

SEGURADOR

Real Vida Seguros, S.A.

TIPO DE CLIENTE

Particulares e primeiro titular do Cartão Universo, que subscrevam a declaração de saúde privilegiando-se para o efeito a utilização de canais de contacto remoto e, sejam aceites pela Real Vida Seguros, S.A..

A subscrição é individual sobre uma Pessoa Segura com idade até aos 66 anos, podendo a apólice incluir elementos do respectivo agregado familiar.

PRODUTO

Seguro Dentista

DESCRIÇÃO

O Seguro Dentista é um seguro que garante à Pessoa Segura, em caso de sinistro ocorrido durante a sua vigência, o acesso a cuidados de saúde dentários, numa vasta rede médica de prestadores convenccionados, designadamente o acesso a Rede Estomatologia, garantindo ainda o pagamento de um subsídio diário em caso de internamento hospitalar da Pessoa Segura.

ÂMBITO DO SEGURO

O presente Contrato garante, até ao limite dos capitais seguros indicados na proposta, o pagamento de prestações convencionadas ou indemnizatórias em consequência de doença ou acidente sofrido pela(s) Pessoa(s) Segura(s) durante a vigência do contrato.

Quem pode aderir

Clientes que pretendem salvaguardar a utilização de cuidados de saúde, acedendo a uma vasta rede médica de prestadores convenccionados, designadamente o acesso a consultas médicas, exames de diagnóstico e tratamentos a preços reduzidos, que se encontrem dentro dos seguintes limites etários:

Subscrição

Idade Mínima: não existe

Permanência

Idade Máxima: sem idade limite de permanência.

Subscrição e Aceitação

Para subscrever o seguro é indispensável o preenchimento de Proposta de Seguro, a ocorrer por contacto telefónico, no qual se identificará o Tomador do Seguro e a(s) Pessoa(s) Segura(s), a aceitação do seguro é automática, sem avaliação de risco.

ENTIDADE GESTORA DE SAÚDE

RNA Assistência (através da Rede de Assistência Médica RNA Medical)

COBERTURAS

O contrato de seguro pode garantir, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Especiais e Particulares ou Certificado Individual de Seguro, e de acordo com o Plano subscrito, as seguintes coberturas:

- Subsídio Diário por Internamento Hospitalar;
- Acesso a Rede Estomatologia;

As garantias do contrato entram em vigor após o decurso dos períodos de carência, se aplicável, indicados para cada cobertura nas Condições Especiais ou nas Condições Particulares, sendo os mesmos contados a partir da data de subscrição de cada Pessoa Segura.

PLANO DE COBERTURAS E LIMITES DE INDEMNIZAÇÃO

Coberturas	Limites de Indemnização
Subsídio Diário por Internamento Hospitalar	€ 25,00 / dia
Acesso a Rede Estomatologia	Sem limite - Valores convenccionados

ÂMBITO DAS COBERTURAS

SUBSÍDIO DIÁRIO POR INTERNAMENTO HOSPITALAR

A cobertura garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, o pagamento de um subsídio diário em caso de Internamento Hospitalar por Doença ou Acidente.

O pagamento do subsídio diário mantém-se desde que subsista o internamento em hospital por um período não superior a 30 dias contados da data de internamento da Pessoa Segura, por anuidade.

No âmbito desta cobertura não se encontram abrangidas despesas decorrentes de patologias, lesões ou deformações pré-existentes à data de celebração do contrato de seguro.

ACESSO A REDE ESTOMATOLOGIA

Ao abrigo da presente cobertura, fica garantido à Pessoa Segura, o acesso a Rede convencionada de Estomatologia com condições especiais, em consultas a médicos especialistas em estomatologia, medicina dentária, cirurgia dentária, ortodontia, higiene oral ou próteses estomatológicas, clínicas, centros de diagnóstico ou outras unidades de cuidados de saúde dentários, na rede clínica convencionada, em consequência de doença manifestada ou acidente ocorrido durante o período de vigência da Apólice.

Na utilização da Rede convencionada de Prestadores, existem actos médicos gratuitos (sem co-pagamento a cargo da Pessoa Segura) e um conjunto amplo de outros actos médicos com co-pagamentos convencionados, que devem ser liquidados directamente ao prestador aquando da realização da intervenção. Para esclarecimento sobre o valor praticado para determinado acto médico, poderá ser consultado o respectivo prestador ou o Serviço de Atendimento Permanente através da linha telefónica número 210 419 219 (custo de chamada para rede fixa nacional). A Rede convencionada de Prestadores pode ser consultada em www.universo.pt.

