OCIDENTAL
grupo ageas

ActivoBank
by Millennium

médis

Seguro Médis Dental

Condições Gerais e Especiais da Apólice

Apoio ao Cliente: 210 030 700
Atendimento disponível de 2ª a 6ª feira das
8h00 às 22h00 e Sábados e Domingos
das 12h00 às 20h00

www.activobank.pt
facebook.com/ActivoBank
apoioaclientes@activobank.pt

Ocidental - Companhia Portuguesa de Seguros, SA. Sede: Av. Dr. Mário Soares (Tagus Park), Edifício 10, Piso 1, 2744-002 Porto Salvo. Pessoa coletiva n.º 501 836 918, matriculada sob esse número na Conservatória do Registo Comercial de Lisboa, com o capital social de € 12.500.000,00.

Mediador de Seguros: Banco ActivoBank, S.A., com sede na Rua Augusta, 84, em Lisboa, com o capital social de 127.600.000,00 Euros, matriculado na Conservatória do Registo Comercial de Lisboa, com o número único de matrícula e de pessoa coletiva 500734305. Agente de Seguros registado com o n.º 419501226, junto da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões - Data da Inscrição: 21/01/2019. Autorização para mediação de seguros dos Ramos Vida e Não Vida. Informações e outros detalhes do registo podem ser verificados em www.asf.com.pt. O Mediador não está autorizado a celebrar contratos de seguro em nome do Segurador nem a receber prémios de seguro para serem entregues ao Segurador. O Mediador não assume a cobertura dos riscos inerentes ao contrato de seguro, que são integralmente assumidos pelo Segurador.

ÍNDICE

CONDIÇÕES GERAIS

03 CLÁUSULA 1.ª - DEFINIÇÕES
06 CLÁUSULA 2.ª - OBJETO
06 CLÁUSULA 3.ª - BASE DO CONTRATO
06 CLÁUSULA 4.ª - DEVER DE DECLARAÇÃO INICIAL DO RISCO
07 CLÁUSULA 5.ª - INCUMPRIMENTO DOLOSO DO DEVER DE DECLARAÇÃO INICIAL DO RISCO
07 CLÁUSULA 6.ª - INCUMPRIMENTO NEGLIGENTE DO DEVER DE DECLARAÇÃO INICIAL DO RISCO
08 CLÁUSULA 7.ª - ÂMBITO TERRITORIAL
08 CLÁUSULA 8.ª - PESSOAS SEGURAS
08 CLÁUSULA 9.ª - PRESTAÇÕES CONVENCIONADAS
08 CLÁUSULA 10.ª - EXCLUSÕES
08 CLÁUSULA 11.ª - INÍCIO E DURAÇÃO DO CONTRATO
09 CLÁUSULA 12.ª - TERMO DO CONTRATO
10 CLÁUSULA 13.ª - LIVRE RESOLUÇÃO
10 CLÁUSULA 14.ª - PAGAMENTO DO PRÉMIO
11 CLÁUSULA 15.ª - AVISO DE PAGAMENTO DO PRÉMIO
11 CLÁUSULA 16.ª - FALTA DE PAGAMENTO DO PRÉMIO
11 CLÁUSULA 17.ª - IMPOSSIBILIDADE TEMPORÁRIA DE NOVA SUBSCRIÇÃO
12 CLÁUSULA 18.ª - OBRIGAÇÕES E DEVERES DO TOMADOR DO SEGURO E/OU PESSOA SEGURA
12 CLÁUSULA 19.ª - SUB-ROGAÇÃO
12 CLÁUSULA 20.ª - ALTERAÇÕES AOS TERMOS DO CONTRATO
12 CLÁUSULA 21.ª - ARBITRAGEM
13 CLÁUSULA 22.ª - COMUNICAÇÕES E NOTIFICAÇÕES
13 CLÁUSULA 23.ª - LEI APLICÁVEL E FORO COMPETENTE

CONDIÇÃO ESPECIAL

14 CONDIÇÃO ESPECIAL - COBERTURA DENTAL
15 CONDIÇÃO ESPECIAL - COBERTURA MÉDICO ONLINE

CONDIÇÕES GERAIS

CLÁUSULA 1.ª - DEFINIÇÕES

Definições de termos e expressões úteis para facilitar a perceção dos conceitos e conteúdos das condições contratuais do presente contrato de seguro**:**

1. Relativos às entidades envolvidas no contrato de seguro de saúde:

SEGURADOR
Entidade legalmente autorizada a exercer a atividade seguradora e que subscreve, com o Tomador do Seguro, o contrato de seguro.

