

Seguro Dental Care

Porque a saúde oral é importante para uma vida saudável, oferecemos-lhe o Seguro Dental Care, que cobre as suas despesas de medicina dentária e estomatologia.

O Seguro Dental Care permite-lhe o acesso a uma rede nacional de serviços dentários que disponibiliza todo o tipo de atos médicos dentários e tratamentos.

As informações abaixo aconselham-no na utilização adequada deste Seguro e informa-o das Condições Gerais e Especiais do seu Seguro Dental Care.

O seu Cartão Dental Care

- Cada pessoa segura terá o seu cartão dental Care, sendo este um cartão pessoal e intransmissível;
- Na rede de prestadores deverá apresentar o seu Cartão Dental Care de forma a que seja identificado como cliente Mudum Seguros. Assim poderá usufruir das vantajosas condições que esta fórmula lhe oferece;
- Em caso de perda ou não receção do seu cartão, contacte o Linha Direta Seguros 707 24 7 365* / 218 837 700**, para receber uma segunda via.

Vantagens do Seguro Dental Care

Alguns atos são gratuitos e noutros ficará a seu cargo apenas o valor convencionado. Consulte a Tabela de Preços Convencionados em www.dentinet.pt.

Adicionalmente pode ainda usufruir de uma comparticipação dos atos não gratuitos que incide sobre o valor convencionado até um *plafond* anual.

Sem idade limite para a adesão, permanência no seguro e sem períodos de carência.

A Rede de Prestadores

Serviço com qualidade

- Para lhe prestar um melhor serviço, possibilitamos o acesso a uma ampla Rede de Prestadores.

Máxima confiança, com os melhores médicos

- A rede é constituída por médicos selecionados criteriosamente, primando o nosso objetivo de qualidade.

Procedimentos na Utilização

- Selecione o prestador que pretende em www.dentinet.pt ou contacte a Linha de Assistência a Clientes **707 78 20 70*** / **210 114 469**** – **Opção 3 Dental Care** (dias úteis das 08:30 às 18:30h);
- Marque a consulta, tratamento ou exame diretamente com o prestador selecionado, identificando-se com o número de pessoa segura que consta no seu cartão Dental Care;
- Após a consulta/tratamento, pague apenas uma parte da despesa ao prestador. Solicite sempre o recibo para dedução na sua declaração anual de IRS.

Deve ainda Saber...

Quando posso começar a utilizar o meu seguro?

Pode usar imediatamente o seu seguro, não havendo qualquer período de carência.

O que tenho de pagar quando utilizar o meu seguro?

Existe um conjunto de atos em que não há qualquer custo associado (consultar Anexo às Condições Gerais e Especiais).

Para os atos não gratuitos passará a beneficiar dos preços convencionados sem qualquer limite.

Adicionalmente beneficia ainda de uma comparticipação até um determinado *plafond*, ambos definidos nas Condições Particulares.

Pode consultar os valores máximos convencionados que ficam a seu cargo na área “Clientes” no site www.dentinet.pt.

Como funciona a rede em Espanha?

O Seguro Dental Care pode ser utilizado em Espanha através da rede Dentyred.

Quando utilizar este serviço, para os atos não gratuitos, será necessário o pagamento da totalidade da despesa. A seguir deverá enviar o recibo para a AdvanceCare, que lhe reembolsará parte do valor que está contratualmente definida.

Como funciona a Rede de Bem-Estar?

A Rede de Bem-Estar complementa o seu Seguro Dental Care através de uma rede de parcerias criadas a pensar no seu bem-estar.

Integram a Rede de Bem-Estar serviços como: Acupunctura, Psicoterapia, Osteopatia, Psicologia, Nutrição, Homeopatia entre outros.

Beneficie de descontos significativos em todos estes serviços (consulte o site www.dentinet.pt).



Informações e Alterações à Apólice

Para Informações e Alterações à sua apólice contacte o **Linha Direta Seguros através do número 707 24 7 365* / 218 837 700****



Linha de Assistência a Clientes

Para esclarecimentos sobre os Prestadores e respetivos preços contacte a **Linha de Assistência a Clientes 707 78 20 70* / (+351) 210 114 469** – Opção 3 Dental Care**, disponível de 2^a à 6^a, das 8:30h às 18:30h, ou consulte o site www.dentinet.pt.

