



SAÚDE[®] PRIME

Saúde para todos

NOVA ADESÃO

ALTERAÇÃO (Preencha o nº de Contrato e os dados a alterar)

PROPOSTA DE ADESÃO
SEGURO ORAL

Preencher e enviar por:

• Correio para: Av. Marechal Craveiro Lopes nº6. 1700-284 Lisboa
• E-mail: comercial@saudeprime.pt

CÓDIGO

DATA DE INÍCIO

Nº APÓLICE

1 - IDENTIFICAÇÃO DO TOMADOR

Nome: _____ Sexo: F M
Morada: _____
Localidade: _____ Código Postal: _____
Telefone: _____ Telemóvel: _____ Email: _____
Contribuinte nº: _____ BI nº: _____ Data Nasc: ____/____/____

2 - IDENTIFICAÇÃO DAS PESSOAS SEGURAS

Nome: _____ Data Nasc: ____/____/____ NIF: _____
Telemóvel: _____ Email: _____
Nome: _____ Data Nasc: ____/____/____ NIF: _____
Telemóvel: _____ Email: _____
Nome: _____ Data Nasc: ____/____/____ NIF: _____
Telemóvel: _____ Email: _____
Nome: _____ Data Nasc: ____/____/____ NIF: _____
Telemóvel: _____ Email: _____
Nome: _____ Data Nasc: ____/____/____ NIF: _____
Telemóvel: _____ Email: _____

3 - OPÇÃO

Valor do Pémio	
Nº de Pessoas	Mensal
1	8,00
2	7,00
3	6,00
4 ou +	5,00

Modo de Pagamento:

Anual Trimestral
Semestral Mensal (1)

Nº Total de pessoas: _____ Valor Total (2): _____ €

(1) O 1º pagamento corresponde à periodicidade escolhida.

(2) Oferta do Seguro Oral para Crianças até 14 anos de idade (inclusivé), após adesão de um dos pais, até um máximo de duas crianças por apólice. Consideram-se como nº de pessoas para efeito de desconto de agregado familiar, apenas as pessoas pagantes.

4 - FORMA DE PAGAMENTO

Pago o valor anual/ semestral/ trimestral/ mensal (riscar o que não interessa) de _____ Euros através do Sistema de Débitos Directos, pelo que preencho a Autorização de Pagamento. A minha autorização renovar-se-á automaticamente, salvo instruções minhas em contrário.
 Pagamento por Referência Multibanco (para os modos de pagamento: trimestral/semestral/anual).
 Pago o valor anual através do Cartão de Crédito indicado a seguir. A minha adesão renovar-se-á automaticamente, salvo instruções minhas em contrário.
Nº: _____ Validade: ____/____ C.V.V (Card Value Verification): _____
(últimos 3 dígitos no verso do cartão) _____

Autorização de Débito Directo SEPA

Ao subscrever esta autorização, está a autorizar a Saúde Prime (1) a enviar instruções ao seu Banco para debitar a sua conta e o seu Banco a debitar a sua conta, de acordo com as instruções da Saúde Prime (1). Os seus direitos incluem a possibilidade de exigir do seu Banco o reembolso do montante debitado, nos termos e condições acordados com o seu Banco. O reembolso deve ser solicitado até um prazo de oito semanas, a contar da data do débito na sua conta. Preencha por favor todos os campos assinalados com *. O preenchimento dos campos assinalados com ** é da responsabilidade do Credor.

Identificação do Devedor

Nome do Devedor* _____
Morada* _____
Código Postal* _____ - _____ País* _____
Número de Conta – IBAN* _____ BIC SWIFT* _____

Identificação do Credor

Nome do Credor** S A Ú D E P R I M E Código de Identificação do Credor** P T 7 7 Z Z Z 1 0 8 9 3 1
Morada** A V . M A R E C H A L C R A V E I R O L O P E S Nº 6
Cód. Postal** 1 7 0 0 - 2 8 4 L I S B O A País** P O R T U G A L Tipo de Pagamento: Recorrente Pontual
Local da Assinatura _____ Data* ____ - ____ - ____

Assinatura : _____

Os seus direitos, referentes à autorização acima referida, são explicados em declaração que pode obter no seu Banco. A Autorização de Débito em Conta constante desta proposta está de acordo com a legislação em vigor.

Data: ____/____/____ Assinatura: _____



CÓDIGO

DATA DE INÍCIO

Nº APÓLICE

1. PROTECÇÃO DE DADOS

De acordo com a legislação em vigor, os dados recolhidos, e aqueles que vierem a ser fornecidos em sede de regularização de sinistro, serão processados e armazenados informaticamente, sendo utilizados nas relações contratuais com a Saúde Prime e seus subcontratados, podendo ser comunicados a entidades terceiras para efeitos de colaboração na realização de estudos estatísticos, inquéritos de mercado e/ou viabilização da execução dos contratos.

Quaisquer omissões, inexatidões e falsidades, referentes ou relacionadas com a informação necessária para o tratamento de dados efetuado no âmbito da relação contratual, são da responsabilidade do titular dos dados.

