

SEGURO DE RETRIBUIÇÃO PROFISSIONAL

“ACIDENTE E DOENÇA”

O Seguro de Retribuição Profissional destina-se a proteger um dos bens mais preciosos - **a capacidade de trabalhar e ganhar uma remuneração** - contra as consequências financeiramente negativas, decorrentes de um acidente ou doença.

Quer exerça uma profissão por sua conta e risco, quer por conta de outrem, a protecção da sua remuneração é, com certeza, uma preocupação..... já que dela depende o seu nível de vida.

Este Seguro garante-lhe:

- **Subsidio mensal por incapacidade temporária total**, por acidente (desde do 4º dia), ou por doença (desde do 30º dia).
- **Subsidio mensal, par hospitalização**, por acidente ou doença (desde o 4º dia). Este subsidio é cumulativo com o anterior.
- **Capital por morte ou invalidez permanente**, superior a 50%, decorrente de acidente.
- **Despesas médicas** decorrentes de acidente.

O seguro é válido até aos 65 anos

ESCOLHA O PLANO MAIS ADEQUADO Á SUA SITUAÇÃO E ENVIE-NOS O SEU BOLETIM DE ADESÃO.

Faça a sua opção por um dos Planos considerando que os subsídios podem ir de 600€ a 1.500 € mensais cada, podem ser cumulativos e serão pagos até um máximo de 12 meses. Serão pagos no final do período, mas em caso de longa duração serão pagos mensalmente. Em casos inferiores a 30 dias, o cálculo será feito com base em 1/30 avos.

Note que no caso de trabalho por conta de outrem, cada um destes subsídios não poderá exceder a remuneração mensal da pessoa segura. O capital por morte ou Invalidez Permanente - Superior a 50% - pode ir até 20.000 €, e as despesas médicas de 2.000€ a 5.000€ correspondendo ao Plano escolhido.

Após confirmação da adesão pela seguradora, a apólice de seguro passa a ter efeitos:

- Imediatamente em caso de acidente;
- Após 30 dias, em caso de doença mas apenas se declarada posteriormente.

Ser-lhe-á enviada a apólice individual respectiva, com todas as condições e garantias, pela companhia de seguros Chartis Europe, S.A..

Os prémios de seguro serão debitados trimestralmente e directamente no Cartão Unibanco do titular, sendo actualizados automaticamente com a transição de escalão etário.

EXCLUSÕES:

- **Acidentes, doenças ou anomalias congénitas preexistentes ou não relacionadas com as garantias da apólice ou do foro psicológico ou estomatológico.**
- **Lesões Intencionais, dolosas, derivadas do uso de drogas ou prática de actividades perigosas ou imprudentes.**
- **Lesões provocadas por actos de guerra ou similares, radioactividade ou de natureza catastrófica.**
- **Desportos de especial perigosidade, nomeadamente desportos de inverno, motorizados e artes marciais.**

QUADRO OPCIONAL DOS PLANOS

QUADRO GARANTIAS	PLANO 1	PLANO 2	PLANO 3	PLANO 4
A) Subsidio mensal por Incapacidade temporária:	€ 600	€ 900	€ 1.200	€ 1.500
- Por acidente, desde o 4º dia				
- Por doença, desde o 30º dia				
Subsidio doença só confirmado após consulta médica pago no máximo por 12 meses				
B) Subsidio mensal por hospitalização	€ 600	€ 900	€ 1.200	€ 1.500
- Por acidente ou doença, desde o 4º dia				
Este subsidio é cumulativo com o anterior				
C) Morte ou Invalidez Permanente por acidente	€ 20.000	€ 30.000	€ 40.000	€ 50.000
Aos capitais indicados serão deduzidos os subsídios anteriores				
D) Despesas Médicas por acidente	€ 2.000	€ 3.000	€ 4.000	€ 5.000

PRÉMIOS TRIMESTRAIS

Escalão Etário	PLANO 1	PLANO 2	PLANO 3	PLANO 4
20-39 anos	€ 48,74	€ 73,41	€ 98,07	€ 122,74
40-49 anos	€ 68,47	€ 103,04	€ 137,56	€ 172,08
50-59 anos	€ 98,07	€ 143,10	€ 196,76	€ 246,10
60-64 anos	€ 137,56	€ 206,63	€ 276,71	€ 344,79