* (O custo de chamada é de 0.09€/min a partir da rede fixa e de 0.13€/min a partir de rede móvel, acrescido de IVA à taxa em vigor).

** (Chamada para a rede fixa nacional)

Artigo Preliminar

Entre a Mudum - Companhia de Seguros, S.A., adiante designada por Segurador, e o Tomador do Seguro mencionado nas Condições Particulares, estabelece-se um Contrato de Seguro que se regula pelas Condições Gerais, Especiais e Particulares desta Apólice, de harmonia com as declarações constantes da proposta que lhe serviu de base e da qual faz parte integrante.

Capítulo I - Definições, Objeto e Garantias do Contrato, Âmbito Territorial e Exclusões Gerais

Cláusula 1ª – Definições

Para efeitos do presente Contrato entende-se por:

a) Partes Envolvidas no Contrato

» **Segurador:** a Mudum - Companhia de Seguros, S.A., adiante designada por Segurador, entidade legalmente autorizada para a exploração do seguro facultativo de doença, que subscreve o presente Contrato;

» **Tomador do Seguro:** a pessoa ou entidade que contrata com o Segurador, sendo responsável pelo pagamento dos prémios;

» **Agregado Familiar:** considera-se agregado familiar o cônjuge ou equiparado do Tomador do Seguro, respetivos filhos, enteados e adotados, e ascendentes, desde que com eles vivam em comunhão de mesa e habitação. Só são considerados os filhos desde que não tenham completado 25 anos, não exerçam profissão remunerada, nem tenham contraído matrimónio;

» **Pessoa Segura:** pessoa designada nas Condições Particulares, residente em Portugal, no interesse da qual o Contrato é celebrado;

» **Administrador do Plano de Saúde:** organização que constitui e mantém a Rede de Prestadores e que procede à gestão das prestações devidas pelo

Contrato, em nome e por conta do Segurador, a seguir denominada Administrador.

b) Documentos Contratuais

» **Apólice:** documento que titula o Contrato de seguro, de onde constam as respetivas Condições Gerais, Especiais, se as houver, e Particulares acordadas.

» **Condições Gerais:** conjunto de cláusulas que definem e regulamentam obrigações genéricas e comuns inerentes a um ramo ou modalidade de seguro;

» **Condições Especiais:** conjunto de cláusulas que visam esclarecer, completar ou especificar disposições das Condições Gerais;

» **Condições Particulares:** documento onde se encontram os elementos específicos e individuais do Contrato, que o distinguem de todos os outros;

» **Proposta:** o(s) documento(s) subscrito(s) pelo Tomador do Seguro e pelas Pessoas Seguras que contém(êm) as informações necessárias à aceitação do seguro pelo Segurador e que faz(em) parte integrante da Apólice.

c) Valores do Seguro

» **Prémio:** importância devida pelo Tomador do Seguro ao Segurador como contrapartida das garantias cobertas pela Apólice. Dessa importância fazem parte integrante todos os encargos, cargas e taxas fiscais e parafiscais, impostas por lei;

» **Limite Anual de Responsabilidade:** valor máximo a cargo do Segurador nas despesas médicas garantidas pela Apólice, por Pessoa Segura e por anuidade.

» **Complicação:** Percentagem das despesas médicas garantidas pela Apólice a cargo do Segurador;

d) Garantias

» **Sinistro:** o evento ou série de eventos resultantes de uma mesma causa suscetível de fazer funcionar as garantias do Contrato;

» **Doença:** A alteração do estado de saúde, estranha à vontade da Pessoa Segura e não causada por acidente, que se revele por sinais ou sintomas manifestos e seja reconhecida como tal pelo médico.

» **Acidente:** o acontecimento fortuito, súbito e anormal, devido a causa exterior e alheia à vontade da Pessoa Segura, que lhe provoque uma lesão corporal;

» **Despesa Médica:** A despesa realizada pela Pessoa Segura para aquisição de serviços clinicamente necessários, desde que prescritos ou realizados por médico;

» **Serviços Clinicamente Necessários:** Bens, serviços ou cuidados de saúde clinicamente aceites pelo Segurador ou pelo Administrador, e:

- a) Necessários para o tratamento de uma situação de doença, ou acidente da Pessoa Segura;
- b) Adequados à situação diagnosticada;
- c) De reconhecida validade clínica e consistentes com o quadro clínico do doente, de acordo com os protocolos e padrões reconhecidos pela comunidade médica;
- d) Prescritos e/ou realizados por médico ou outros profissionais de saúde;
- e) Prestados da forma mais eficiente em termos de custo e mais adequada ao tipo de serviço a prestar;
- f) Cujo principal objetivo não seja o conforto ou

conveniência da Pessoa Segura, da sua família e do médico ou outros prestadores de cuidados de saúde;

g) Cujo local de prestação – domicílio da Pessoa Segura, consultório médico, centro de cuidados ambulatoriais, hospital, em regime de ambulatorio ou em regime de internamento – seja o mais adequado à situação diagnosticada.

