



Informações Pré-Contratuais

ASISA +SAÚDE PREMIUM



Esta informação não dispensa a leitura atenta das Condições Gerais, Especiais e Particulares do Contrato.

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 caracteres destacados e de maior dimensão do que os restantes.

A | CONDIÇÕES GERAIS

SEGURADOR

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 Av. da Liberdade 225, 3.º Esquerdo, 1250142 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

PRODUTO

Seguro de Saúde Individual

1.- OBJETO DO CONTRATO E ÂMBITO DAS GARANTIAS

1. O Contrato garante, exceto nas situações previstas como Exclusões, o pagamento de prestações convencionadas ou indemnizatórias em consequência de doença ou acidente ocorrido durante a sua vigência, conforme disposto nas Condições Gerais, nas Condições Especiais contratadas e até aos limites estabelecidos nas Condições Particulares aplicáveis.
2. O âmbito das garantias do Contrato poderá garantir despesas em regime complementar, sempre que expressamente indicado nas Condições Particulares da Apólice.
3. O 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.

2.- 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 é válido 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) por um período não superior a 90 (noventa) dias.

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.

3.- 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 do Cartão de Saúde.
2. 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, nascimento ou adoção.
3. A inclusão de recém-nascidos, deverá ser solicitada pelo Tomador no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a data de nascimento.
4. A idade máxima de contratação é de 69 (sessenta e nove) anos, não tendo limite na idade de permanência. No entanto cada adesão a partir dos 60 (sessenta) anos, obriga a uma adesão solidária de outro membro até 40 (quarenta) anos.

4.- 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 Condições Gerais e das respectivas Condições Especiais.

5.- 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) 240 (duzentos e quarenta) 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, urgência vital ou partos prematuros;

b) 90 (noventa) dias para qualquer ato médico praticado em regime ambulatorio.

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

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

b) 360 (trezentos e sessenta) dias para atos médicos relativos a litotricia renal, intervenção cirurgica do foro ginecológico por patologia benigna, hemorroidectomia, mastectomia por patologia benigna, tiroidectomia por patologia benigna e colecistectomia, rinoseptoplastia e septoplastia, amigdalectomia, adenoidectomia e miringotomia, cirurgia artroscópica, tratamento cirurgico de hérnias, tratamento vascular cirurgico ou não cirurgico, roncopatia, apneia do sono, doenças graves, patologias hepáticas e tratamentos de hemodiálise;

c) 180 (cento e oitenta) dias para assistência médica no âmbito da psicoterapia;

d) 240 (duzentos e quarenta) dias para 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 ambulatorio;

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

c) Transferência de um seguro anterior, quando a mesma tenha estado protegida por um seguro com mais de um ano de contrato na congénere, que garantisse as mesmas coberturas que o presente Contrato (exceto Parto, Cesariana e Interrupção Involuntária de Gravidez, mantendo-se a carência definida no ponto 1, alínea a) do presente artigo 5.º) e do qual não tivessem sido excluídas, por iniciativa do Segurador, a(s) patologia(s) subjacente(s) ao sinistro suscetível de acionar, no âmbito deste, a garantia de Hospitalização. A verificação da situação será feita pelo Segurador que é parte do presente Contrato, que solicitará uma cópia das Condições Particulares e recibo de pagamento correspondentes ao seguro anterior;

d) Inclusão de cônjuge, dependentes ou adotados se o restante agregado familiar estiver previamente incluído no Contrato e pedido de inclusão ocorrer no prazo máximo de 30 (trinta) dias seguintes à data do casamento, nascimento ou adoção.

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.