1.1. Consentimento

Relativamente a outras finalidades de tratamento de dados pessoais, consinto na utilização dos meus dados pessoais para os seguintes efeitos:

	1º Titular dos Dados (tomador do seguro)	2º Titular dos Dados (pessoa segura)	3º Titular dos Dados (pessoa segura)	4º Titular dos Dados (pessoa segura)	5º Titular dos Dados (pessoa segura)
	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO
Autorizo a utilização dos meus dados para efeitos de comunicação, campanhas de marketing e futuras propostas comerciais, relacionados com produtos e serviços disponibilizados pela Saúde Prime, através de qualquer canal de comunicação.	<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"/>
Autorizo a partilha dos meus dados pessoais às empresas que pertencem ao grupo, para a gestão do meu contrato.	<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"/>
Autorizo o tratamento dos meus dados de saúde, em exclusivo com entidades obrigatoriamente necessárias para a gestão contratual e gestão de processos de sinistro.	<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"/>

1.2. Direitos e Dever de Informação

Adicionalmente ao consentimento solicitado acima, declaro(amos) ainda que fui(fomos) informado(s), que o(s) titular(es) dos dados tem(têm) direito de oposição ao tratamento dos seus dados nas situações de definição de perfis, comercialização direta e interesse legítimo do responsável pelo tratamento.

Para além do direito de oposição, reconheço(emos) ainda que me(nos) assistem os direitos de acesso, retificação, apagamento, limitação do tratamento e portabilidade, nos termos definidos na Política de Privacidade disponível em www.saudeprime.pt, podendo exercê-los perante a Saúde Prime ou junto do Encarregado de Proteção de Dados (DPO) através dos contactos aí indicados.

1.3. Assinatura

O(os) titular(es) dos dados declara(m) ter tomado conhecimento das informações acima descritas, do(s) consentimento(s) que prestou(aram) e dos direitos que lhe(s) assiste(m) na proteção dos seus dados pessoais e sensíveis, subscrevendo-os mediante a sua assinatura.

Local e data

Assinatura do 1º Titular dos Dados

Assinatura do 2º Titular dos Dados

Assinatura do 3º Titular dos Dados

Assinatura do 4º Titular dos Dados

Assinatura do 5º Titular dos Dados

NOTA: No caso de se tratar de um menor de idade, a assinatura deverá ser do Tomador de Seguro (titular das responsabilidades parentais)

Seguro de Saúde

Documento de informação sobre produtos de seguros

Companhia: Advent Insurance PCC LTD – Unlimitedcare Cell

Registada na ASF (Portugal) com o código 4907

Produto: Seguro Oral

As informações pré-contratuais e contratuais relativas a este produto são fornecidas ao Cliente no momento da subscrição do contrato de seguro, ou no prazo legalmente previsto, em documento escrito ou em suporte electrónico duradouro.

Qual é o tipo de seguro?

É o Seguro de Saúde que garante um conjunto de coberturas no âmbito dos cuidados de saúde, que podem assumir o formato de acesso à rede Future Healthcare, prestações indemnizatórias ou o acesso a serviços de saúde/ assistência em consequência de doenças ou acidentes sofridos pela pessoa segura durante a vigência do contrato.



Que riscos são segurados?

- ✓ Subsídio Diário por Internamento Hospitalar – Capital €25 por dia e máximo de 90 dias por ano, com uma franquia de 7 dias por episódio
- ✓ Acesso à Rede de Estomatologia Preferencial, mediante pagamento dos preços convencionados e sem aplicação das exclusões gerais do contrato
- ✓ Acesso à Rede de Saúde e Bem-Estar, mediante pagamento dos preços convencionados e sem aplicação das exclusões gerais do contrato
- ✓ 2ª Opinião Médica



Que riscos não são segurados?

- ✗ Quaisquer patologias resultantes, directa ou indirectamente, da acção do vírus da imunodeficiência humana (HIV);
- ✗ Laqueação de trompas, vasectomia, colocação de DIU, ou outros tratamentos anticoncepcionais, bem como, as despesas efectuadas com o objectivo de reverter os efeitos de uma cirurgia de esterilização realizada voluntariamente;
- ✗ Doenças epidémicas (oficialmente declaradas);
- ✗ Acidentes de trabalho, doenças profissionais e lesões que devam ficar garantidas por seguro obrigatório;
- ✗ Perturbações do foro da saúde mental, (estados de depressão psíquica, neuroses ou psicoses, esquizofrenias e das psicoses afectivas);
- ✗ Quaisquer prestações decorrentes de assistência de psicologia, consultas ou tratamentos de psicanálise, hipnose e terapia do sono;
- ✗ Tratamentos e medicamentos experimentais ou de investigação e/ou integrados em ensaios clínicos;
- ✗ Tratamentos em termas, Spa, sanatórios, casas de repouso, lares para a terceira idade;
- ✗ Consultas e tratamentos que não sejam reconhecidos pela Ordem dos Médicos Portuguesa;
- ✗ Despesas realizadas com médicos que sejam cônjuges, pais, filhos, cunhados ou irmãos da pessoa segura;
- ✗ Serviço de enfermagem particular;
- ✗ Consultas, exames ou tratamentos da roncopatia e da síndrome de apneia obstrutiva do sono;
- ✗ Despesas com transportes de qualquer tipo, de e para os locais onde são prestados os cuidados médicos;
- ✗ Tratamentos refractivos à miopia, astigmatismo, presbiopia e hipermetropia (cirúrgicos ou a laser);
- ✗ Despesas que sejam abrangidas por protocolos, sistemas ou subsistemas de saúde ou outras formas de participação a que a pessoa segura tenha direito ou que beneficie, excepto na parte remanescente e não participada pelos mesmos;
- ✗ Despesas resultantes de ginástica, hidroginástica e outros desportos em piscina ou massagem;
- ✗ Outros serviços que não sejam clinicamente necessários;
- ✗ Outras exclusões indicadas nas Condições Gerais e Especiais do produto Saúde Prime.