MÉDIS
Marca exclusiva e registada dos produtos geridos pela Médis - Companhia Portuguesa de Seguros de Saúde, SA, segurador, ressegurador e gestor do sistema integrado de cuidados de saúde subjacente aos seguros dos ramos Doença, Assistência e Acidentes, titulados por Apólices por si emitidas ou por outros Seguradores sob a sua autorização.

TOMADOR DO SEGURO
Entidade que celebra o contrato de seguro com o Segurador, sendo responsável pelo pagamento do Prémio.

PESSOA SEGURA
Pessoa singular identificada nas Condições Particulares e titular de Certificado Individual de seguro, cuja saúde ou integridade física se segura, e que é beneficiária das garantias da Apólice.

AGREGADO FAMILIAR
Conjunto das pessoas identificadas nas Condições Particulares ou no Certificado Individual que viva em economia comum e que integra, além do Tomador do Seguro, no caso dos seguros individuais, ou do Aderente, no caso dos seguros de grupo, o seu cônjuge ou pessoa que com ele viva em união de facto há mais de dois anos, assim como os seus descendentes ou ascendentes em linha reta ou colateral até ao 2º grau e que se encontrem na dependência económica do Tomador do seguro ou do Aderente.

2. Relativos aos documentos que regulamentam e integram o contrato:

APÓLICE
Documento que titula o contrato celebrado entre o Tomador do Seguro e o Segurador, de que fazem parte integrante as respetivas Condições Gerais, Especiais e Particulares acordadas, bem como as Atas adicionais ao contrato.

CONDIÇÕES GERAIS
Conjunto de cláusulas que definem e regulamentam obrigações genéricas e comuns inerentes ao contrato de seguro.

CONDIÇÕES ESPECIAIS
Cláusulas que, completando ou especificando as Condições Gerais, são de aplicação generalizada a determinadas coberturas, quando tenham sido contratadas.

CONDIÇÕES PARTICULARES
Documento onde se encontram os elementos específicos de cada contrato de seguro, que se concretiza num Certificado Individual.

ATA ADICIONAL
Documento que titula uma alteração da Apólice.

3. Relativos à subscrição do seguro de saúde:

SEGURO MÉDIS DENTAL
Contrato de seguro de Medicina Dentária celebrado entre o Segurador e o Tomador do Seguro, titulado pela emissão de uma Apólice, pelo qual o Segurador garante às Pessoas Seguras o acesso à rede de prestadores Médis Dental, nos termos e limites convencionados com os mesmos.

PROPOSTA DE SEGURO MÉDIS DENTAL
Documento, sob modelo de formulário do Segurador, a ser preenchido e assinado pelo Tomador do Seguro ou por cada Aderente (Proposta de adesão), do qual constam os elementos de informação essenciais para a aceitação do contrato de seguro ou da adesão individual. Este documento faz parte integrante da Apólice quando emitida e vincula todas as partes, ou seja, o Tomador do Seguro, cada Aderente e o Segurador.

4. Relativos aos valores referidos no contrato de seguro de saúde:

PRÉMIO
Preço pago pelo Tomador do Seguro ao Segurador pela cobertura do risco, através da contratação do seguro. Em seguros de grupo em regime contributivo, o Prémio pode ser suportado, no todo ou em parte, pelas Pessoas Seguras.

CAPITAL SEGURO
O Capital seguro representa o valor máximo da prestação a pagar pelo Segurador por sinistro ou anuidade de seguro, consoante o que esteja estabelecido no contrato.

COPAGAMENTO
Valor que fica a cargo da Pessoa segura por cada visita às clínicas pertencentes à rede Médis Dental, nos termos estipulados nas Condições Particulares ou no Certificado Individual.

COMPARTICIPAÇÃO POR FINANCIAMENTO
Valor suportado pelo Segurador no âmbito das prestações convencionadas e pago diretamente ao prestador de cuidados de saúde, sem prejuízo de exigibilidade de Copagamento ou franquias às Pessoas Seguras.

5. Relativos às garantias do contrato de seguro de saúde:

CONDIÇÕES DE ADESÃO
As estabelecidas nas Condições Particulares ou no Certificado Individual relativamente a cada Pessoa segura, Agregado familiar ou grupo seguro.

PRESTAÇÕES CONVENCIONADAS
Garantia do financiamento do acesso, nas condições previstas na Apólice, da Pessoa Segura à rede de prestadores Médis Dental, de escolha livre e de acesso sujeito a critérios de utilização constantes do Guia Médis Dental.