» **Prestadores de Serviços Clínicos:** médicos, hospitais, centros de diagnóstico ou outros prestadores que prestam serviços clínicos às Pessoas Seguras;

» **Rede de Prestadores:** os prestadores de serviços clínicos que tenham celebrado acordo de prestação de serviços com o Administrador;

» **Médico:** o licenciado por uma Faculdade de Medicina Dentária, legalmente autorizado a exercer a sua profissão no país onde o ato médico tiver lugar e inscrito na Ordem dos Médicos Dentistas ou organismo equivalente nesse país;

» **Prestações Convencionadas:** bens, serviços ou cuidados de saúde realizados na Rede de Prestadores. O Administrador assegura o pagamento direto aos prestadores da comparticipação do Segurador nas despesas médicas com Prestações Convencionadas.

» **Prestações Indemnizatórias:** bens, serviços ou cuidados de saúde realizados na Rede de Prestadores em que o pagamento da comparticipação das despesas médicas é feito ao Tomador do Seguro/Pessoas Seguras.

» **Tabela oficial de Códigos e Nomenclatura da Ordem dos Médicos Dentistas:** tabela oficial de códigos e nomenclatura publicada pela Ordem dos Médicos Dentistas.

Cláusula 2ª - Objeto e Garantias do Contrato

1. Pelo presente Contrato, o Segurador garante ao Tomador do Seguro/Pessoas Seguras o

pagamento das despesas de medicina dentária e estomatologia, referidas nas Condições Particulares, e que são designadas por prestações convencionadas e as prestações indemnizatórias em consequência de doença ou acidente ocorrido durante a vigência do contrato nos termos das Condições Gerais, Especiais e Particulares.

2. O presente Contrato de seguro inclui as garantias que expressamente forem contratadas, de acordo com o mencionado nas Condições Particulares.

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

Cláusula 3ª - Âmbito Territorial

No âmbito das prestações convencionadas o presente Contrato de Seguro só produz efeitos relativamente às despesas realizadas em Portugal, sendo que as despesas realizadas em Espanha serão pagas como prestações indemnizatórias.

Cláusula 4ª - Exclusões Gerais

1. Ficam sempre excluídas do presente contrato o pagamento de quaisquer prestação decorrente de:

- a) Despesas efetuadas fora da Rede de Prestadores;
- b) Despesas com internamento, sejam quais forem as causas e circunstâncias;
- c) Despesas com medicamentos;
- d) Despesas com cirurgia estética ou plástica, exceto quando consequência de acidente ocorrido ou doença manifestada durante a vigência deste Contrato;

e) Despesas realizadas com médicos que sejam cônjuge, pais, filhos ou irmãos do Tomador do Seguro/Pessoas Seguras. Ficam ainda excluídas as despesas prescritas por um médico para si próprio;

f) Despesas com outros serviços que não sejam clinicamente necessárias.

Capítulo II - Declaração do Risco, Inicial e Superveniente

Cláusula 5ª - Dever de Declaração Inicial do Risco

1. O Tomador do Seguro ou o Segurado 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 em questionário eventualmente fornecido pelo Segurador para o efeito.

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

- a) Da omissão de resposta a pergunta do questionário;
- b) De resposta imprecisa a questão formulada em termos demasiado genéricos;
- c) De incoerência ou contradição evidente nas respostas ao questionário;
- d) De facto que o seu representante, aquando da celebração do contrato, saiba ser inexato ou, tendo sido omitido, conheça;
- e) 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 o Segurado 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.

Pág. 5/12

Cláusula 6ª - Incumprimento Doloso do Dever de Declaração Inicial do Risco

1. Em caso de incumprimento doloso do dever referido no n.º 1 da cláusula 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 do Segurado com o propósito de obter uma vantagem, o prémio é devido até ao termo do contrato.

