
Clínica Santa Isabel (Sevilla)
Centro Médico Toledo (Toledo)
Centro Médico Zaragoza (Zaragoza)
Clínica Montpellier (Zaragoza)

Não serão cobertos serviços de urgência médica hospitalar prestados em clínicas ou hospitais que não integrem as Unidades pertencentes ao Grupo ASISA.

ASSISTÊNCIA MÉDICA NACIONAL

1. **Pela presente cobertura e desde que indicada nas Condições Particulares, o Segurador, coloca à disposição do Segurado um Serviço de Assistência que garante, mediante solicitação telefónica através do número +351 210 127 241 (chamada para a rede fixa nacional), em caso de urgência e até aos limites aplicáveis, as seguintes garantias:**

   a) Aconselhamento e Orientação Médica Telefónica, que compreende os seguintes serviços;

   - **Informação médica referente a doenças;**

   b) Informação médica referente à prevenção de problemas de saúde;

   c) Informação sobre a correta administração de medicamentos;

   d) Assessoria na compreensão de relatórios de laboratório, terminologia médica, interpretação de relatórios e diagnósticos;

   - **Explicação do funcionamento e preparação prévia necessária à realização de exames médicos complementares;**

   As informações médicas prestadas através da linha telefónica de atendimento não poderão ser entendidas como uma consulta médica. Este serviço não tem como objetivo realizar diagnósticos nem recomendar tratamentos médicos e pode ser utilizado por qualquer Segurado, de forma gratuita, sem limite de idade e sem que sejam aplicados períodos de carência ou restrições por doenças pré-existentes.

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

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

4. **No caso da organização do transporte da Pessoa Segura em ambulância, do domicílio para o posto de primeiros socorros ou de urgências mais próximo, o custo do transporte deverá ser suportado integralmente pela Pessoa Segura.**

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

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

7. A presente garantia cobre também consultas médicas online através de vídeo chamada em situação de urgência em Portugal, 24 (vinte e quatro) horas por dia, 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias por ano, não existindo qualquer copagamento a cargo do segurado.
8. Sem prejuízo das exclusões previstas nas Condições Gerais aplicáveis a esta garantia, não fica garantido ao abrigo da presente Condição Especial o reembolso das despesas com ações de salvamento, assistência médica primária e primeiro transporte medicalizado, sempre que existam e possam ser acionados meios públicos para o efeito.
9. Não existe período de carência para qualquer dos atos médicos realizados no âmbito da cobertura de Assistência Médica Nacional.

SERVIÇO MEDICINA ONLINE

1. Pelo presente Serviço e desde que indicada nas Condições Particulares, o Segurador coloca à disposição da Pessoa Segura um Serviço de Medicina Online, mediante recurso a meios de comunicação digitais disponibilizados ou autorizados pelo Segurador.
2. O Serviço de Medicina Online constitui um Serviço autónomo e específico do Contrato, distinto da cobertura de Assistência Ambulatória.
3. O Serviço de Medicina Online garante, mediante a utilização da respetiva aplicação digital (App) da AdvanceCare ou outro canal expressamente indicado pelo Segurador, o acesso às seguintes especialidades e atos médicos:
   a) Consulta Online de Atendimento Permanente
   b) Acesso ao Circuito Clínico Online de Pediatria
   c) Acesso a Circuito Clínico Online de Dermatologia
   d) Quaisquer outras especialidades ou serviços que venham a ser indicados nas Condições Particulares ou em suporte duradouro disponibilizado pelo Segurador.
4. O Serviço de Medicina Online assegura o acesso aos serviços nele previstos em Portugal, 24 (vinte e quatro) horas por dia, 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias por ano, nos termos e limites definidos nas Condições Particulares.
5. O acesso aos atos médicos abrangidos pelo presente serviço estão sujeitos aos copagamentos especificamente previstos para o Serviço de Medicina Online nas Condições Particulares, os quais prevalecem sobre quaisquer copagamentos aplicáveis à cobertura de Assistência Ambulatória ou a outras coberturas do Contrato.
6. Apenas se consideram abrangidos pelo presente serviço os atos médicos realiza-

dos através das plataformas, aplicações, canais ou prestadores especificamente disponibilizados ou autorizados pelo Segurador para o Serviço de Medicina Online.

7. As consultas realizadas por teleconsulta, videoconsulta ou qualquer outra modalidade de prestação remota de cuidados de saúde diretamente junto de hospitais, clínicas, médicos ou outros prestadores, dentro ou fora da Rede de Prestadores, não se consideram abrangidas pelo presente Serviço, salvo disposição expressa em contrário constante das Condições Particulares ou Especiais.
8. Os atos médicos realizados ao abrigo do presente Serviço não são equiparados a consultas presenciais realizadas dentro ou fora da Rede de Prestadores, para efeitos da aplicação de copagamentos, franquias ou demais condições previstas para a cobertura de Assistência Ambulatória.
9. Não existe período de carência aplicável aos atos médicos realizados no âmbito do Serviço de Medicina Online.