COMPARTICIPAÇÕES, CO-PAGAMENTOS E PERIODOS DE CARÊNCIA

Ao presente contrato aplicam-se, de acordo com o quadro abaixo, os seguintes limites de capitais, franquias, co-pagamentos e períodos de carência.

Coberturas	Prestações na Rede		Período de Carência
	Segurador	Cliente	
Subsídio Diário por Internamento Hospitalar	€ 25/ dia ¹⁾	n.a.	180 dias
Franquia por sinistro (ocorrência / sinistro)			7 dias
Acesso a Rede de Estomatologia	√	Preço de Rede ²⁾	n.a.

¹⁾ Aplicável também a internamentos Fora da Rede.

²⁾ Inclui um conjunto de actos médicos gratuitos (sem co-pagamento a cargo da Pessoa Segura), disponíveis em universo.pt/seguros/.
n.a. - não aplicável.

REGIME DE FUNCIONAMENTO DAS GARANTIAS

As coberturas contratadas de acordo o definido nas Condições Particulares reveste a seguinte modalidade:

Acesso a Rede Médica

Disponibilização de serviços de cuidados de saúde, garantidos pelo presente contrato de seguro, executados por prestadores da Rede Médica convencionada, aos quais a Pessoa Segura tem acesso, suportando na totalidade os respectivos custos.

Prestações na Rede

Serviços de cuidados de saúde, garantidos pelo presente contrato de seguro, realizados em prestadores da Rede Médica Convencionada, nos quais a comparticipação das despesas de saúde é suportada directamente pelo Segurador, nos termos do disposto nas Condições Particulares, suportando a Pessoa Segura o pagamento das Franquias e/ou Co-pagamentos, estando o respectivo acesso sujeito aos critérios de utilização definidos pelo Segurador, incluindo a Autorização para actos e procedimentos nos termos do disposto na Apólice.

LIMITES ETÁRIOS

Subscrição

Idade Mínima: não existe.

Permanência

Idade Máxima: sem idade limite de permanência.

PRÉMIO

1. O prémio inicial é devido na totalidade na data da celebração do contrato.
2. A cobertura dos riscos depende do prévio pagamento do prémio.
3. Por acordo das partes o prémio pode ser fraccionado, porém a ocorrência de sinistro implica o vencimento imediato das fracções de prémio vincendas.
4. O prémio das anuidades subsequentes é devido na data da respectiva prorrogação.
5. O prémio resultante de eventuais alterações ao contrato é devido na data indicada no aviso para pagamento.

FORMA DE PAGAMENTO

O prémio é Anual com fraccionamento mensal e pago através de débito directo.

Consequências da falta de pagamento do prémio

A falta de pagamento do prémio inicial, ou da primeira fracção deste, ou fracções subsequentes, na data do vencimento, determina a resolução automática do contrato a partir da data da sua celebração, deixando de produzir quaisquer efeitos.

A falta de pagamento do prémio de anuidades subsequentes, ou da primeira fracção destas, na data do vencimento, impede a prorrogação do contrato, pelo que este não se renovará e deixará de produzir quaisquer efeitos.

RESPONSABILIDADE MÁXIMA DO SEGURADOR EM CADA PERÍODO DE VIGÊNCIA DO CONTRATO

Os valores garantidos pelo contrato, assim como as franquias contratadas, co-pagamentos e os períodos de carência aplicáveis, constam das Condições Particulares e vigoram em cada anuidade da apólice.

DURAÇÃO, RENOVAÇÃO E DENÚNCIA DO CONTRATO

1. O contrato produz efeitos a partir das zero horas do dia seguinte ao da sua celebração, desde que o prémio inicial seja pago.
2. O contrato é celebrado por um ano a continuar pelos anos seguintes.
3. O contrato celebrado renova-se sucessivamente por novos períodos de um ano, salvo se for denunciado por qualquer uma das partes ou se não for pago o prémio.
4. Qualquer uma das partes pode denunciar o contrato com a antecedência mínima de 30 dias em relação ao termo da anuidade.

