

## 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

| <b>Quadro de Garantias Comparticipações e Limites Máximos</b>   |                        |                           |
|---|------------------------|---------------------------|
| <b>GARANTIAS</b>  | <b>COMPARTICIPAÇÃO</b> | <b>CAP/ PESSOA SEGURA</b> |
| <b>ASSISTÊNCIA HOSPITALAR</b><br><br>Intervenção cirúrgica<br>Diária Hospitalar<br>Honorários médicos de consultas<br>Elementos auxiliares de diagnóstico<br>Tratamentos<br>Medicamentos<br>Transportes em ambulâncias para/<br>e de estabelecimento hospitalares<br>Desp acompanhantes de menores de 12 anos | <b>100%</b>            | <b>26.000 €<br/>ANO</b>   |
| <b>Assistência Ambulatória</b><br><br>Tratamentos oncológicos e<br>pequenas intervenções em ambulatória   | <b>80%</b>             | <b>4.200 €<br/>ANO</b>    |
| <b>Prémios Anuais</b>   |                        |                           |
| Até aos 44 anos   |                        | € 85,49                   |
| Dos 45 aos 54 anos  |                        | € 116,99                  |
| Dos 55 aos 64 anos  |                        | € 146,23                  |
| Dos 65 aos 79 anos  |                        | € 172,10                  |

- 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 Gan 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.**

**BOLETIM DE ADESÃO \_\_\_\_\_**

**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 GAN

## QUESTIONÁRIO CLÍNICO

**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.**

| Responda a todas as perguntas pondo (X)<br>em "SIM" ou "NÃO"                                     | Titular |   | Conjuje |   | Filho(a) |   | Deve justificar todas as questões<br>assinaladas com "SIM" |
|--|---------|---|---------|---|----------|---|--|
|  | S       | N | S       | N | S        | N |  |
| 1. Nos últimos 10 anos:  |         |   |         |   |          |   |  |
| a) Foi hospitalizado?  |         |   |         |   |          |   |  |
| b) Foi submetido a alguma<br>Intervenção cirurgica?  |         |   |         |   |          |   |  |
| c) Teve ou tem alguma doença<br>nervosa?   |         |   |         |   |          |   |  |
| 2. Nos últimos cinco anos:   |         |   |         |   |          |   |  |
| a) Foi examinado por algum médico?   |         |   |         |   |          |   |  |
| b) Teve doenças de nariz   |         |   |         |   |          |   |  |
| c) Teve baixa por doença ou acidentes<br>com duração superior a 8 dias?                          |         |   |         |   |          |   |  |
| 3. Sofre ou sofreu   |         |   |         |   |          |   |  |
| a) Lesão Cardíaca, tensão art. Alta?   |         |   |         |   |          |   |  |
| b) Diabetes?   |         |   |         |   |          |   |  |
| c) Reumatismo, Gota, Artrite, Artroses, etc  |         |   |         |   |          |   |  |
| e) Hemerroidas?  |         |   |         |   |          |   |  |
| f) Tuberculose, Asma, Alergias, Eczemas?   |         |   |         |   |          |   |  |
| g) Aparelho urinário ou genital cálculos<br>renais, hemorragias uterinas?                        |         |   |         |   |          |   |  |
| h) Doenças do fígado: cirrose, hepatite, icterícia?  |         |   |         |   |          |   |  |
| i) Doença circulatória, varizes?   |         |   |         |   |          |   |  |
| j) Hérnia?   |         |   |         |   |          |   |  |
| k) Tumor ou quisto?  |         |   |         |   |          |   |  |
| l) Algum Acidente?   |         |   |         |   |          |   |  |
| 4. Está grávida?   |         |   |         |   |          |   |  |
| 5. Existe alguma condição conhecida para que<br>possa necessitar de tratamento médico cirurgico? |         |   |         |   |          |   |  |
| 6. É portador de deficiência física, congénita ou adquirida?                                     |         |   |         |   |          |   |  |
| 7. Nos ascendentes existem doenças de caracter<br>familiar, nomeadamente tumores, diabetes, etc  |         |   |         |   |          |   |  |

Autorizo os serviços clínicos da GAN PORTUGAL SEGUROS, AS 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 \_\_\_\_\_

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).