OCORRÊNCIA / SINISTRO
Todo e qualquer evento suscetível de desencadear o funcionamento das garantias do contrato.

DOENÇA ESTOMATOLÓGICA
Toda a alteração involuntária do estado de saúde exclusiva do foro estomatológico, não causada por acidente e diagnosticada por um médico.

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

ATO MÉDICO
Ato realizado por médico legalmente habilitado pela respetiva Ordem dos Médicos Dentistas, que integra a promoção da saúde oral, a prevenção e o tratamento da doença, bem como intervenções estomatológica, podendo determinar procedimentos complementares realizados por outros Médicos.

SEGURO INDIVIDUAL
Seguro efetuado relativamente a pessoas singulares que, podendo incluir no âmbito de cobertura um Agregado familiar, não consubstancia um Seguro de Grupo.

SEGURO DE GRUPO
Seguro de um conjunto de pessoas ligadas entre si e ao Tomador do Seguro por um vínculo ou interesse comum que não o de segurar.

SEGURO DE GRUPO EM REGIME CONTRIBUTIVO
Seguro de Grupo em que as Pessoas Seguras/Aderentes suportam, no todo ou em parte, o pagamento do montante correspondente ao prémio devido pelo Tomador do Seguro.

SEGURO DE GRUPO EM REGIME NÃO CONTRIBUTIVO
Seguro de Grupo em que o Tomador do seguro contribui na totalidade para o pagamento do Prémio.

GRUPO SEGURÁVEL
Conjunto de pessoas ligadas entre si e ao Tomador do Seguro por um vínculo ou interesse comum que não o da própria efetivação do seguro.

6. Relativos ao Sistema de Cuidados de Saúde Médis Dental:

SISTEMA INTEGRADO DE CUIDADOS DE SAÚDE MÉDIS DENTAL
Organização que articula o financiamento direto, nos termos e limites convencionados, da Pessoa Segura aos prestadores em rede convencionada.

MÉDICO ONLINE
Serviço realizado à distância através da app Médis por um 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 optam pela consulta online podendo determinar o encaminhamento a uma consulta presencial, ou a procedimentos complementares realizados por outros profissionais de saúde.

LINHA MÉDIS (1)
Apoio telefónico permanente, através do qual a Pessoa Segura pode ser encaminhada para os cuidados mais adequados, tendo em vista a melhoria da sua saúde.

CARTÃO MÉDIS
Cartão pessoal e intransmissível, que identifica o respetivo titular, perante o Segurador e perante a Rede Médis Dental, de modo a permitir-lhe o acesso ao sistema de cuidados de saúde de Medicina Dentária, registando, no caso de integrar dispositivo próprio, as consultas, atos médicos e outros meios utilizados.

REDE MÉDIS DENTAL
Conjunto de entidades prestadoras de serviços convencionados no âmbito do sistema integrado de cuidados de medicina dentária Médis. Estas entidades estão devidamente identificadas no Guia Médis disponível para consulta em medis.pt.

(1) Linha Médis - 218 458 888 - Triagem clínica: atendimento personalizado 24 horas - Assuntos administrativos: 2ª a 6ª feira das 8h00 às 20h00

CLÁUSULA 2.ª - OBJETO

Pelo presente contrato, o Segurador garante às Pessoas Seguras, de acordo com o disposto nas Condições Gerais, Especiais e Particulares da apólice, o pagamento de cuidados de medicina dentária realizados junto da rede de prestadores convencionados Médis Dental, em consequência de doença ou acidente ocorridos durante o período de vigência do contrato, de acordo com as tabelas de copagamentos das Condições Especiais aplicáveis.

CLÁUSULA 3.ª - BASE DO CONTRATO

1. Constituem a base do contrato de seguro e fazem parte integrante da Apólice, a proposta de seguro, a proposta individual de adesão e declarações fornecidas pelo titular da apólice.

2. O Tomador do Seguro deve informar as Pessoas Seguras sobre as coberturas contratadas e as suas exclusões, as obrigações e direitos em caso de sinistro, bem como sobre as alterações ao contrato, em conformidade com espécimen elaborado pelo Segurador, sob pena de incorrer em responsabilidade civil nos termos gerais.

