

PLANO DE SAÚDE... MAIS VALE JOGAR PELO SEGURO

Um **Plano de Saúde** que lhe oferece todas as garantias, a si e à sua família- uma vida segura.

SEGURO DE SAÚDE

Lidar com os problemas correntes de saúde já exige algum esforço ao orçamento familiar. Agora, em situações difíceis e imprevistas que, de um momento para o outro, desequilibram o seu orçamento familiar, pode e deve ficar protegido pelo Seguro de Saúde Unibanco. Este seguro garante-lhe o reembolso de determinadas despesas que efectuar no tratamento de lesões corporais resultantes de acidente ou doença.

QUEM PODE ADERIR?

Pode aderir o titular, o cônjuge e os filhos dependentes até aos 24 anos. A adesão terá de ser efectuada até aos 55 anos. As garantias do contrato não cessarão por limite de idade, à excepção dos filhos, as quais cessam no final da anuidade em que perfazem os 24 anos.

PLANO SAÚDE UNIBANCO		Quadro Garantias	
Julho 2011 / Julho 2012			
Seguro Saúde Unibanco	Compart.	Capital/ano	Franquia
Assist. Médica Hospitalar * Internamento Hospitalar * Elementos Auxiliares Diagnóstico * Tratamentos * Intervenção Cirúrgica	90 %	22.500 €	500 € /ano
Assist. Médica Ambulatória * Honorários Médicos de Consulta * Elementos Auxiliares Diagnóstico * Assist. Hosp. Regime Externo * Tratamentos	70%	2.250 €	17,00 €/ acto
Medicamentos	60%	360 €	5,5 € / receita
Estomatologia * Honorários Médicos Consulta * Tratamentos e Próteses Estomatológicas	70%	510 €	70,00 € /anual
Próteses e Ortóteses *Ortóteses Oculares (sub-limite)	70%	1120 € 180 €	
Partos	90%	1700 €	
Seguro Acidentes Pessoais		50.000 €	
S. Responsabilidade Civil Familiar		50.000 €	25 €/ sinistro
		PRÉMIOS TRIMESTRAIS	
TITULAR		202,16 €	
CÔNJUGE		202,16 €	
FILHO MAIOR		202,16 €	
FILHO MENOR		105,32 €	

Notas:

- As garantias e respectivos prémios são válidos até à data de vencimento do contrato, (em 1 de Julho de cada ano) reservando-se a GROUPAMA o direito de renegociação do mesmo.
- 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.
- As importâncias a pagar são debitadas trimestralmente na conta 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 Unicare.
- Os dados recolhidos são processados automaticamente e destinam-se exclusivamente a envios correspondentes ao seu pedido, respectivo apoio administrativo, e estatísticas. Para a formalização do contrato, estes dados serão também fornecidos à respectiva Companhia de Seguros.
- 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 a este serviço, para esse efeito.

O SEGURO DE SAÚDE ENTRA EM ACÇÃO...

...imediatamente à data de adesão, em caso de acidente; ...60 dias após a adesão, em caso de doença;
 ...300 dias após a adesão, em caso de gravidez;
 ...365 dias após a adesão, para casos específicos mencionados nas condições gerais da apólice.

MAS ATENÇÃO!

Para além das situações normalmente excluídas no âmbito dos seguros de saúde, conforme o mencionado nas condições gerais da apólice, estão também excluídas todas as doenças pré-existentes, ou seja, todas aquelas que tenham dado origem a qualquer tratamento médico em data anterior à data de adesão ou durante o período de carência.

Trate da sua saúde, nós tratamos de o reembolsar!

SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS

Em qualquer momento, em todo o mundo garante-lhe um capital em caso de acidente para a cobertura dos riscos de Morte ou Invalidez Permanente superior a 20%, não cumuláveis. Para os menores, só inclui a cobertura de Invalidez Permanente. Considera-se acidente o acontecimento fortuito, súbito e anormal, devido a causa exterior e estranha à vontade da pessoa segura e que nesta origine lesões corporais.

SEGURO RESPONSABILIDADE CIVIL FAMILIAR

Deixe os imprevistos por nossa conta... Protege o titular e as pessoas por quem seja civilmente responsável, das indemnizações decorrentes de lesões corporais e/ou materiais causadas a terceiros: na vida privada, excepto actividade profissional; no exercício do poder paternal, incluindo danos causados por filhos menores; pelo pessoal doméstico ao seu serviço; como possuidor e dono de animais domésticos.

unibanco seguros PROPOSTA DE ADESÃO PLANO DE SAÚDE

Titular: _____

Data de Nascimento _____

Morada: _____

Telefone: _____ Código Postal: _____ Localidade: _____

Cônjuge: _____ NIF _____ Data Nascimento _____

1ºFilho: _____ NIF _____ Data Nascimento _____

2ºFilho: _____ NIF _____ Data Nascimento _____

3ºFilho: _____ NIF _____ Data Nascimento _____

Pretendo subscrever o Plano de Saúde Unibanco, a debitar no meu cartão Unibanco

Cartão Unibanco nº:

Válido até: Data: NIF: _____

NIB (Para reembolso de despesas médicas)

Assinatura: _____

PLANO DE SAÚDE / QUESTIONÁRIO MÉDICO

RESPONDA S.F.F	Titular Sim Não	Cônjuge Sim Não	Filho 1 Sim Não	Filho 2 Sim Não	Filho 3 Sim Não	ESPECIFIQUE
1. Interrompeu as suas actividades normais mais de 3 semanas, nos últimos 36 meses, devido a doença ou acidente?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
2. Sofreu ou sofre de qualquer doença crónica ou é portador de deficiência física, congénita ou adquirida?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
3. Consultou algum médico no último ano? Qual a especialidade?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
4. Sofre ou sofre de lesão cardíaca, tensão arterial alta, diabetes?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
5. Toma algum medicamento regularmente? Qual?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
6. Foi, ou prevê que possa vir a ser sujeito a alguma intervenção cirúrgica?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

O signatário atesta e declara que não tem conhecimento de qualquer alteração do estado de saúde das pessoas indicadas neste boletim, devido a doença, acidente ou outro facto similar. Igualmente autoriza o débito do custo das garantias na respectiva conta unibanco.

Data _____ Assinatura _____

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:

- 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;
- 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;
- 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

“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”