Para efeito do Seguro de Retribuição Profissional entende-se por:

INCAPACIDADE TEMPORÁRIA: Enquanto a Pessoa Segura, que exerça profissão remunerada, se encontra na completa impossibilidade física, clinicamente comprovada, de desenvolver o seu trabalho, ainda que seja o de inserir, dirigir ou coordenar os seus subordinados; e, para a Pessoa segura que não exerça profissão remunerada, enquanto estiver hospitalizada ou for obrigada a permanecer acamada no seu domicílio sob tratamento médico.

INVALIDEZ PERMANENTE: É a incapacidade que, após completa consolidação, tenha carácter permanente e a que corresponda um coeficiente de desvalorização fixado de acordo com a tabela de Desvalorização da Apólice.

REMUNERAÇÃO MENSAL: É o total dos ganhos da Pessoa Segura -inclui ajudas de custo, subsídios e outros prémios nos doze meses anteriores à ocorrência do sinistro, divididos por doze,

Notas:

1. As garantias e respectivos prémios são válidos até à data de vencimento do contrato, reservando-se a Chartis Europe, S.A. o direito de renegociação do mesmo.
2. As importâncias a pagar são debitadas trimestralmente 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 ela clausulado especial, é a que consta dos respectivos contratos e/ou apólice subscritas pela UNICRE.

ENVIE O BOLETIM DE ADESÃO NO ENVELOPE (NÃO CARECE DE SELO)

BOLETIM DE ADESÃO

SEGURO DE RETRIBUIÇÃO PROFISSIONAL

PESSOA SEGURA		DATA DE NASCIMENTO	NIF
_____		____/____/____	_____
MORADA		PROFISSAO	TELEFONE
_____		_____	_____
CODIGO POSTAL	LOCAUDADE	LOCAL DE TRABALHO	TELEFONE TRABALHO
_____	_____	_____	_____
TITULAR (SE DIFERENTE DA PESSOA SEGURA)			OPÇÃO DE PLANO
_____			1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>

Desejo subscrever o SEGURO DE RETRIBUIÇÃO PROFISSIONAL e autorizo o débito trimestral no cartão Unibanco Nº:

Valido Até ____/____/____ Data: ____/____/____ Assinatura: _____

QUESTIONARIO MEDICO A PREENCHER PELA PESSOA SEGURA (CONFIDENCIAL)

Por favor detalhe a sua resposta caso tenha respondido afirmativamente a alguma das questões acima.

	SIM	NÃO
Sofreu ou sofre de tensão alta, doenças cardíacas, Febre reumatisal, Diabetes, Cancro, Doenças dos Pulmões, Distúrbios Nervosos, Perturbações abdominais ou outra?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Já se submeteu a alguma intervenção cirúrgica ou sofre de alguma Deficiência congénita, deformação física, defeito grave do ouvido ou da vista?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor detalhe a sua resposta caso tenha respondido afirmativamente a alguma das questões acima.

Beneficiários por Morte

Nome: _____ Data Nascimento: ____/____/____ NIF: _____

Nº BI: _____ Telefone: _____ Relação ou parentesco com a Pessoa Segura: _____

Morada: _____ Código Posta _____ - _____ Localidade: _____

Nome: _____ Data Nascimento: ____/____/____ NIF: _____

Nº BI: _____ Telefone: _____ Relação ou parentesco com a Pessoa Segura: _____

Morada: _____ Código Posta _____ - _____ Localidade: _____

Nome: _____ Data Nascimento: □□/□□/□□□□ NIF: □□□□□□□□
 Nº BI: □□□□□□□□ Telefone: □□□□□□□□ Relação ou parentesco com a Pessoa Segura: _____
 Morada: _____ Código Posta _____ - _____ Localidade: _____