3. Esta cobertura garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, o direito de acesso a atos de diagnóstico ou terapêutica, que não requeiram os meios e serviços específicos de ambiente hospitalar, mesmo que nele sejam realizados, suportando a Pessoa Segura a totalidade do respetivo custo. Fica abrangido por esta cobertura o direito de acesso aos atos acima referidos que originem despesas efetuadas com:

a) Honorários de consultas médicas;

b) Materiais e produtos associados aos atos médicos;

c) Exames Auxiliares de Diagnóstico;

d) Próteses estomatológicas.

4. No âmbito das prestações convencionadas, a Pessoa Segura liquidará diretamente ao Prestador o montante do copagamento a seu cargo, sendo a comparticipação do Segurador nestas despesas paga por este diretamente ao Prestador.

CLÁUSULA 4.ª - DEVER DE DECLARAÇÃO INICIAL DO RISCO

1. O Tomador do Seguro ou a Pessoa Segura está obrigado, antes da celebração do contrato, a declarar com exatidão todas as circunstâncias que conheça e razoavelmente deva ter por significativas para a apreciação do risco pelo Segurador.

2. O disposto no número anterior é igualmente aplicável a circunstâncias cuja menção não seja solicitada.

3. O Segurador que tenha aceitado o contrato, salvo havendo dolo do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura com o propósito de obter uma vantagem, não pode prevalecer-se:

a) de facto que o seu representante, aquando da celebração do contrato, saiba ser inexato ou, tendo sido omitido, conheça;

b) de circunstâncias conhecidas do Segurador, em especial quando são públicas e notórias.

4. O Segurador, antes da celebração do contrato, deve esclarecer o eventual Tomador do Seguro ou a Pessoa Segura acerca do dever referido no n.º 1, bem como do regime do seu incumprimento, sob pena de incorrer em responsabilidade civil, nos termos gerais.

CLÁUSULA 5.ª - INCUMPRIMENTO DOLOSO DO DEVER DE DECLARAÇÃO INICIAL DO RISCO

1. Em caso de incumprimento doloso do dever referido no n.º 1 do artigo anterior, o contrato é anulável mediante declaração enviada pelo Segurador ao Tomador do Seguro.

2. Não tendo ocorrido sinistro, a declaração referida no número anterior deve ser enviada no prazo de três meses a contar do conhecimento daquele incumprimento.

3. O Segurador não está obrigado a cobrir o Sinistro que ocorra antes de ter tido conhecimento do incumprimento doloso referido no n.º 1 ou no decurso do prazo previsto no número anterior, seguindo-se o regime geral da anulabilidade.

4. O Segurador tem direito ao prémio devido até ao final do prazo referido no n.º 2, salvo se tiver concorrido dolo ou negligência grosseira do Segurador ou do seu representante.

5. Em caso de dolo do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura com o propósito de obter uma vantagem, o Prémio é devido até ao termo do contrato.

CLÁUSULA 6.ª - INCUMPRIMENTO NEGLIGENTE DO DEVER DE DECLARAÇÃO INICIAL DO RISCO

1. Em caso de incumprimento com negligência do dever referido no n.º 1 da Cláusula 4.ª o Segurador pode, mediante declaração a enviar ao Tomador do Seguro, no prazo de três meses a contar do seu conhecimento:

a) propor uma alteração do contrato, fixando um prazo, não inferior a 14 dias, para o envio da aceitação ou, caso a admita, da contraproposta;

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. O contrato cessa os seus efeitos 30 dias após o envio da declaração de cessação ou 20 dias após a receção pelo Tomador do Seguro da proposta de alteração, caso este nada responda ou a rejeite.

3. No caso referido no número anterior, o prémio é devolvido pro rata temporis atendendo à cobertura havida.

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

a) o Segurador cobre o sinistro na proporção da diferença entre o prémio pago e o prémio que seria devido, caso, aquando da celebração do contrato, tivesse conhecido o facto omitido ou declarado inexatamente;

b) o Segurador, demonstrando que, em caso algum, teria celebrado o contrato se tivesse conhecido o facto omitido ou declarado inexatamente, não cobre o Sinistro e fica apenas vinculado à devolução do Prémio.

CLÁUSULA 7.ª - ÂMBITO TERRITORIAL

1. O presente contrato tem o seu âmbito territorial limitado ao território nacional, salvo quando o contrário resulte das Condições Especiais ou Particulares.

CLÁUSULA 8.ª - PESSOAS SEGURAS

1. Beneficiam das garantias conferidas pelo presente contrato as Pessoas Seguras que aceitem as condições de acionamento das garantias seguras e da utilização da Rede Médis Dental à data da sua inclusão da Apólice.