6.- EXCLUSÕES

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

- a) Doenças preexistentes 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 respectiva 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 estabelecimentos similares, assim como, os respectivos 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) 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 ou seu substituto, dispositivos de ressincronização cardíaca e estimulação auricular, próteses de mama que não sejam decorrentes de situação oncológica, lentes bifocais, multifocais, tóricas ou para correção de erros refrativos de qualquer tipo, malhas biológicas e fatores de crescimento plaquetários, ortóteses e produtos ortopédicos e anatómicos;
- k) Checkups e/ou rastreios gerais de saúde preventivos, exceto quando expressa-

mente 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. Em nenhum caso se compartilhará situações de cirurgia para alteração de género, a cirurgia bariátrica e toda e qualquer cirurgia robotizada;
- o) Tratamentos de rejuvenescimento e/ou emagrecimento;
- p) Medicamentos, exceto os administrados em âmbito cirúrgico ou de hospitalização;
- q) Tratamentos a laser de miopia, hipermetropia, astigmatismo e outras patologias refrativas;
- r) Exploração mediante Tomografia por Emissão de Positrões (P.E.T.);
- s) Transplante de órgãos e tecidos e suas implicações;
- t) Doenças profissionais e acidentes de trabalho, bem como os acidentes e doenças cobertas por seguros obrigatórios;
- u) Prática profissional e amadora de desporto;
- v) 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;
- w) 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;
- x) Prestações de ação social;
- y) Despesas de natureza particular;
- z) Consultas, exames e tratamentos do foro da nutrição e dietética;
- aa) Despesas do Dador;
- bb) Despesas de morgue e funeral;

- cc) Cirurgia a Varizes, injeções esclerosantes e laser;
- dd) O Síndrome 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 Kaposi";
- ee) Métodos contraceptivos 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 contraceptivas;
- 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 trinta (30) 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 antiescara, 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 bemestar 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.
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 os termos previstos nos artigos 9º e 10º da Condições Gerais.

7.- FORMAÇÃO DO CONTRATO

1. O 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, regendose pelo convencionado nas Condições Gerais e nas Condições Especiais e Particulares que se lhes juntem, pelas atas adicionais que contemplem 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 conforme os termos previstos nos artigos 9º e 10º da Condições Gerais.

8.- 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 8º da Condições Gerais, 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 ponto 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 ponto 1.

9.- 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 8º da Condições Gerais, 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.

10.- 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.

11.- AGRAVAMENTO DO RISCO

1. Sempre que aplicado questionário médico prévio à contratação do seguro, o Tomador do Seguro ou a Pessoa Segura obrigam-se a participar ao Segurador quaisquer factos ou circunstâncias que agravem as condições do risco seguro, por correio registado e no prazo de 14 (catorze) dias a contar da data de que deles tenham conhecimento.
2. A falta da comunicação referida no número anterior confere ao Segurador o direito à anulação do Contrato nos termos da legislação em vigor.
3. No caso de a alteração do risco não ser comunicada ao Segurador ou de haver reticências, dissimulações ou omissões na declaração, e dessa alteração resultar um agravamento do risco, o Segurador não se responsabilizará pelos sinistros que ocorram, salvo se a Pessoa Segura provar a ausência de relação causal entre o agravamento do risco e o sinistro.
4. No prazo de 30 (trinta) dias a contar do momento em que tenha conhecimento do agravamento do risco, o Segurador pode:
 - a) Apresentar ao Tomador do Seguro proposta de modificação do Contrato, que este deve aceitar ou recusar em igual prazo, findo o qual se entende aprovada a modificação proposta;
 - b) Resolver o Contrato, demonstrando que, em caso algum, celebra contratos que cubram riscos com as características resultantes desse agravamento do risco.

12.- 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 considerase tacitamente renovado por igual período e condições, no termo de cada anuidade, salvo se cessar por caducidade, denúncia, resolução ou revogação.

13.- 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 efetuase 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.

14.- 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 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.

15.- 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.

16.- CADUCIDADE DO CONTRATO

1. Tratandose de seguro celebrado por um período de tempo certo e determinado o Contrato caduca automaticamente na data do seu termo.

2. Tratandose de uma apólice de seguro celebrada por 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.

17.- 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, reguladas na cláusula 21.

