

## 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 do 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	€ 48.74	€ 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	€ 275.71	€ 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 clinica 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 domicilio sob tratamento médico.

**INVALIDEZ PERMANENTE:** É a incapacidade que, após completa consolidação, tenha caracter 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*

**PESSOA SEGURA**

**DATA DE NASCIMENTO**

**Nº CONTRIBUINTE**

**MORADA**

**PROFISSÃO**

**TELEFONE**

**CODIGO POSTAL**

**LOCALIDADE**

**LOCAL DE TRABALHO**

**TELEFONE TRABALHO**

**TITULAR (SE DIFERENTE DA PESSOA SEGURA)**

**INDIQUE OPÇÃO DO PLANO**

1  2  3  4

*Desejo subscrever o SEGURO DE RETRIBUIÇÃO PROFISSIONAL e autorizo o débito trimestral no cartão Unibanco.*

Nº

Vál. até

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

Assinatura \_\_\_\_\_

QUESTIONARIO MEDICO A PREENCHER PELA PESSOA SEGURA (CONFIDENCIAL)	NÃO	SIM	Por favor se respondeu afirmativamente dê detalhes abaixo
Sofreu ou sofre de tensão alta. Doenças cardíacas. Febre reumática. Diabetes. Cancro. Doenças dos Pulmões. Distúrbios nervosos. Perturbações 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:**

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

**CÔNJUGE**

**B.I.Nº**

**Morada**

**telefone**

**FILHO**

**B.I.Nº**

**Morada**

**Telefone**

**OUTROS**

**B.I.Nº**

**Morada**

**Telefone**

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

**DATA**

**ASSINATURA**