Cláusula 7ª – 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 4ª, 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 8ª - Receção pelo Segurador da Declaração Inicial do Risco

O previsto nas cláusulas 6.ª e 7.ª não é aplicável, salvo dolo do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura com o propósito de obter uma vantagem, relativamente a:

- a) Omissão de resposta a uma pergunta do questionário apresentado;
- b) Resposta imprecisa a questão formulada em termos demasiado genéricos;
- c) Incoerência ou contradição evidentes nas respostas a questionário apresentado;
- d) Facto que o representante do Segurador, aquando da celebração do Contrato, saiba ser inexato ou, tendo sido omitido, conheça;
- e) Circunstância conhecida do Segurador, em especial quando é pública e notória.

Capítulo III - Início, Entrada em Vigor, Alterações Rede Prestadores, Duração, Livre Resolução, Resolução, Nulidade e Denúncia do Contrato

Cláusula 9ª - Início do Contrato

1. O presente Contrato produz os seus efeitos a partir do dia e hora constantes das Condições Particulares da Apólice, e vigorará pelo prazo aí estabelecido.

2. A proposta considera-se aprovada no décimo quarto dia a contar da data da sua receção no Segurador, a menos que entretanto sejam pedidas informações clínicas, relatórios médicos ou quaisquer outras informações necessárias à avaliação do risco, ou não seja, no mesmo prazo, comunicada a recusa, adiamento ou aceitação condicionada do seguro.

Cláusula 10ª - Entrada em Vigor das Garantias

O Contrato de seguro tem início na data e horas indicadas nas Condições Particulares da apólice, não havendo lugar à aplicação de qualquer período de carência.

Cláusula 11ª - Alterações à Rede Prestadores

O Segurador pode, a qualquer altura, proceder à alteração da rede de prestadores, comprometendo-se a ter sempre atualizado a lista de prestadores via Internet ou através da linha de apoio ao cliente.

Cláusula 12ª - Duração

O seguro tem a duração de um ano e renovar-se-á automática e sucessivamente por períodos iguais garantindo ao Segurador apenas o pagamento das prestações convencionadas ou das despesas médicas efetuadas em cada ano de vigência do Contrato.

Cláusula 13ª - Livre Resolução

1. O Tomador do Seguro dispõe de um prazo de 30 dias, a contar da receção das Condições Particulares, para renunciar aos efeitos do Contrato, em suporte de papel ou outro meio duradouro disponível e acessível ao Segurador.

2. O exercício do direito de renúncia determina:

- 2.1. A resolução do Contrato;
- 2.2. A extinção, com efeitos à data em que o Contrato teria o seu início, de todas as obrigações dele decorrentes;
- 2.3. A devolução do prémio já pago.

Cláusula 14ª - Resolução do Contrato

1. Resolução pelo Tomador do Seguro

1.1 . O Tomador do Seguro pode, a todo o momento, resolver o Contrato, desde que o comunique por carta registada, com uma antecedência mínima de 30 dias em relação à data em que pretenda que a resolução produza efeitos.

1.2 . A resolução do Contrato pelo Tomador do Seguro, durante a vigência do seguro, implica a devolução do prémio relativo ao período já pago e ainda não decorrido.

2. Resolução pelo Segurador

- 2.1. O Segurador só pode resolver o Contrato, durante a sua vigência, nos seguintes casos:
 - a) Falta de pagamento do prémio e nos casos previstos na lei;
 - b) Com base no descrito nas cláusulas do Capítulo referente à Declaração do risco, inicial e superveniente.

2.2. Quando a resolução ocorra por iniciativa do Segurador nos termos da alínea b) do número anterior, esta avisará o Tomador do Seguro, mediante carta registada, com uma antecedência mínima de 30 dias em relação à data em que pretenda que a resolução produza efeitos.

Cláusula 15ª - Denúncia do Contrato

1. Qualquer das partes pode opor-se à renovação automática, denunciando o Contrato, desde que o comunique por carta registada, com uma antecedência mínima de 30 dias em relação ao fim do período que estiver em curso.

2. Em caso de denúncia do Contrato por iniciativa do Segurador, o Tomador do Seguro tem direito, pelo período de um ano, às prestações contratualmente devidas em consequência de doenças manifestadas ou de acidente ocorridos durante a vigência do Contrato, até esgotar os limites anuais de responsabilidade em que o Contrato cessar a sua vigência.