18.- 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 parágrafos anteriores da presente cláusula.

19.- 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 encontrase 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.

20.- 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.

21.- ATUALIZAÇÃO DO PRÉMIO

1. Se o Segurador modificar a sua tarifa, terá o direito de fixar o novo prémio em conformidade, a partir do vencimento anual seguinte, obrigandose a comunicar tal facto ao Tomador do Seguro com uma antecedência mínima de 30 (trinta) dias.
2. 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.

22.- 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 obrigase a comunicar ao Segurador as seguintes alterações:
 - a) Mudança de domicílio;
 - b) Todos os factos ou circunstâncias suscetíveis de determinarem uma modificação do risco, sempre que aplicado questionário médico prévio à contratação do seguro.
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 Contrato, o Tomador do Seguro e/ou a Pessoa Segura, sob pena de responderem por perdas e danos obrigamse 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 da presente clausula, 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 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) Sujeitarse 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 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. Tomador do Seguro e/ou a Pessoa Segura autorizam o Segurador a ceder à Ges-

tora de Cuidados de Saúde todas as informações, ainda que de natureza pessoal, relevantes e necessárias à execução do 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.

23.- OBRIGAÇÕES DO SEGURADOR

O Segurador, obrigase 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 Copagamentos/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) Informar o Tomador do Seguro das situações de incumprimento contratual e respetivas obrigações e consequências em caso de inobservância das mesmas.

24.- PAGAMENTO DA INDEMNIZAÇÃO

1. O Segurador obrigase 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 participações 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 participação 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.

25.- 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.

26.- 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. 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.

27.- SUB-ROGAÇÃO

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

28.- GESTÃO DE RECLAMAÇÕES

1. Em caso de contestação relativa a Garantias, as reclamações devem ser apresentadas pela Pessoa Segura, através de email ou correio dirigido ao Segurador, devidamente acompanhada da documentação de suporte adequada, através do seguinte endereço:

Apartado 2003 1144001 Lisboa
Gestão de Reclamações
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, prorrogandose 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 Departamento de Gestão de Reclamações ao Cliente tendo sido objeto de resposta que não mereça a concordância do Reclamante, ou que não tenham tido 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 do Cliente ASISA
Rua Rosa Araújo, n.º 2, 3.º Esq.
1250195 Lisboa
provedorasisa@asisa.pt

5. A apresentação de uma reclamação ao Provedor do Cliente deverá observar os seguintes requisitos:
 - a) Ser efectuada por escrito;

- 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 reservase 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 corrigidos;
 - b) Se pretenda apresentar uma reclamação relativa a matéria que seja da competência de órgãos arbitrais ou judiciais ou quando a matéria objeto da reclamação já tenha sido resolvida por aquelas instâncias;
 - c) Estas reiterem reclamações que sejam apresentadas pelo mesmo reclamante em relação à mesma matéria e que já tenham sido objeto de resposta pela entidade a quem são dirigidas;
 - d) A reclamação não tiver sido apresentada de boa fé ou o respetivo conteúdo for qualificado como vexatório.
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, 1600205 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).”

29.- ARBITRAGEM

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

30.- 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 regulamentárias 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 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 boasvindas”, 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 Seguras através do serviço de apoio ao cliente e à realização de inquéritos de qualidade 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:
- (ii) Prevenção e investigação da fraude;
 - (iii) 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;
 - (iv) Exercício de direitos legais e de defesa em caso de litígios judiciais;
 - (v) Garantia da segurança informática e da gestão informática do Segurador;
 - (vi) 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.”

31.- 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.

32.- LEGISLAÇÃO E FORO

1. A Lei aplicável ao 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.

33.- AUTORIDADE DE SUPERVISÃO COMPETENTE

A autoridade que exerce, por força da lei ou regulamentação a supervisão da ASI-SA, 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.

B.- 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.

1.- 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 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 intracirúrgicas 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 anatômicos.
4. Ainda que o internamento tenha duração inferior a 24 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.

