

## 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:

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

Os prémios dedutíveis fiscalmente, variam consoante o plano escolhido e o respectivo grupo etário. O seguro é válido até aos 65 anos.

### ESCOLHA O PLANO MAIS ADEQUADO À 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€ (120.000\$00) a 1.500 € (300.000\$00) 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 € (4.000 contos), e as despesas médicas de 2.000 € (400 ct) a 5.000 € (1.000 ct), correspondendo ao Plano escolhido.

Após confirmação da adesão pela seguradora, o seguro entra em acção:

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

Ser-lhe-á enviada a apólice individual respectiva, com todas as condições e garantias, pela companhia de seguros AIG-EUROPE.

Os prémios 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 perigosidade especial, nomeadamente desportos de inverno, motorizados e artes marciais.

### QUADRO OPCIONAL DOS PLANOS:

QUADRO GARANTIAS	PLANO 1	PLANO 2	PLANO 3	PLANO 4
<b>A)</b> Subsídio mensal por incapacidade temporária: - Por acidente, desde o 4º dia - Por doença, desde o 30º dia Sub. doença só confirmado após cons. Méd. pago no máx. 12 meses	€ 600	€ 900	€ 1.200	€ 1.500
<b>B)</b> Subsídio mensal por hospitalização - Por acidente ou doença, desde o 4º dia Este subsídio é cumulativo com o anterior	€ 600	€ 900	€ 1.200	€ 1.500
<b>C)</b> Morte ou Invalidez Permanente por acidente Aos capitais indicados serão deduzidos os subsídios anteriores	€ 20.000	€ 30.000	€ 40.000	€ 50.000
<b>D)</b> 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	€ 48.28	€ 72.72	€ 97.15	€ 121.59
40-49 anos	€ 67.83	€ 102.08	€ 136.26	€ 170.47
50-59 anos	€ 97.15	€ 141.76	€ 194.92	€ 243.80
60-64 anos	€ 136.26	€ 204.70	€ 273.13	€ 341.57

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 clínica 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 AIG EUROPE 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 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**

*Um seguro garantido pela AIG EUROPE*

<b>PESSOA SEGURA</b>	<b>DATA DE NASCIMENTO</b>	<b>Nº CONTRIBUINTE</b>
<b>MORADA</b>	<b>PROFISSÃO</b>	<b>TELEFONE</b>
<b>CODIGO POSTAL</b>	<b>LOCALIDADE</b>	<b>LOCAL DE TRABALHO</b>
<b>TITULAR (SE DIFERENTE DA PESSOA SEGURA)</b>	<b>TELEFONE TRABALHO</b>	
	<b>INDIQUE OPÇÃO DO PLANO</b>	

1  2  3  4

Desejo subscrever o **SEGURO DE RETRIBUIÇÃO PROFISSIONAL**

Cartão Unibanco nº:

Código Segurança-CVV    Válido até:

Data:       e autorizo o débito trimestral no cartão Unibanco.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

**QUESTIONÁRIO MÉDICO**

<b>QUESTIONÁRIO MÉDICO A PREENCHER PELA PESSOA SEGURA (CONFIDENCIAL)</b>	<b>NÃO</b>	<b>SIM</b>	<b>Por favor se respondeu afirmativamente dê detalhes abaixo</b>
Sofreu ou sofre de tensão alta. Doenças cardíacas. Febre reumatisal. Diabetes. Cancro. Doenças dos Pulmões. Distúrbios nervosos. Pertubações de órgãos abdominais ou outra?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Já se submeteu a alguma intervenção cirurgica ou sofre de algum defeito congénito, deformação física, defeito grave do ouvido ou da vista?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**INDIQUE OS BENEFICIÁRIOS EM CASO DE MORTE:**

Cónjuge ou na falta os filhos do matrimónio, então existentes em partes iguais

NOME DO CÓNJUGE \_\_\_\_\_

FILHOS \_\_\_\_\_

OUTROS \_\_\_\_\_

B.I.Nº \_\_\_\_\_

B.I.Nº \_\_\_\_\_

DECLARO TER RESPONDIDO COM EXACTIDÃO A TODAS AS QUESTÕES. NADA TENDO OCULTADO QUE POSSA INDUZIR EM ERRO A SEGURADORA NA APRECIÇÃO DO RISCO PROPSTO.

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

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).