3. Este direito só se verifica para doenças manifestadas e acidentes ocorridos durante a vigência do Contrato, que sejam participados ao Segurador até 8 dias após o termo dessa vigência, exceto em caso de força maior.

4. Em caso de dúvida, caberá ao Tomador do Seguro e às Pessoas Seguras provar o seu direito à prestação da garantia.

Capítulo IV - Inclusão e Exclusão de Pessoas Seguras, Transferência do Seguro

Cláusula 16ª - Inclusão de Pessoas Seguras

1. Durante a vigência do Contrato o Tomador do Seguro pode pedir a inclusão das pessoas que fazem parte do agregado familiar.

2. O início das garantias para as Pessoas Seguras incluídas durante a vigência do Contrato verifica-se

na data de efeito indicada aquando da inclusão das mesmas na Apólice.

Cláusula 17ª - Exclusão de Pessoas Seguras

Durante a vigência do Contrato, o Tomador do Seguro pode pedir, por escrito, a exclusão de uma Pessoa Segura. A exclusão só produzirá efeito na data de renovação do Contrato, exceto por morte da Pessoa Segura. Neste caso, o Segurador devolverá o prémio relativo ao período já pago e ainda não decorrido.

Cláusula 18.ª - Transferência do Seguro

As Pessoas Seguras maiores de idade, que desejem estar seguras ao abrigo de um novo Contrato, poderão fazê-lo, desde que o Tomador do Seguro o solicite, por escrito, até 30 dias antes da data pretendida para a transferência.

Capítulo V - Determinação dos Valores do Seguro, Atualização das Garantias, Data de Vencimento e Aviso de Pagamento dos Prémios, Falta de Pagamento dos Prémios e Alteração do Prémio

Cláusula 19ª - Determinação dos Valores do Seguro

A comparticipação, o limite anual de responsabilidade e os limites por despesa médica aplicáveis a cada garantia contratada estão fixados nas Condições Particulares.

Cláusula 20ª – Atualização das Garantias

Os valores de seguro podem ser atualizados no vencimento do Contrato, mediante aviso prévio ao Tomador do Seguro com uma antecedência mínima de 30 dias.

Cláusula 21ª – Data de Vencimento e Aviso de Pagamento dos Prémios

1. O prémio de seguro relativo ao período inicial de vigência vence-se na data da celebração deste contrato, e os prémios relativos aos períodos subsequentes vencem-se nas datas indicadas nos

respetivos avisos de pagamento, que podem corresponder até oito dias anteriores ao período de vigência a que o prémio respeita.

2. Na vigência do contrato, o Segurador deve avisar por escrito o Tomador do Seguro 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.

Pág. 8/12

3. Do aviso devem constar, de modo legível, as consequências da falta de pagamento do prémio ou de sua fração.

4. 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.º 1, cabendo-lhe, nesse caso, a prova da emissão, da aceitação e do envio ao Tomador do Seguro da documentação contratual referida neste numero.

Cláusula 22ª - Falta de Pagamento dos Prémios

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 do prémio de anuidades subsequentes, ou da primeira fração deste, na data do vencimento, impede a prorrogação do contrato.

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

- Uma fração do prémio no decurso de uma anuidade;
- Um prémio adicional resultante de uma modificação do contrato fundada num agravamento superveniente do risco.

4. 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 contrato se revele impossível, caso em que se considera resolvido na data do vencimento do prémio não pago.

Cláusula 23.ª - Alteração do Prémio

Não havendo alteração no risco, qualquer alteração do prémio aplicável ao contrato apenas poderá efetivar-se no vencimento anual seguinte.

Capítulo VI - Obrigações e Direitos do Segurador, do Tomador e das Pessoas Seguras

Cláusula 24ª - Obrigações e Direitos do Segurador

- O Segurador tem o dever de solver pontualmente os compromissos por si assumidos perante o Tomador do Seguro e as Pessoas Seguras.
- O Segurador pode, mediante declaração a enviar ao Tomador do Seguro, descontar às prestações devidas os prémios que se encontrem por liquidar.

