

Unibanco Seguros

Familiares Gold

1. Seguro de Doença

Estão garantidas as situações de doença ou acidente, que exijam internamento hospitalar ou cirurgia efectuada em Ambiente Hospitalar, até ao limite de **50.000 Euros** (10.000 contos) / ano, com uma franquia de **3.000 Euros** (600 contos) em caso de doença e de **2.000 Euros** (400 contos) em caso de acidente, num máximo anual de **3.000 Euros** (600 contos). Garante as despesas efectivadas em **Portugal**, podendo estender-se as garantias ao estrangeiro, mediante prescrição do médico assistente e o acordo prévio da Companhia de Seguros Gan. No **estrangeiro** é válido apenas por **acidente ou doença súbita**, podendo beneficiar de uma garantia temporária a prestar junto do estabelecimento hospitalar, para que não tenha de despende qualquer quantia inicial. Em caso de sinistro para usufruir desta garantia, terá de obrigatoriamente entrar em contacto prévio e directo com a Europ Assistance, através do número telefone 21 386 01 19 da rede de Lisboa- 24 horas por dia.

Entre outras situações , estão **excluídas** as doenças pré-existentes, ou seja, aquelas cujo os sintomas se manifestaram, ou que tenham dado origem a qualquer tratamento médico em data anterior à data de adesão ao seguro. A adesão pode ser feita até aos 55 anos, terminando as garantias no final da anuidade em que perfaz os 70 anos e no caso dos filhos os 24 anos.

Aqui fica a nossa sugestão de subscrever o **Seguro Familiares Gold**, para o seu agregado familiar- cônjuge e filhos dependentes menores de 24 anos, por um preço bastante económico, de apenas **Euros 50,00** por aderente / ano.

Não hesite em nos contactar, caso necessite de qualquer informação adicional, para o telefone exclusivo Unibanco Seguros 21 342 54 40, ou fax 21 346 11 14 ou info@unibancoseguros.net .

SEGUROS UNIBANCO/FAMILIARES GOLD

Desejo subscrever o **FAMILIARES GOLD**, a favor dos membros do meu agregado familiar, para podermos beneficiar do **Seguro de Doença**,

Cônjuge _____ Data de Nascimento ___/___/___.

Filho _____ Data de Nascimento ___/___/___.

Filho _____ Data de Nascimento ___/___/___.

Filho _____ Data de Nascimento ___/___/___.

pele valor de 50,00 **Euros /ano por cada aderente**, a debitar no meu cartão Gold :

Titular _____, Data de Nasc. ___/___/___ Profissão _____

Morada _____, Cód. Postal ___-___ Localidade _____

Telefone: _____ NIF _____

Nº Cartão _____

Válido até : ___/___/___

Responda pondo (X) em Sim ou Não	Cônjuge		Filho 1		Filho 2		Filho 3		Especifique
	S	N	S	N	S	N	S	N	
2 Interrompeu as suas actividades normais mais de três semanas nos últimos 36 meses devido a doença ou acidente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2 Sofreu ou sofre de qualquer doença Crónica? É portador de deficiência física, congénita ou adquirida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2 Consultou algum médico no último ano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2 Foi-lhe aconselhado algum regime ou tratamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2 Está grávida ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2 Foi ou prevê que possa vir a ser sujeito a alguma intervenção cirúrgica ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

O signatário atesta e declara que não tem conhecimento de qualquer alteração do estado de saúde das pessoas indicadas neste boletim, devido a doença, acidente ou outro facto similar. Igualmente autoriza o débito do custo das garantias na respectiva conta Unibanco.

Data ___/___/___ Assinatura _____