DIREITO DE LIVRE RESOLUÇÃO DO CONTRATO

1. O Tomador do Seguro pode resolver o contrato, sem invocar justa causa, num prazo de 30 dias a contar da data de recepção da Apólice, mediante comunicação por escrito, em suporte de papel ou outro meio duradouro disponível e acessível ao Segurador.
2. 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 ao valor do prémio calculado pro rata temporis, na medida em que tenha suportado o risco até à resolução do contrato;

RECLAMAÇÕES

O Segurador dispõe de uma unidade orgânica específica para receber, analisar e dar resposta a quaisquer reclamações relacionadas com o contrato ou com as obrigações e direitos dele decorrentes, podendo para o efeito dirigir documento escrito para a sua sede, na Avenida de França, 316 – 5.º, Edifício Capitólio, 4050-276 Porto ou utilizar o endereço electrónico reclamacoes@realvidaseguros.pt. Caso não haja concordância com a resposta apresentada, a reclamação deverá ser dirigida para o Provedor do Cliente no endereço indicado ou através do endereço electrónico provedor.cliente@realvidaseguros.pt, sem prejuízo de poder ser requerida a intervenção da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões.

INTERVENÇÃO DE MEDIADOR DE SEGUROS

1. Nenhum Mediador de seguros se presume autorizado a, em nome do Segurador, celebrar ou extinguir contratos de seguro, a contrair ou alterar as obrigações deles emergentes ou a validar declarações adicionais, salvo o disposto nos números seguintes.
2. Pode celebrar contratos de seguro, contrair ou alterar as obrigações deles emergentes ou validar declarações adicionais, em nome do Segurador, o Mediador de seguros ao qual o Segurador tenha conferido, por escrito, os necessários poderes.
3. Não obstante a carência de poderes específicos para o efeito da parte do Mediador de seguros, o seguro considera-se eficaz quando existam razões ponderosas, objectivamente apreciadas, tendo em conta as circunstâncias do caso, que justifiquem a confiança do Tomador do Seguro de boa fé na legitimidade do Mediador, desde que o Segurador tenha igualmente contribuído para fundar a confiança do Tomador do Seguro.
4. O Tomador do Seguro, se assim o desejar, poderá solicitar ao Segurador a informação sobre a forma de remuneração do Mediador de Seguros relativamente à prestação do serviço de mediação, bem como o nome das empresas de seguros e mediadores de seguros com os quais o mediador possa trabalhar, se aplicável.

PROVA CONVENCIONADA

O Tomador do Seguro e o Segurador acordam que todo e qualquer registo electrónico, bem como as gravações orais (assim como a 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.

PROTECÇÃO DE DADOS PESSOAIS

1. O Segurador é a entidade responsável pelo tratamento dos dados pessoais dos Tomadores de Seguros, Pessoas Seguras e Beneficiários ("Clientes", em conformidade com política interna de privacidade).
2. O Segurador recolhe os dados directamente junto dos Clientes ou através de parceiros comerciais.
3. O Segurador trata as seguintes categorias de dados: dados de identificação, dados de contacto, dados financeiros e bancários, dados de saúde e demais dados necessários à contratação, gestão e execução do contrato de seguro (incluindo pagamento e facturação do prémio, reembolsos), gestão de reclamações, gestão de sinistros, avaliação de risco, entre outros.
4. O Segurador poderá tratar os dados pessoais dos titulares dos dados para lhes enviar informações e comunicações de marketing, através de e-mail, correio postal, SMS, contacto telefónico, ou outros, sobre os seus produtos e serviços, sendo este tratamento de dados apenas realizado com o consentimento expresso dos Clientes, prestado no momento da recolha dos dados pessoais.
5. Caso pretenda retirar o seu consentimento, o Cliente pode a qualquer momento contactar o Segurador através de correio electrónico para o endereço dpo.dadospessoais@realvidaseguros.pt.
6. O Segurador dispõe de uma Política de Privacidade que descreve as orientações e princípios por si adoptados para assegurar a protecção dos titulares de dados pessoais, estabelecendo directrizes relativas aos direitos dos titulares e ao tratamento e livre circulação dos dados pessoais, a qual poderá ser consultada em www.realvidaseguros.pt.

LEI APLICÁVEL

O presente contrato rege-se pela lei portuguesa.