Cláusula 25ª - Obrigações e Direitos do Tomador do Seguro e das Pessoas Seguras

- O Tomador do Seguro deverá pagar o prémio do seguro nas datas e pelas importâncias estipuladas pelo Segurador.**
- O Tomador do Seguro obriga-se a comunicar por escrito ao Segurador qualquer mudança de residência. Considerar-se-á como recebida por ele toda a correspondência registada, enviada para a sua última residência que conste dos registos e documentos do Segurador.**
- A ocorrência de um erro administrativo não pode privar as Pessoas Seguras das prestações devidas pelo**

Contrato. A ocorrência de um erro administrativo também não cria o direito a benefícios não contratados.

Capítulo VII – Sinistros: Obrigações do Segurador e/ou Administrador, Procedimentos de Regularização

Cláusula 26ª - Obrigações do Segurador em Caso de Sinistro

O Segurador obriga-se a:

1. Proceder com diligência e prontidão a todas as averiguações indispensáveis para a correta regularização dos sinistros;
2. No caso de prestações indemnizatórias, pagar ao Tomador do Seguro/Pessoas Seguras o montante devido, no prazo máximo de quinze dias úteis, após a receção do pedido de participação e de todos os documentos necessários para a regularização dos sinistros, conforme referido no número 2 da Cláusula 27ª destas Condições Gerais.

Cláusula 27ª - Procedimentos para Regularização de Sinistros

1. O Tomador do Seguro/Pessoas Seguras devem, sempre utilizar os bens, serviços ou cuidados de saúde realizados na Rede de Prestadores:
 - 1.1. Selecionar um prestador da Rede de Prestadores;
 - 1.2. Apresentar o seu cartão de saúde quando receberem serviços clínicos na Rede de Prestadores;
 - 1.3. Pagar ao prestador a parte da despesa que fica a seu cargo.
2. O Tomador do Seguro/Pessoas Seguras devem, sempre que utilizem bens, serviços ou cuidados de saúde realizados em Espanha:
 - 2.1. Apresentar os recibos das despesas realizadas, que terão de indicar o nome do doente a que respeitam, discriminar os serviços prestados e

obedecer às normas legais, nomeadamente de natureza fiscal.

2.2. Apresentar os originais de todos os recibos das despesas. Se a Pessoa Segura necessitou de apresentar os originais para efeitos de pedido de reembolso a outra instância poderá apresentar fotocópias que deverão ser acompanhadas de documento original que faça prova do montante despendido e do reembolso recebido.

Da mesma forma, se a Pessoa Segura necessitar de apresentar os originais para efeitos de pedido de reembolso a outra instância poderá apresentar fotocópias acompanhadas de documento original emitido pelo Segurador, que faça prova do montante despendido e do reembolso recebido;

2.3. Apresentar os recibos das despesas médicas no prazo máximo de 180 dias a contar da data de realização da despesa.

3. Informação Clínica:

O Tomador do Seguro/Pessoas Seguras devem em qualquer das circunstâncias:

3.1. Informar com verdade o Administrador ou o Segurador sobre as circunstâncias e consequências da doença ou acidente;

3.2. Cumprir as prescrições do médico a que tenham recorrido;

3.3. Sujeitar-se a exames, por médicos designados pelo Administrador ou pelo Segurador, caso esta o considere necessário através dos seus serviços clínicos;

3.4. Autorizar os médicos e hospitais a que tenham recorrido a facultar aos serviços clínicos do Administrador ou do Segurador, os relatórios clínicos e quaisquer outros elementos que este tenha por convenientes para documentar o processo;

3.5. Em caso de acidente, comunicar no prazo máximo de 15 dias, a sua ocorrência, indicando a sua descrição (data, local, hora, causas e consequências), o hospital a que recorreu, as testemunhas, as autoridades que dele tomaram conhecimento e a identificação do eventual responsável.

Capítulo VIII - Disposições Diversas

Cláusula 28.^a – Comunicações e Notificações entre as Partes

1. As comunicações ou notificações do tomador do seguro ou do segurado previstas nesta apólice consideram-se válidas e eficazes caso sejam efetuadas para a sede social do segurador ou da sucursal, consoante o caso;
2. São igualmente válidas e eficazes as comunicações ou notificações feitas, nos termos do número anterior, para o endereço do representante do segurador não estabelecido em Portugal, relativamente a sinistros abrangidos por esta apólice;
3. As comunicações previstas no presente contrato devem revestir forma escrita ou ser prestadas por outro meio de que fique registo duradouro.
4. O Segurador só está obrigado a enviar as comunicações previstas no presente contrato se o destinatário das mesmas estiver devidamente identificado no contrato, considerando-se validamente efetuadas se remetidas para o respetivo endereço constante da apólice.