2. As pessoas seguras são aceites pelo Segurador em conformidade com os seus critérios de aceitação em função dos parâmetros da avaliação do risco vigentes.

3. A aceitação do seguro, relativamente a cada Pessoa segura, é confirmada, pelo Segurador, através da emissão da Apólice ou do Certificado Individual, com posterior entrega de um Cartão Médis.

CLÁUSULA 9.ª - PRESTAÇÕES CONVENCIONADAS

1. As condições de financiamento integram limites máximos, relativamente a atos médicos concretos, bem como Copagamentos por visita a cargo da Pessoa Segura, cujo âmbito é definido nas Condições Especiais e Condições Particulares.

2. O Segurador disponibiliza à Pessoa Segura no Site Médis o Guia Médis Dental com a lista de prestadores que, em cada momento, integram a Rede Médis Dental, ficando ao critério da Pessoa Segura a escolha do prestador.

CLÁUSULA 10.ª - EXCLUSÕES

1. Ficam sempre excluídos do presente contrato as prestações decorrentes de:.

a) tratamentos, cirurgia e outros atos destinados à correção de doenças ou malformações congénitas, salvo convenção expressa em contrário nos termos estipulados nas Condições Particulares no que respeite a recém-nascidos garantidos por Apólice Médis desde o seu nascimento;

b) despesas realizadas com médicos que sejam cônjuges, pais, filhos ou irmãos da Pessoa Segura;

c) despesas com serviços que não sejam clinicamente necessários, assim como assistência e tratamento hospitalar por razões de caráter social;

CLÁUSULA 11.ª - INÍCIO E DURAÇÃO DO CONTRATO

1. O contrato ou a adesão, uma vez aceites, vigoram a partir da 0 horas do dia 1 ou do dia 15 do mês seguinte ao da receção da proposta no Segurador, consoante tal receção tenha lugar,

respetivamente, até ao dia 15 ou depois do dia 15 de um dado mês, vigorando as garantias para as Pessoas Seguras a partir da data de início indicada nas Condições Particulares.

2. A duração do contrato é a que for estipulada nas Condições Particulares da Apólice, podendo ser por um prazo certo e determinado ou por um ano a continuar pelos seguintes.

3. Quando celebrado por um período de tempo determinado, o contrato cessa os seus efeitos às 24 horas do último dia do prazo estabelecido.

4. Quando for celebrado por um ano a continuar pelos seguintes, considera-se o mesmo automaticamente e sucessivamente renovado por períodos anuais, exceto se qualquer das partes o denunciar, por correio registado ou por outro meio do qual fique registo escrito, com a antecedência mínima de 30 dias em relação ao termo da anuidade.

5. As prestações garantidas pelo Segurador respeitam exclusivamente a cada período de vigência do contrato, não havendo lugar a qualquer prorrogação ou extensão das garantias para além da data do seu vencimento, sem prejuízo do disposto relativamente à não renovação do contrato ou da adesão.

CLÁUSULA 12.ª - TERMO DO CONTRATO

1. As garantias conferidas pelo presente contrato deixam, automaticamente, de produzir os seus efeitos em relação a cada Pessoa Segura, salvo convenção expressa em contrário, nos seguintes casos:

a) no caso de membros do Agregado Familiar, quando percam a qualidade de dependentes nos termos da definição constante da Cláusula 1.ª;

b) no termo da anuidade em que perca a qualidade de Aderente ou membro do grupo pelo qual aderiu ao contrato de seguro;

c) falta de pagamento do Prémio, nos termos legais aplicáveis;

d) Em caso de não renovação do contrato ou de não renovação da adesão.

2. No presente contrato ou, tratando-se de um seguro de grupo, a adesão ao mesmo, pode ser denunciado por qualquer das partes, na data do seu vencimento anual, mediante carta registada ou outro meio do qual fique registo escrito, enviado à outra parte com a antecedência mínima de 30 dias em relação à data do vencimento.

3. Em caso de não renovação do contrato ou de não renovação da adesão, a responsabilidade do Segurador cessa na data de termo, sem prejuízo do disposto no número seguinte.

4. Em ambos os casos previstos no número anterior, o Segurador permanece obrigado às prestações garantidas, pelo período de dois anos e no último período de vigência do contrato, relativamente a doenças manifestadas durante o período de vigência do contrato ou a acidentes e outros factos geradores de indemnização ocorridos no mesmo período, desde que cobertos pelo contrato e declarados até 30 dias após o seu termo, salvo justo impedimento.

