

## NÃO ARRISQUE SEGRE AS SUAS DESPESAS DE ONCOLOGIA

As doenças do foro oncológico (vulgarmente designadas por "cancro"), não obstante os notáveis progressos da medicina neste domínio, são ainda hoje uma das perturbações da saúde que mais afectam a tranquilidade financeira de quantos desejam garantir para si e para os seus familiares um futuro com optimismo.

O Seguro de Oncologia, que o unibanco seguros lhe propõe, garante o reembolso das despesas que tiver efectuado com o tratamento em Portugal e, eventualmente, no estrangeiro\*, de doenças do foro oncológico, nos termos e limites do "Quadro de Garantias" abaixo reproduzido.

\*Mediante autorização prévia da seguradora

Quadro de Garantias Comparticipações e Limites Máximos		
GARANTIAS	COMPARTICIPAÇÃO	CAP/ PESSOA SEGURA
<b>ASSISTÊNCIA HOSPITALAR</b>  Intervenção cirúrgica Diária Hospitalar Honorários médicos de consultas Elementos auxiliares de diagnóstico Tratamentos Medicamentos Transportes em ambulâncias para/ e de estabelecimento hospitalares Desp acompanhantes de menores de 12 anos	100%	50.000 € ANO
Assistência Ambulatória  Tratamentos oncológicos e pequenas intervenções em ambulatória	80%	10.000 € ANO
Prémios Trimestral por pessoa segura: € 48,75		

- Reembolso das despesas no prazo máximo de 30 dias sobre a apresentação dos documentos justificativos.
- Livre escolha pelo Segurado do médico e do hospital ou clinica a utilizar.
- Ausência de franquias.
- Com a renovação anual, os máximos pagáveis por pessoa/ano são integralmente repostos.
- Exclusão de doenças pré-existentes à data de início do contrato.
- As garantias do contrato cessam aos 80 anos.
- Período de carência de 60 dias.
- Data limite de adesão 55 anos.
- Os prémios são actualizados com a transição de escalão etário.

### Notas:

1.As garantias e os respectivos prémios são validos até à data de vencimento do contrato, reservando-se a Groupama o direito de renegociação do mesmo.

2. As importâncias a pagar são debitadas anualmente no cartão UNIBANCO do titular.

A descrição, feita neste folheto, das garantias relativas aos Seguros é apenas um resumo com finalidade meramente promocional. A sua versão integral, bem como o clausulado especial, é a que consta dos respectivos contratos e/ou apólice subscritas pela UNICRE.

Os dados recolhidos são processados automaticamente e destinam-se exclusivamente a envios correspondentes ao seu pedido, respectivo apoio administrativo, estatísticas e apresentação de novas propostas.

É garantido ao titular, nos termos da lei, o direito de acesso, rectificação ou supressão de qualquer dado dizendo-lhe respeito e constando da base de dados do Especial Seguros Unibanco, dirigindo-se à Unicre.

**Qualquer pedido de alteração a este seguro deverá ser solicitado por escrito, pelo titular, até 30 dias antes do vencimento, para o Especial Seguros UNIBANCO.**

## SEGURO DE ONCOLOGIA

### PESSOA SEGURA

| \_\_\_\_\_ |

DATA DE NASCIMENTO

Nº CONTRIBUINTE

PROFISSÃO

| \_\_\_\_\_ |

| \_\_\_\_\_ |

| \_\_\_\_\_ |

### MORADA

| \_\_\_\_\_ |

CÓDIGO POSTAL

LOCALIDADE

TELEFONE

| \_\_\_\_\_ |

| \_\_\_\_\_ |

| \_\_\_\_\_ |

TITULAR (SE DIFERENTE DA PESSOAS SEGURA)

| \_\_\_\_\_ |

Autorizo o débito do custo da minha subscrição do SEGURO DE ONCOLOGIA, no meu Cartão Unibanco  
Válido até:

□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ASSINATURA \_\_\_\_\_

UM SEGURO GARANTIDO PELA GROUPAMA

O correcto preenchimento do presente questionário é essencial à aceitação da(s) pessoa(s) no âmbito do seguro e subsequente pagamento de reembolsos de acordo com as condições contratuais.