Cláusula 29.^a - Confidencialidade da informação com o Administrador

O Tomador do Seguro e as Pessoas Seguras autorizam o Segurador a ceder ao Administrador toda a informação confidencial sobre este Contrato, desde que compatível com a finalidade de recolha da mesma.

Cláusula 30.^a - Sub-rogação do Segurador

O Segurador fica sub-rogado, até à concorrência das importâncias pagas, em todos os direitos das Pessoas Seguras, contra terceiros responsáveis por acidentes ou doenças abrangidos pela Apólice, obrigando-se o

Tomador do Seguro/ Pessoas Seguras a facultar ao Segurador todos os elementos de que esta necessite para o exercício de tal direito. A sub-rogação só opera relativamente às prestações indemnizatórias, salvo convenção em contrário.

Cláusula 31.^a - Lei aplicável e Arbitragem

1. A lei aplicável a este contrato e a lei portuguesa.
2. Podem ser apresentadas reclamações no âmbito do presente contrato aos serviços do Segurador identificados no contrato e, bem assim, à Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões (www.asf.com.pt);
3. Nos litígios surgidos ao abrigo deste contrato pode haver recurso a arbitragem, a efetuar nos termos da lei.

Cláusula 32.^a - Foro

O foro competente para dirimir os litígios emergentes deste contrato é o fixado na lei civil.

Cláusula 33.^a – Sanções Internacionais

1. A Mudum - Companhia de Seguros, S.A., cumpre a legislação e as regras relativas às sanções internacionais, definidas pelas leis ou medidas restritivas que impõem sanções económicas, financeiras ou comerciais (incluindo quaisquer sanções ou medidas relacionadas a um embargo, a um bloqueio de ativos ou recursos económicos, restrições a transações com pessoas físicas ou jurídicas, ou relacionadas a determinados bens ou territórios), emitidos, administrados ou executados pelo Conselho de Segurança das Nações Unidas, União Europeia, França, Estados Unidos da América (incluindo, em particular, as medidas emitidas pela Divisão de Controle de Ativos Estrangeiros ou OFAC, na dependência do Departamento do Tesouro), ou qualquer outra autoridade competente que tenha o poder de emitir tais sanções.

2. Nenhum pagamento pode ser efetuado, relacionado com a execução do contrato de seguro, se tal violar as disposições acima mencionadas.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

As coberturas constantes nestas Condições Especiais aplicam-se, na parte não especificamente regulamentada, as disposições constantes das Condições Gerais.

Estomatologia e Próteses Dentárias

1. O Que Fica Garantido

1.1. Fica garantido o acesso a uma Rede de Prestadores de serviços dentários definida nas condições particulares a preços convencionados de acordo com os expressos no anexo às Condições Gerais e Especiais;

1.2. O Segurador garante ainda:

1.2.1.A comparticipação (prestações convencionadas) das despesas médicas em consultas ou tratamentos do foro estomatológico realizados na Rede de Prestadores em Portugal, de acordo com os limites fixados nas Condições Particulares;

1.2.2.O reembolso (prestações indemnizatórias) das despesas médicas em consultas ou tratamentos do foro estomatológico realizados na rede de prestadores em Espanha, de acordo com os limites fixados nas Condições Particulares.

As despesas médicas incluídas nesta garantia são:

- a) Tratamentos ambulatoriais, exames auxiliares de diagnóstico e outros atos clínicos desde que prescritos por médico dentista/estomatologista;
- b) Limpezas dentárias;
- c) Próteses dentárias;
- d) Ortodôncia;
- e) Cirurgia do foro estomatológico.

Rede de Bem-Estar

1. O Que Fica Garantido

O Segurador garante o acesso a bens e serviços, nomeadamente Psicologia, Nutrição, Osteopatia, Homeopatia,

Quiroprática, Acupuntura, Shiatsu, Estética, Genética, Termalismo, Talassoterapia, Spas, Health Clubs, Cursos de Preparação para o Parto, Podologia, Terapia da fala, Criopreservação de Células Estaminais, Parafarmácias, Higiene Oral e Óticas, fornecidos por um conjunto de prestadores, a preços convencionados.

Os prestadores que integram esta rede, bem como os descontos por estes praticados podem ser consultados através da linha de assistência a clientes, ou através do site www.dentinet.pt.