Sem prejuízo da possibilidade de recurso à arbitragem, o foro competente para qualquer pleito emergente deste contrato é o da Comarca do local que constar na data de emissão das Condições Particulares, sem prejuízo do estabelecido na lei processual civil no que respeita à competência territorial em matéria de cumprimento de obrigações.

AUTORIDADE DE SUPERVISÃO

Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões.

Seguro Dentista

Documento de informação sobre produtos de seguros

Companhia: Real Vida Seguros, S.A.

REAL VIDA
SEGUROS

GRUPO Patris

Este documento apresenta algumas das características do Seguro Dentista e não dispensa a consulta das Condições Gerais e Informações Pré-Contratuais completas relativas ao produto facultadas noutros documentos.

Qual é o tipo de seguro?

O Seguro Dentista é um seguro que garante à Pessoa Segura, em caso de sinistro ocorrido durante a sua vigência, o acesso a cuidados de saúde dentários, numa vasta rede médica de prestadores convenccionados, designadamente o acesso a Rede Estomatologia, garantindo ainda o pagamento de um subsídio diário em caso de internamento hospitalar da Pessoa Segura.



Que riscos são segurados?

De seguida apresentam-se algumas das coberturas do produto:

✓ Subsídio Diário por Internamento Hospitalar

- A cobertura garante, nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Particulares, o pagamento de um subsídio diário em caso de Internamento Hospitalar por Doença ou Acidente.

✓ Acesso a Rede Estomatologia

- Ao abrigo da presente cobertura, fica garantido à Pessoa Segura, o acesso a Rede convenccionada de Estomatologia em condições especiais, em consultas a médicos especialistas em estomatologia, medicina dentária, cirurgia dentária, ortodontia, higiene oral ou próteses estomatológicas, clínicas, centros de diagnóstico ou outras unidades de cuidados de saúde dentários, na rede clínica convenccionada, em consequência de doença manifestada ou acidente ocorrido durante o período de vigência da Apólice.

- Na utilização da Rede convenccionada de Prestadores, existem actos médicos gratuitos (sem co-pagamento a cargo da Pessoa Segura) e um conjunto amplo de outros actos médicos com co-pagamentos convenccionados, que devem ser liquidados directamente ao prestador aquando da realização da intervenção.



Que riscos não são segurados?

- ✗ No âmbito da cobertura de Subsídio Diário por Internamento Hospitalar, não se encontram abrangidas despesas decorrentes de patologias, lesões ou deformações pré-existentes à data de celebração do contrato de seguro.



Há alguma restrição da cobertura?

- ! Idade máxima da pessoa segura à data de Subscrição: Não aplicável.
- ! Idade máxima de permanência: sem idade limite de permanência.



Onde estou coberto?

- ✓ Salvo convenção em contrário, expressa nas Condições Especiais ou nas Condições Particulares, o seguro só tem validade para os cuidados de saúde prestados em Portugal.



Quais são as minhas obrigações?

- 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 nos registos e documentos do Segurador;
- Em caso de extravio do Cartão de Saúde, a Pessoa Segura ou o Tomador do Seguro, devem comunicá-lo ao Segurador através do Serviço de Apoio ao Cliente, no prazo máximo de 48 horas, a fim de o mesmo ser anulado e proceder-se à emissão de um novo cartão.



Quando e como devo pagar?

O prémio é Anual com fraccionamento mensal e pago através de débito directo.



Quando começa e acaba a cobertura?

O presente contrato produz os seus efeitos a partir das zero horas do dia imediato ao da emissão da apólice e do respectivo Cartão de Saúde pelo Segurador, desde que o prémio ou fracção inicial seja pago.

Na falta de estipulação das Partes noutro sentido, o contrato vigora pelo período de um ano e considera-se sucessivamente renovado por períodos de um ano, salvo se qualquer uma das partes o tiver denunciado, por escrito ou por outro meio do qual fique registo duradouro, com a antecedência mínima de 30 dias em relação ao termo da anuidade, ou se não for pago o prémio da anuidade subsequente ou da primeira fracção desta.



Como posso rescindir o contrato?

O Tomador do Seguro pode resolver o contrato, sem invocar justa causa, num prazo de 30 dias a contar da data da recepção da Apólice, mediante comunicação por escrito, em suporte de papel ou outro meio duradouro disponível e acessível ao Segurador, acompanhada da respectiva Apólice.