POLÍTICA DE PRIVACIDADE DE DADOS

Ao fornecer os seus Dados Pessoais à Chartis Europe, S.A. em ligação com a sua proposta de seguro concorda com a recolha e processamento (incluindo a divulgação e a transferência internacionais dentro e fora da AEE e para os Estados Unidos da América) dos seus Dados Pessoais indicados na Política de Privacidade disponível http://www.chartisinsurance.com/pt-privacy-policy_770_193652.html. Também poderá solicitar uma cópia através de privacidade.portugal@chartisinsurance.com. Em particular, está a autorizar o processamento dos seus Dados Pessoais para efeitos de administração, comercialização e gestão do contrato de seguro, bem como para marketing, comercialização e fornecimento de produtos de seguro. Na medida em que forneceu (ou fornecerá) Dados Pessoais à Chartis sobre qualquer outro indivíduo, certifica que forneceu informação ao indivíduo em causa sobre o conteúdo desta Política de Privacidade e que está autorizado a divulgar os seus Dados Pessoais à Chartis conforme é indicado na Política de Privacidade, para exercer os seus direitos sobre os seus dados pessoais, por favor envie um email para privacidade.portugal@chartisinsurance.com ou aviso por escrito para o endereço da Chartis Europe, S.A. Ao assinar este documento está expressamente a dar o consentimento necessário para o tratamento de dados pessoais exclusivamente para os fins acima transcritos, incluindo a transferência internacional para os Estados Unidos da América.

DECLARAÇÃO INFORMAÇÃO PRÉ CONTRATUAL

Declaro que me foram transmitidas todas as informações e prestados os devidos esclarecimentos sobre o contrato de seguro proposto e bem assim sobre as condições gerais e especiais aplicáveis, nomeadamente sobre as exclusões e limitações de cobertura; sobre o valor total do prémio e método de cálculo; sobre as modalidades de pagamento do prémio e das consequências da falta de pagamento do mesmo; dos agravamentos ou bónus que possam ser aplicados no contrato e respectivo regime de cálculo; do montante mínimo do capital e do montante máximo a que o segurador se obriga em cada período de vigência do contrato; da duração do contrato e do respectivo regime de renovação, de denúncia, de livre resolução; sobre o regime de transmissão do contrato; sobre o modo de efectuar reclamações, dos correspondentes mecanismos de protecção jurídica e da autoridade de supervisão e do regime relativo à lei aplicável ao contrato, tendo compreendido o teor e alcance das informações prestadas.

Mais declaro que me foram entregues as Condições Gerais e Especiais aplicáveis ao contrato, nas quais se inclui, em letras destacadas, toda a informação pré contratual anteriormente prestada.

DECLARAÇÃO DE PLURALIDADE DE SEGUROS

Sou tomador de seguro ou segurado de outros contratos de seguro, relativos ao risco ora proposto. SIM NÃO

Em caso afirmativo quais:

Declaro que tomei conhecimento que quando o risco ora proposto, relativo ao mesmo interesse e por idêntico período esteja ou venha a estar seguro em vários seguradores, o tomador ou o segurado deve informar dessa circunstância a todos os seguradores logo que tome conhecimento da sua verificação bem como aquando da participação do sinistro. A omissão fraudulenta das referidas informações desobriga os seguradores das respectivas prestações.

DECLARAÇÃO INICIAL DO RISCO

Declaro que tomei conhecimento que estou obrigado a responder com exactidão e veracidade a todas as questões colocadas nesta proposta e a declarar todas as circunstâncias ou factos que conheça e que sejam significativos para a avaliação do risco proposto, mesmo que não tenham sido solicitados expressamente no questionário, devendo-o fazer no campo assinalado para o efeito ou em declaração anexa à presente proposta.

Declaro ter sido esclarecido que em caso de incumprimento doloso do dever de declarar o risco com exactidão e veracidade, o contrato de seguro é anulável pelo segurador mediante o envio de uma declaração no prazo de três meses a contar do conhecimento do incumprimento, ficando o segurador desobrigado de cobrir qualquer sinistro que ocorra antes de ter tido conhecimento do incumprimento em causa ou no decurso do referido prazo e mantendo o direito a fazer seu o prémio recebido, até ao termo do prazo de três meses ou até ao termo do contrato se o tomador ou o segurado tiverem agido com o propósito de obter uma vantagem.

