Perguntas frequentes

A que Prestadores me posso dirigir? Onde posso pesquisar?

A rede de prestadores pode ser consultada no site da ASISA disponível em www.asisa.pt ou ligando diretamente para a linha de atendimento indicada no verso do teu cartão.

Como devo proceder para marcar uma consulta/ato médico num Prestador?

Deverás entrar em contacto diretamente com o Prestador da especialidade desejada e marcar o ato médico pretendido (exceto se requer pré-autorização). No dia marcado, deverás identificar-te junto do Prestador com o cartão (físico ou virtual) do teu Seguro.

Quando recebo o cartão do meu Seguro?

Por norma irás receber o cartão físico do Seguro ASISA +SAÚDE em 7 dias úteis, após o pagamento do prémio da tua Apólice.

Como proceder quando ainda não recebeu o cartão e pretende realizar uma consulta?

Poderás registar-te no Portal de clientes myAdvanceCare ou na App e consultar o cartão virtual. Acede ao menu “O meu plano > Cartões” e utiliza-o para te identificares no prestador da rede de Prestadores. Caso ainda não tenhas a informação do número do cartão, necessário para o registo em myAdvanceCare, contacta por favor a nossa linha de apoio +351 210 127 241 (Chamada para a rede fixa nacional) e seleciona a opção para apoio ao Portal.

O que é o Copagamento?

É o valor que fica a cargo da Pessoa Segura por cada utilização na rede médica.

O que significa o termo pré-existência?

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 sintomas manifestados.

O que significa o termo 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.

Sugerimos que verifiques o período de carência aplicável a cada caso nas tuas Condições Gerais, Especiais e Particulares.

W0010887 M-06-23

O que significa o termo congénito?

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.

O que significa o termo exclusão?

Identifica determinados riscos que ficam fora do âmbito de comparticipação do seu Seguro de saúde.

Posso ser reembolsado por despesas efetuadas fora da rede?

O seguro é exclusivo para utilização dentro das Redes de Prestadores Convencionados.

O que é uma Pré–autorização?

É um pedido de autorização à Seguradora (ou à Entidade Gestora), para a realização de determinados atos médicos, que assim o exigem e estão determinados nas condições contratuais. A aprovação do pedido de autorização, irá originar a emissão (em média 3 dias úteis) de um Termo de Responsabilidade, nos termos garantidos pelo seu Contrato.

Quais são os principais cuidados de saúde que necessitam de pré-autorização?

Despesas de Hospitalização | Cirurgia (em hospitalização ou ambulatório) | Quimioterapia | Litotrícia. Para consultares os restantes atos médicos, sugerimos que verifiques nas tuas Condições Gerais, Especiais e Particulares.

Como posso utilizar o meu Seguro em Espanha?

Poderás obter os contactos dos Prestadores disponíveis em Espanha consultando o menu "rede de prestadores em Espanha" através do site ASISA disponível em www.asisa.pt.

Deverás entrar em contacto diretamente com o Prestador da especialidade desejada e marcar o ato médico pretendido (exceto se requer pré-autorização), não tendo que estar sujeito a qualquer Copagamento.

Em caso de Urgência o que devo fazer?

Em situação de urgência, garantimos o acesso a cuidados de saúde 24/7 em Portugal e Espanha, seja através da disponibilização de serviços de urgência, vídeo chamada, envio de médico ao domicílio ou orientação médica telefónica. Contacta diretamente a linha de apoio que consta no verso do teu cartão, nomeadamente, a linha de apoio ao Cliente – +351 210 127 241 (Chamada para a rede fixa nacional) caso estejas em Portugal, ou a linha de apoio ao Cliente +351 211 369 905 (Chamada para a rede fixa nacional) caso estejas em Espanha.

Que vantagens tenho em utilizar a Rede Própria do Grupo ASISA?

Nas Unidades do Grupo ASISA em Portugal e Espanha poderás usufruir de cuidados de saúde a título gratuito.

O Serviço Médido de Urgências em Espanha, é gratuito?

Sim, é gratuito. Se te encontrares em Espanha, poderás receber assistência médica no local onde te encontres sem custos, desde que estejas numa capital de distrito (à excepção do custo da própria chamada).

