



**Unibanco Seguros**

**Familiar Metropolis**

### **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 **25.000 Euros** (5.000 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 Familiar Metropolis para o seu agregado familiar- cônjuge e filhos dependentes menores de 24 anos, por um preço bastante económico, de apenas **35 Euros 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](mailto:info@unibancoseguros.net) .

~

**SEGUROS UNIBANCO/FAMILIAR METROPOLIS**

Desejo subscrever o **Familiar Metropolis**, a favor do meu agregado familiar:

Cônjuge \_\_\_\_\_, Data de Nasc. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Filho \_\_\_\_\_, Data de Nasc. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Filho \_\_\_\_\_, Data de Nasc. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Filho \_\_\_\_\_, Data de Nasc. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

pele valor de **35 €/ano por cada aderente**, a debitar no meu cartão Metropolis:

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	
<b>2</b> 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"/>	
<b>2</b> 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"/>	
<b>2</b> 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"/>	
<b>2</b> 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"/>	
<b>2</b> 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"/>	
<b>2</b> 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 \_\_\_\_\_