DISPOSIÇÕES COMUNS SERVIÇO MEDICINA ONLINE

1. Condições de Prestação
   a. As consultas médicas online têm natureza complementar e não substituem, quando clinicamente indicado, a observação médica presencial.
   b. O médico poderá, mediante critério clínico:
      i) Emitir receitas médicas e/ou prescrições de meios complementares de diagnóstico;
      ii) Recomendar seguimento ou encaminhamento para consulta presencial.

c. A prestação do serviço está dependente da existência de informação clínica suficiente para uma avaliação segura.

2. Utilização do Serviço de Medicina Online
   1. A utilização de consultas através do Serviço de Medicina Online não está limitada. No entanto, é necessário um relatório médico que justifique, por motivo de patologia comprovada, a sua utilização a partir do número de consultas estipulado para cada especialidade e em cada anuidade. Esta informação poderá ser consultada em www.asisa.pt, selecionando a área de saúde, na secção "Perguntas Frequentes".
   2. Para efeitos de contagem do limite de atos médicos que exigem o relatório, são consideradas cumulativamente as consultas presenciais e do Serviço de Medicina Online.

3. **Exclusões do Serviço de Medicina Online**

   1. **Ficam excluídos do âmbito deste serviço:**

      a. **Atos médicos que exijam observação física indispensável;**

      b. **Situações de emergência médica;**

      c. **Emissão de relatórios médico-legais ou atos não compatíveis com telemedicina.**

4. **Circuito Clínico de Dermatologia Online:**

   1. **Atendendo à natureza específica da especialidade de Dermatologia, a prestação do serviço de Dermatologia Online encontra-se dependente e processa-se de acordo com as seguintes etapas:**

      a. Preenchimento de questionário clínico para enquadramento médico e elegibilidade clínica para consulta;

      b. Consulta Inicial de Medicina Geral e Familiar Online;

      c. **Caso o Médico de Medicina Geral e Familiar considere existir fundamento clínico** para referenciar o caso, haverá a Consulta de Dermatologia Assíncrona, que consiste em Avaliação de Dermatologia (não presencial);

      d. Posterior realização de consulta de Dermatologia Online, **quando indicada.**

   2. **A triagem inicial permite uma avaliação clínica para determinar se o cliente pode ser acompanhado digitalmente. Se for o caso, será possível iniciar uma primeira linha de cuidados primários com Medicina Geral e Familiar, podendo depois, se clinicamente justificado, avançar para acompanhamento assíncrono ou síncrono com um dermatologista.**

   3. **A ausência de indicação clínica para consulta de Dermatologia Online não confere ao Segurado qualquer direito a reembolso, compensação ou realização da consulta, uma vez que não se trata de uma recusa de cobertura, mas de uma decisão clínica.**

5. **Circuito Clínico de Pediatria Online**

   1. **O acesso à especialidade de Pediatria pressupõe uma avaliação inicial por um clínico de Medicina Geral e Familiar, que reencaminhará para o Médico Especialista/Pediatra sempre que necessário ou a pedido explícito da pessoa segura.**

DISPOSIÇÕES COMUNS

ARTIGO 1.º ATOS MÉDICOS QUE CARECEM DE PRÉ-AUTORIZAÇÃO

O pagamento de despesas garantidas ao abrigo das presentes Cláusulas Particulares ficará sempre sujeito a pré-autorização pelo Segurador nos seguintes casos:

a) Quaisquer despesas de saúde garantidas ao abrigo da Condição Especial "Despesas de Hospitalização";

b) Cirurgias realizadas em regime ambulatório;

c) Tratamentos em hospital em regime ambulatório;

d) Diagnóstico cardiológico e cateterismos cardíacos como ou sem angioplastia, estudos eletrofisiológicos e terapêuticos;

e) Laser Cirúrgico e Litotrícia Extracorporal;

f) Extração de sinais, quistos e nevos em consulta;

g) Radiologia vascular;

h) Radioterapia;

i) Quimioterapia e cobaltoterapia;

j) Isótopos radioativos.

ARTIGO 2.º UTILIZAÇÃO DE CONSULTAS

1. A utilização das consultas de especialidades médicas reconhecidas pela Ordem dos Médicos não está limitada. No entanto, é necessário um relatório médico que justifique, por motivo de patologia comprovada, a sua utilização a partir do número de consultas estipulado para cada especialidade e em cada anuidade.

   Esta informação poderá ser consultada em www.asisa.pt, selecionando a área de saúde, na secção "Perguntas Frequentes".

2. Para efeitos de contagem do limite de atos médicos que exigem o relatório, são consideradas cumulativamente as consultas presenciais e de Medicina Online, conforme definidas nas Condições Especiais.

2. Estão também garantidas, apesar de se tratar de especialidades médicas não reconhecidas pela Ordem dos Médicos, a Psicologia e a Podologia, até ao limite de 4 (quatro) consultas por anuidade para cada especialidade.

ARTIGO 3.º UTILIZAÇÃO DE TRATAMENTOS

A administração de tratamentos médicos não está limitada, mas **é necessário um relatório médico que justifique a sua administração, por motivo de patologia comprovada, no caso de Fisioterapia, Cinesioterapia e Terapia da Fala a partir de 12 (doze) sessões por anuidade e no caso de Psicoterapia a partir de 4 (quatro) sessões por anuidade.**