Se tiveres de ser orientado para uma clínica ou hospital pertencentes ao Grupo ASISA, a ASISA assume a despesa, do exame físico do paciente, radiologia convencional (excluídas radiologa de contraste, radiologia ingterncionista, Angiorradiologia, T.A.C., R.N.M, P.E.T. e Estudos Gráficos Gama) e analítica básica para o diagnóstico da patologia de urgência (incluindo apenas Bioquímica, Hematologia e Microbiologia).

IMPORTANTE: NÃO SERÃO COBERTOS OS SERVIÇOS DE URGÊNCIA MÉDICA HOSPITALAR PRESTADOS NOUTRAS CLINICAS OU HOSPITAIS QUE NÃO CONSTEM DA REDE DE PRESTADORES DEFINIDA NO SITE DA ASISA DISPONÍVEL EM WWW.ASISA.PT

Sugerimos que consultes as condições gerais.

Posso alterar as condições do meu Seguro em qualquer momento?

Nem todas as condições podem ser alteradas a qualquer momento. Sugerimos que efectues o pedido das alterações através do teu mediador ou da Linha de Atendimento ao Cliente 211 160 809, de modo a serem avaliadas as condições das mesmas.

Posso incluir mais pessoas na minha Apólice?

Sim, a qualquer momento. Ao incluires pessoas na tua Apólice, irás beneficiar de descontos imediatos a partir do segundo membro, sendo este desconto maior à medida que sejam adicionadas mais pessoas. Sugerimos que efectues o pedido das alterações através do teu mediador ou através do envio da proposta, que consta no site da ASISA disponível em www.asisa.pt, com o preenchimento dos campos definidos para este efeito.

Qual é o período de validade da minha Apólice?

A validade da tua Apólice é de um ano a contar da data efeito da mesma, sendo renovável anualmente, se assim o desejares.

O Prémio do Seguro pode ser pago de forma fracionada?

O modo de pagamento pode ser efetuado em prestações mensais, trimestrais, semestrais ou anuais. Quando optares por um modo de pagamento trimestral, semestral ou anual terás uma bonificação no pagamento do prémio.

Qual a idade limite para poder aderir ao Seguro de Saúde?

A idade máxima de adesão são 69 anos de idade inclusive.

Se depois de um ano quiser continuar, o que devo fazer?

A renovação é automática. Caso não pretendas a renovação de vigência do teu Contrato, deverás comunicá-lo à ASISA com a atencedência necessária (consulte as condições gerais).

Posso fazer sugestões para melhorar o Serviço?

Incentivamos os nossos Segurados a enviarem ideias, comentários e sugestões que nos ajudem a crescer.

Podes enviar-nos sugestões:

- Por telefone: 211 160 809 (dias úteis das 09h00 às 19h00 - Chamada para a rede fixa nacional)
- Por correio eletrónico: apoiocliente@asisa.pt
  Contacte-nos: Linha ASISA +Saúde

Linha Atendimento ao Cliente:

- Informações sobre a utilização do seu seguro:
  - Por telefone: +351 210 127 241 (Chamada para a rede fixa nacional)
  - Horário de atendimento : dias úteis das 08h30 às 18h30
  - Por correio eletrónico: callcenter@advancecare.pt
- Informações para alterar ou anular e aderir a novos produtos:
  - Por telefone: 211 160 809
  - Horário de atendimento : dias úteis das 09h00 às 19h00
  - Por correio eletrónico: apoiocliente@asisa.pt

Quem pode reclamar?

Todos os Tomadores do Seguro ou Segurados de uma Apólice ASISA +Saúde e qualquer terceiro lesado.

Como reclamar?

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

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

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

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

Ponto de receção e resposta da reclamação:

- Provedor: Dra. Elsa Rocha
- Morada: Avenida da República, n.º35, Piso 6, 1050-186 Lisboa
- Telefone: 211 160 809 (Chamada para a rede fixa nacional)
- E-mail: provedorasisa@asisa.pt

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

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

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

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

a) Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, sito em Paseo de la Castellana, 44, 28046, Madrid, Espanha, ou

b) Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões, sito na Avenida da República, 76, 1600-205 Lisboa.

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