## QUESTIONÁRIO CLÍNICO

O correcto preenchimento do presente questionário é essencial à aceitação da(s) pessoa(s) indicadas no âmbito do seguro e subsequente pagamento de indemnizações de acordo com as condições contratuais.

		Segurad		Cônjuge		Filho		Filho		Filho		Filho	
<b>1.</b>	<b>INFORMAÇÕES GERAIS</b>												
	1. Altura												
	Peso												
	Tensão Arterial Máxima - Mínima												
	<b>Responda a todas as perguntas pondo (X) em SIM ou NÃO</b>	<b>Si</b>	<b>Nã</b>	<b>Si</b>	<b>Nã</b>	<b>Si</b>	<b>Nã</b>	<b>Si</b>	<b>Nã</b>	<b>Si</b>	<b>Nã</b>	<b>Si</b>	<b>Nã</b>
	2. É portador de alguma lesão/doença congénita ou adquirida?												
	3. Nos últimos cinco anos:												
	a) Foi hospitalizado?												
	b) Foi submetido a alguma intervenção cirúrgica?												
	c) Teve baixa por doença ou acidente com duração superior a 30 dias?												
	4. Toma Medicamentos de forma regular?												
	5. Tem conhecimento de alguma situação clínica que implique tratamento médico ou cirúrgico?												
<b>2.</b>	<b>ESTADO DE SAÚDE - Sofre ou sofreu de Doenças:</b>												
	1. CARDIOVASCULARES: Angina de peito, enfarte miocárdio, hipertensão arterial, insuficiência vascular periférica, varizes, etc.?												
	2. RESPIRATÓRIAS: asma, bronquite crónica, alergias, outras?												
	3. DIGESTIVAS: úlceras, colites, hemorróidas, hepatites, outras?												
	4. NEUROLÓGICAS: trombose, epilepsia, outras?												
	5. OSTEO-ARTICULARES: artroses, artrite, tendinite, outras?												
	6. URINÁRIAS: cálculos renais, doenças prostáticas, outras?												
	7. GINECOLÓGICAS: nódulos mamários, hemorragias uterinas, outras?												
	8. ENDÓCRINAS: diabetes, doenças da tiróide, outras?												
	9. PSIQUIÁTRICAS: neurose, depressão, outras?												
	10. O.R.L. (ouvidos, nariz, garganta): diminuição da audição, otite, sinusite, desvio do septo nasal, amigdalite e/ou adenoidite de repetição, obstrução nasal, roncopia, outras?												
	11. OFTALMOLÓGICAS (olhos): miopia, estigmatismo, hipermetropia, estrabismo, catarata, glaucoma, outras?												
	12. HERNIÁRIAS: parede abdominal (virilha, umbigo, outras) e coluna vertebral (pescoço e costas)?												
	13. CUTÂNEAS: psoríase, micoses, eczemas, outras?												
<b>Para cada resposta SIM, do quadro anterior, deverá preencher os campos abaixo.</b>													

Pessoa Segura Nº alínea do quadro anterior	Diagnóstico, data e situação actual

Autorizo os serviços clínicos da GROUPAMA PORTUGAL SEGUROS, SA a pedir a qualquer médico, hospital ou clínica todos os dados necessários sobre o meu estado de saúde para o que os considera desobrigados do sigilo profissional.

Esta proposta tem de ser assinada pelo Contratante ou Segurado e pela Pessoa Segura, mesmo que tenha sido preenchida por terceiro, as declarações inexactas ou a omissão de factos tornam-na NULA E SEM QUALQUER EFEITO.