2.- 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 de clínica geral e especialidade reconhecida pela Ordem dos Médicos;
 - b) Tratamentos ambulatoriais 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 pelo 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 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.

3.- ESTOMATOLOGIA

1. A presente Condição Especial garante 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.
2. Para além das exclusões previstas nas Condições Gerais, a presente Condição Especial não garante custos decorrentes da utilização de materiais preciosos.

3. 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 préestabelecido por ato médico na Tabela de Atos Médicos de Estomatologia.
4. Não existe período de carência para qualquer dos atos médicos realizados no âmbito da cobertura de Estomatologia.

4.- 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 +34 912 972 409, 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 préautorização, 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 préautorização tenha sido solicitada pela Pessoa Segura ao Segurador e previamente aceite pela ASISA em Portugal.
7. Após emissão da préautorização 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 médicoestéticos, 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 +34 912 972 409, identificarse 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 horas por dia, sem custos para a Pessoa Segura.

Para efeitos desta cobertura complementar, entendese 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 +34 912 972 409, 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 assinados 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) serlhe prestado(s):
 - Serviço Médico no local onde se encontre o Segurado (exclusivo nas capitais de província de Espanha).
 - Transporte para Hospital recomendado;
 - Serviço de Urgência Médica Hospitalar em Clínicas ou Hospitais pertencentes ao Grupo ASISA.

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

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

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

As Clínicas ou Hospitais pertencentes ao Grupo ASISA são:

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

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

5.- ASSISTÊNCIA MÉDICA NACIONAL

1. Pelapresentecoberturae desde que indicada nas CondiçõesParticulares,o Segurador,colocaàdisposiçãodoSeguradoum ServiçodeAssistênciaquegarante, mediante solicitaçãotelefónicaatravés do número 707 100 140, 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 preexistentes.

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 desta Condição Especial são válidas em Portugal Continental e nas Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira.
7. A presente garantia cobre consultas médicas online através de vídeo chamada em situação de urgência em Portugal, 24 horas por dia, 365 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 desta 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.

DISPOSIÇÕES COMUNS

Atos Médicos que Carecem de Pré-Autorização

O pagamento de despesas garantidas ao abrigo das Condições Particulares ficará sempre sujeito a préautorização pelo Segurador nos seguintes casos:

- a) Quaisquer despesas de saúde garantidas ao abrigo da Condição Especial “Despesas de Hospitalização”;
- b) Cirurgias realizadas em regime ambulatorio;
- c) Diagnóstico cardiológico e cateterismos cardíacos como ou sem angioplastia, estudos eletrofisiológicos e terapêuticos;
- d) Laser Cirúrgico e Litotricia Extracorporal;
- e) Extração de sinais, quistos e nevos em consulta;
- f) Fisioterapia; Cinesioterapia, Psicoterapia e Terapia da Fala
- g) Radiologia vascular;
- h) Radioterapia;
- i) Quimioterapia e cobaltoterapia;
- j) Isótopos radioativos.

Utilização de Consultas

1. A utilização das consultas médicas não está limitada. No entanto, é necessário um relatório médico que justifique, por motivo de patologia comprovada, a sua utilização nas situações abaixo mencionadas:
 - a) Dermatologia, a partir da 3.^a consulta inclusive;
 - b) Cirurgia vascular, a partir da 3.^a consulta, inclusive;
 - c) Ginecologia, a partir da 6.^a consulta, inclusive;
 - d) Psiquiatria, a partir da 6.^a consulta individual, inclusive, ou da 12.^a em grupo, inclusive.
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.

Utilização de Tratamentos

A administração de tratamentos médicos não está limitada, mas é necessário um re-

latório médico que justifique a sua administração, por motivo de patologia comprovada, no caso de Fisioterapia e Terapia da Fala a partir de 12 sessões por anuidade e no caso de Psicoterapia a partir de 4 sessões por anuidade.