5. O Cartão Médis é propriedade do Segurador, obrigando-se o seu titular a não fazer uso do mesmo e a devolvê-lo logo que cesse a vigência do contrato de seguro ao abrigo do qual foi emitido, sob pena de incorrer na responsabilidade civil e criminal que ao facto couber. Em caso de extravio, abuso de confiança, furto ou roubo do cartão, o titular obriga-se a participar a ocorrência à Médis, no prazo máximo de 72 horas, sob pena de incorrer em responsabilidade civil no caso de utilização indevida.

CLÁUSULA 13.ª - LIVRE RESOLUÇÃO

1. O Tomador do Seguro que seja pessoa singular dispõe de um prazo de 30 dias, a contar da receção da apólice, para resolver, nos termos da lei, o contrato, mediante comunicação por escrito, em suporte de papel ou outro meio duradouro disponível e acessível ao Segurador.

2. O prazo referido no nº 1 conta-se a partir da data da celebração do contrato, desde que o Tomador do Seguro nessa data disponha, em papel ou noutro suporte duradouro, de todas as informações relevantes sobre o seguro que tenham de constar da apólice.

3. O exercício do direito de livre resolução determina a cessação do contrato, extinguindo todas as obrigações dele decorrentes, com efeitos a partir da celebração do mesmo, tendo o segurador direito:

a) Ao valor do prémio calculado pro rata temporis, na medida em que tenha suportado o risco até à resolução do contrato;

b) Ao montante das despesas razoáveis que tenha efetuado com exames médicos sempre que esse valor seja imputado contratualmente ao Tomador do Seguro.

CLÁUSULA 14.ª - PAGAMENTO DO PRÉMIO

1. O Prémio correspondente a cada período de duração do contrato de seguro é devido por inteiro, sem prejuízo de poder ser fracionado para efeitos de pagamento, por acordo entre o Segurador e o Tomador do Seguro.

2. Salvo quando tenha sido acordado que a Pessoa segura pague diretamente o Prémio ao Segurador, a obrigação de pagamento do Prémio impende sobre o Tomador do Seguro.

3. O Prémio ou fração inicial é devido na data de celebração do contrato. Tratando-se de um seguro de grupo, o Prémio ou fração inicial correspondente a cada adesão é devido na data da respetiva aceitação.

4. As frações seguintes do Prémio inicial, o Prémio de anuidades subsequentes e as sucessivas frações deste são devidos nas datas estabelecidas no contrato.

5. A parte do Prémio de montante variável relativa a acerto do valor e, quando seja o caso, a parte do Prémio correspondente a alterações ao contrato são devidas nas datas indicadas nos respetivos avisos.

6. Em caso de cessação antecipada do contrato de seguro, por qualquer causa, o Prémio ou fração devido pelo Tomador do Seguro é calculado proporcionalmente ao período de tempo decorrido até ao momento da cessação, havendo lugar ao estorno correspondente ao período de tempo não decorridos se o Tomador do Seguro já houver pago a totalidade do Prémio ou da fração.

7. O Tomador do Seguro ou a Pessoa Segura, quando seja o caso, indica na proposta de adesão que subscreve, ou em documento autónomo, o Número de Identificação Bancária (NIB) relativo à sua conta bancária que pretenda seja debitada pelo valor do Prémio e creditada pelo valor das prestações do Segurador.

CLÁUSULA 15.ª – AVISO DE PAGAMENTO DO PRÉMIO

1. Na vigência do contrato, o Segurador avisa por escrito o Tomador do Seguro ou a Pessoa Segura, no caso de ter sido acordado que esta pague diretamente o prémio ao Segurador, do montante a pagar, assim como da forma e do lugar de pagamento, com uma antecedência mínima de 30 dias em relação à data em que se vence o Prémio ou frações deste.

2. Do aviso constam, de modo legível, as consequências da falta de pagamento do Prémio ou de sua fração.

3. Nos contratos de seguro em que seja convencionado o pagamento do prémio em frações de periodicidade igual ou inferior a três meses e em cuja documentação contratual se indiquem as datas de vencimento das sucessivas frações do Prémio e os respetivos valores a pagar, bem como as consequências do seu não pagamento, o Segurador pode optar por não enviar o aviso referido no n.º1, cabendo-lhe, nesse caso, a prova da emissão, da aceitação e do envio ao Tomador do Seguro da documentação contratual referida neste número.

CLÁUSULA 16.ª - 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 do contrato a partir da data da sua celebração.