Aceito as condições do seguro proposto e tomei conhecimento das observações acima.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Segurado \_\_\_\_\_ Tomador de Seguro \_\_\_\_\_

*“A presente informação tem natureza publicitária e não dispensa a consulta da informação pré-contratual e contratual legalmente exigida. O Unibanco Seguros é um serviço disponibilizado por Villas-Boas ACP – Correctores Associados de Seguros, Lda., concedida na Av. Da Liberdade, n.º 90, 3º, 1269-026 Lisboa; mediador de seguros n.º 607155308, registado no Instituto de Seguros de Portugal na categoria de corrector de seguros ([www.isp.pt](http://www.isp.pt)); autorizado a exercer actividade nos Ramos de Seguro Vida e Não Vida. Mais informações em [www.villasboas.pt](http://www.villasboas.pt) / Telef.: (+351) 213 425 440 / Fax.: (+351) 213 461 114 / Email: [info@unibancoseguros.net](mailto:info@unibancoseguros.net)”*

#### DADOS PESSOAIS E DECLARAÇÕES

**DADOS PESSOAIS**

Os dados pessoais constantes deste documento serão processados e armazenados informaticamente pelo Segurador e destinam-se ao seu uso exclusivo, no âmbito das relações pré - contratuais ou decorrentes do contrato ou operação celebrados com os seus clientes, incluindo as suas renovações. Os dados serão conservados de forma a permitir a identificação dos titulares até que tenham cessado definitivamente essas relações.

O titular terá livre acesso aos seus dados pessoais, com uma periodicidade não inferior a um ano desde a recolha ou primeiro acesso, desde que o solicite por escrito, podendo rectificar os dados incorrectamente recolhidos, nos termos da lei. Os dados poderão ser fornecidos às autoridades judiciais ou administrativas, desde que em cumprimento de obrigação legal a cargo do Segurador. O titular dos dados autoriza o Segurador, salvo declaração expressa em contrário no quadro de observações, a:

- a) Fornecer os seus dados a empresas do Grupo do qual o Segurador faz parte, sendo assegurada a sua confidencialidade, utilização em função do objecto social dessas empresas e compatibilidade com os fins de recolha;
- b) Proceder à recolha de dados pessoais complementares junto de Organismos Públicos, empresas especializadas e outras entidades privadas, tendo em vista a confirmação ou complemento dos elementos recolhidos necessários à gestão da relação contratual;
- c) Efectuar, se assim o entender, o registo magnético das chamadas telefónicas que forem realizadas, no âmbito da relação contratual ora proposta, quer na fase de formação do contrato, quer durante a vigência do mesmo, e bem assim a proceder à sua utilização para quaisquer fins lícitos, nomeadamente, para execução dos serviços contratados, para melhoramento e controlo dos mesmos e como meio de prova.

**DECLARAÇÕES**

Declaro que me foram prestadas as informações pré-contratuais legalmente previstas, tendo-me sido entregue, para o efeito, o documento respectivo, para delas tomar integral conhecimento, e que me foram prestados todos os esclarecimentos de que necessitava para a compreensão do contrato, nomeadamente sobre as garantias e exclusões.

Declaro que recebi, em suporte duradouro, todas as informações previstas no Artº 32º do D-L nº 144/2006, de 31 de Julho.

Declaro também que fiquei esclarecido sobre o âmbito e conteúdo do contrato.

Declaro, ainda, que o Segurador me informou do meu dever de lhe comunicar com exactidão todas as circunstâncias que conheça e razoavelmente deva ter por significativas para a apreciação do risco, bem como das consequências do incumprimento de tal dever.

Declaro, por último, que dou o meu acordo a que as Condições Gerais e Especiais, se as houver, aplicáveis ao contrato me sejam entregues no sítio da Internet indicado nas Condições Particulares.

**Declaro, que tomei conhecimento de que está excluída das garantias qualquer doença ou incapacidade física preexistente à data da proposta de seguro.**

**MUITA ATENÇÃO**

Confirme se respondeu a todas as questões. Se tiver sido outra pessoa a responder ao presente questionário/formulário, não assine sem confirmar que todas as respostas estão exactas.

Local e Data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Tomador do Seguro