Que riscos não são segurados?

Principais exclusões para a cobertura de Subsídio Diário por Internamento Hospitalar:

- ✗ Doença, lesão, acidente ou gravidez manifestada ou pré-existente à data da subscrição do seguro;
- ✗ Cirurgias destinadas à correcção de anomalias físicas ou funcionais, doenças ou malformações congénitas;
- ✗ Cirurgia, consultas, exames e tratamentos de carácter estético ou plástico e reconstrutivo;
- ✗ Tratamento de varicosidades;
- ✗ Interrupção voluntária da gravidez;
- ✗ Doença ou acidente que tenha sido intencionalmente provocado pela pessoa segura;
- ✗ Qualquer tratamento e/ou intervenção cirúrgica realizada com a intenção de melhorar a aparência pessoal e/ou remover tecido corporal são;
- ✗ Consultas, exames ou tratamentos de regulação de peso e rejuvenescimento e consultas e exames com nutricionistas;
- ✗ Consultas, elementos auxiliares de diagnóstico, receituário e tratamentos efectuados no âmbito da fertilidade, insuficiência sexual ou qualquer método de fecundação artificial;
- ✗ Consultas, exames ou tratamentos de disfunção sexual;
- ✗ Hemodiálise;
- ✗ Transplantes de órgãos;
- ✗ Alcoolismo e tratamentos de toxicodependência;
- ✗ Acidentes ocorridos na prática de qualquer tipo de desporto amador ou profissional;



Há alguma restrição da cobertura?

- ! No caso de declarações inexactas, prestadas intencionalmente, o contrato será anulável e o Segurador não está obrigado a cobrir os sinistros ocorridos;
- ! Nos casos e declarações inexactas prestadas de forma negligente, o Segurador poderá propor uma alteração ao contrato ou fazê-lo cessar. Os sinistros ocorridos antes da cessação ou da alteração do contrato poderão ser apenas parcialmente cobertos;
- ! A cobertura Subsídio Diário por Internamento Hospitalar só pode ser accionada após período de carência de 90 dias e tem uma franquia de 7 dias por episódio;
- ! Não haverá lugar a período de carência em caso de acidente que requeira tratamento de urgência em hospital.



Onde estou coberto?

O Contrato é limitado à Rede de Prestadores disponibilizada pelo Segurador.

Relativamente à Cobertura de Subsídio Diário por Internamento Hospitalar, consideram-se como válidas as hospitalizações efectuadas em todo o mundo, desde que as causas sejam elegíveis pelo Segurador.



Quais são as minhas obrigações?

- Declarar com exactidão todas as circunstâncias que conheça relevantes para a apreciação do risco;
- Pagar os prémios;
- Suportar os valores das franquias;
- Participar os sinistros atempadamente;
- Informar o Segurador sobre as circunstâncias e consequências da doença ou acidente;
- Evitar ou limitar as consequências dos sinistros;
- Cumprir as prescrições médicas;
- Sujeitar-se a exames médicos que tenham sido solicitados por médicos;
- Autorizar os médicos ou hospitais a que tenha recorrido a facultar ao Segurador os relatórios clínicos e/ou quaisquer outros documentos que este tenha por conveniente para documentar o processo.



Quando e como devo pagar?

O prémio inicial deve ser pago na data de celebração do contrato. Os prémios das fracções seguintes devem ser pagos nas datas indicadas nos avisos remetidos pelo Segurador.



Quando começa e acaba a cobertura?

A cobertura dos riscos depende do prévio pagamento do prémio. O dia e hora do início da cobertura de riscos são indicados no contrato.

Salvo disposição em contrário nas Condições Particulares, o contrato considera-se celebrado pelo período de um ano, podendo ser renovado por períodos idênticos.

Caso exista uma idade limite indicada nas Condições Particulares, o contrato termina automaticamente no final da anuidade em que a pessoa segura atinja a idade limite.



Quando posso rescindir o contrato?

O contrato pode ser resolvido a todo o tempo havendo justa causa.

Também pode ser resolvido na data de vencimento, mediante comunicação prévia ao Segurador ou não liquidando os prémios continuados.