2. A falta de pagamento determina a resolução automática do contrato na data do vencimento de:

a) Uma fração do Prémio no decurso de uma anuidade;

b) Um Prémio adicional resultante de uma modificação do contrato fundada num agravamento superveniente do risco.

3. No seguro de grupo contributivo, quando a Pessoa Segura não entregue ao Tomador do Seguro aquantia destinada ao pagamento do Prémio ou, tendo sido acordado que a Pessoa Segura pague diretamente o Prémio ao Segurador, tal pagamento não se verifique, a Pessoa Segura é excluída da cobertura do seguro.

4. A falta de pagamento do Prémio de anuidades subsequentes, ou da primeira fração deste, na data de vencimento, impede a prorrogação do contrato ou da cobertura da Pessoa Segura em causa.

5. 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 ou a cobertura com o âmbito e nas condições que vigoravam antes da pretendida modificação, a menos que a sua subsistência se revele impossível, caso em que ocorrerá a respetiva cessação na data do vencimento do Prémio não pago.

CLÁUSULA 17.ª - IMPOSSIBILIDADE TEMPORÁRIA DE NOVA SUBSCRIÇÃO

Em caso de cessação infundada do presente Contrato pelo Tomador do Seguro ou pela(s) Pessoa(s) Segura(s), o Segurador reserva-se no direito de não aceitar a subscrição de novo Seguro Médis Dental nos 365 dias imediatos à data da referida cessação, sem prejuízo do demais legalmente e comercialmente aplicável em tal âmbito, nomeadamente as regras de subscrição que se encontrem à data em vigor.

CLÁUSULA 18.ª - DEVERES DO TOMADOR DO SEGURO E/OU PESSOA SEGURA

1. O Tomador do Seguro deverá informar o Segurador, das inclusões das Pessoas Seguras que ocorrem durante a vigência da Apólice, entrando em vigor no primeiro dia do mês seguinte à data da comunicação feita pelo Tomador do Seguro.

2. O Tomador do Seguro deverá informar o Segurador, das exclusões das Pessoas Seguras que ocorrem durante a vigência da Apólice, entrando em vigor à data de vencimento da anuidade do seguro em que ocorreu a referida alteração.

3. Ao verificar-se, durante a vigência do contrato, qualquer doença ou acidente coberto pelas garantias deste contrato, o Segurado e / ou Segurado, são obrigados a:

a) Selecionar um prestador da Rede Médis Dental;
b) Apresentar sempre o seu Cartão Médis e um documento de identificação válido com fotografia à Rede Médis Dental para solicitar os respetivos serviços garantido;Selecionar um prestador da Rede Médis Dental;
c) Pagar ao prestador o valor sob sua responsabilidade, de acordo com as Condições Especiais da Apólice.

CLÁUSULA 19.ª - SUB-ROGAÇÃO

1. Até ao valor de financiamento suportado no âmbito das prestações convencionadas, o Segurador fica sub-rogado, em todos os direitos da Pessoa Segura perante terceiros civilmente responsáveis pelas mesmas, obrigando-se o Tomador do Seguro e a Pessoa Segura a facultar ao Segurador todos os elementos relevantes para o exercício de tais direitos, sob pena de responder por perdas e danos.

CLÁUSULA 20.ª - ALTERAÇÕES AOS TERMOS DO CONTRATO

1. O Segurador pode propor a alteração das coberturas, dos capitais seguros, Franquias, Copagamentos e dos Prémios, bem como dos critérios de utilização do financiamento ou reembolso de despesas de saúde, para vigorar na anuidade seguinte do contrato, desde que estas alterações sejam comunicadas pelo Segurador ao Tomador do Seguro ou à Pessoa Segura com 30 dias de antecedência relativamente à data de renovação do contrato ou da cobertura.

2. As alterações têm-se por aceites se o Tomador do Seguro ou a Pessoa Segura nada disser no prazo de 14 dias contados da receção da proposta.

3. Caso as alterações propostas pelo Segurador não sejam aceites, o contrato extingue-se na data de renovação do contrato ou da cobertura.

4. O Segurador formaliza as alterações ao contrato em documento escrito.

CLÁUSULA 21.ª - ARBITRAGEM

1. Se, no que respeita a questões de natureza exclusivamente clínica, for controverso o direito da Pessoa Segura às prestações do Segurador, pode haver recurso a arbitragem.

2. No caso enunciado no número anterior, cada parte designa um médico que a representa, cabendo aos designados acordarem na nomeação de um outro médico que preside.

3. Os custos associados ao processo de arbitragem são suportados por cada parte em relação ao árbitro que designe e em metade relativamente ao árbitro presidente.