Fui ainda esclarecido que em caso de incumprimento negligente do dever de declaração do risco, o Segurador pode, no prazo de três meses a contar do conhecimento: propor uma alteração ao contrato, que cessará os seus efeitos se o tomador nada disser ou se rejeitar a proposta de alteração ou fazer cessar o contrato, demonstrando que, em caso algum, celebraria o contrato para a cobertura de riscos relacionados com o facto omitido ou declarado inexactamente, havendo lugar a devolução do prémio pelo tempo contratual não decorrido. Ocorrendo um sinistro antes da cessação ou da alteração do contrato influenciado pelo facto omitido ou inexacto, o segurador só cobre o sinistro na proporção da diferença entre o prémio pago e o prémio que seria devido ou não cobre o sinistro, demonstrando que, em caso algum, teria celebrado o contrato se tivesse conhecimento do facto omitido ou declarado inexactamente, ficando apenas vinculado à devolução do prémio.

AUTORIZAÇÃO PARA OBTENÇÃO DE INFORMAÇÕES CLÍNICAS

Declaro o meu consentimento incondicional para que a Chartis Europe, S.A ou seus representantes devidamente credenciados, mantendo a confidencialidade exigível, recolham qualquer tipo de informação que entendam necessária para o enquadramento do sinistro no âmbito das Condições Gerais e Especiais da Apólice contratada.

Com a assinatura do presente documento a Pessoa Segura autoriza qualquer Clínico e/ou Estabelecimento Hospitalar a prestar quaisquer informações clínicas confidenciais relacionadas com a sua situação física ou mental, à Chartis Europe, S.A ou seus representantes.

AGRAVAMENTO DO RISCO

Declaro que tomei conhecimento que no decurso do contrato estou obrigado a comunicar ao segurador, no prazo de 14 dias a contar do conhecimento do facto, todas as circunstâncias que agravem o risco e que se o Segurador, os tivesse conhecido aquando da celebração do contrato, teriam influenciado a decisão de contratar ou as condições do contrato, estando o regime contratual do agravamento do risco expressamente previsto nas Condições Gerais aplicáveis ao contrato.

DECLARAÇÃO DOS PRÉMIOS DE SEGURO

A falta de pagamento de prémio ou fracção, de acerto, de parte de prémio de montante variável ou de prémio adicional fundado num agravamento superveniente do risco, na data indicada no aviso ou no documento contratual referido no número anterior, determina a não renovação ou a resolução automática e imediata do contrato na data em que o pagamento seja devido não produzindo quaisquer efeitos e não assumindo o Segurador nenhuma responsabilidade em caso de ocorrência de sinistro.

O pagamento do prémio ou fracção será efectuado através do cartão Unibanco, a cobertura dos riscos fica subordinada à boa cobrança ou à não anulação posterior do débito por ordem do tomador.

O Tomador do Seguro ao assinar esta proposta garante a exactidão das declarações, nada tendo omitido que possa induzir em erro a Chartis, S.A. na apreciação do risco cujo seguro propõe, ainda que esta tenha sido preenchida por terceiros e por si apenas assinada. Mais declara que lhe foram dadas a conhecer as Condições Contratuais que regulam este Seguro.

DECLARO TER TOMADO CONHECIMENTO PLENO DOS TERMOS E CONDIÇÕES DO CONTRATO, ASSIM COMO TER RESPONDIDO COM EXACTIDÃO A TODAS AS QUESTÕES, NADA TENDO OCULTADO QUE POSSA INDUZIR EM ERRO A SEGURADORA NA APRECIÇÃO DO RISCO PROPOSTO.

Assinatura: _____ Local e Data _____ de _____ de _____

“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., concede 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); autorizado a exercer actividade nos Ramos de Seguro Vida e Não Vida. Mais informações em www.villasboas.pt / Telef.: (+351) 213 425 440 / Fax.: (+351) 213 461 114 / Email: info@unibancoseguros.net”