CLÁUSULA 22.ª - COMUNICAÇÕES E NOTIFICAÇÕES

1. As comunicações ou notificações previstas nesta Apólice consideram-se válidas e plenamente eficazes caso sejam efetuadas, por correio registado ou por outro meio do qual fique registo escrito, para a sede social do Segurador ou para a morada do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura constante do contrato.

2. Em caso de alteração de morada o Tomador do Seguro ou a Pessoa Segura comunicam ao Segurador nos 30 dias subsequentes à data em que se verifique a alteração, sob pena de as comunicações ou notificações que o Segurador venha a efetuar para a última morada conhecida se terem por válidas e eficazes.

3. Toda a documentação contendo informação clínica apenas pode ser disponibilizada por intermédio de médicos, salvaguardando a devida confidencialidade e sigilo relativo aos dados pessoais e de saúde.

CLÁUSULA 23.ª - LEI APLICÁVEL E FORO COMPETENTE

1. Quando as partes não tenham escolhido, dentro dos limites legais, outra lei que lhe seja aplicável, este contrato é regido pela Lei Portuguesa.

2. O foro competente para dirimir os litígios emergentes deste contrato é o determinado na Lei Civil.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

CONDIÇÃO ESPECIAL - COBERTURA DENTAL

1. No âmbito da Condição Especial, o Segurador garante o acesso à Rede Médis Dental e financiamento dos atos identificados às Pessoas Seguras, nos termos e nos limites estabelecidos nas Condições Particulares.

2 - Para efeitos da presente Condição Especial, considera-se:

Atos financiados na Rede Médis Dental:

- **Consulta de medicina dentária** - consulta realizada por um médico dentista e/ou estomatologista, inscrito na Ordem dos Médicos Dentistas e/ou na Ordem dos Médicos, respetivamente, num consultório de medicina dentária, para avaliar o estado da saúde oral;
- **Compósitos para selagem de fissuras** - aplicação de resina fluida na superfície de mastigação dos dentes para prevenção da cárie: é financiada, até aos 18 anos;
- **Aplicação tópica de fluoretos** - aplicação de flúor para prevenção de cáries;
- **Destartarização bimaxilar** - limpeza dentária;
- **Remoção de pigmento dentário com jacto bicarbonato de sódio** – uso de jatos de água, ar e partículas de bicarbonato de sódio que são lançados na superfície do dente em grande velocidade para retirar o tártaro e a placa dentaria;
- **Ortopantomografia** - raio-x que permite ter uma visão geral dos maxilares e dos dentes;
- **Restaurações** - tratamento de dentes danificados, repondo a sua forma e função;
- **Proteção pulpar** - aplicação de um medicamento ou recobrimento do dente para tentar preservar a vitalidade do mesmo;
- **Primeira sessão de endodontia** - desvitalização, que consiste na remoção completa da polpa e nervo dentário;
- **Sessões seguintes endodontia** – sessões seguintes de desvitalização, que consiste na remoção completa da polpa e nervo dentário;
- **Exodontia de dente decíduo** - extração de dente de leite;
- **Exodontia de dente com odontosecção e osteotomia** – extração de dentes com ajuda de pequena cirurgia;
- **Exodontia de dente multirradicular** – extração de dentes com mais de uma raiz;
- **Exodontia de dente monorradicular** - extração de dentes com uma raiz;
- **Pack de estudo de implantologia** - estudo efetuado antes do Cliente colocar um implante dentário. Este estudo inclui consulta de medicina dentária, estudo de reabilitação com implantes e modelos de estudo;
- **Pack de estudo de ortodontia** - estudo efetuado antes do Cliente colocar o aparelho dentário. Este estudo inclui consulta de medicina dentária, modelos de estudo ortodônticos, análise cefalométrica, telerradiografia e estudo fotográfico;
- **Controle de aparelho fixo**- durante 2 anos são financiados 6 controles de aparelho fixo (máximo de 3 controles por ano). O financiamento inicia-se quando é feito o 1º controle desse aparelho na Rede Médis Dental.

CONDIÇÃO ESPECIAL - COBERTURA MÉDICO ONLINE

1. Nos termos desta Condição Especial, quando contratada a cobertura, o Segurador obriga-se a:

a) no âmbito das Prestações Convencionadas, financiar o acesso da Pessoa Segura ao serviço do Médico Online, nos termos e com os limites fixados nas Condições Particulares;

2. Os copagamentos encontram-se previstos nas Condições Particulares.