

SEGURO ONCOLOGIA

As doenças do foro oncológico são uma das perturbações da saúde que mais afectam a tranquilidade financeira de quantos desejam garantir para si e para os seus familiares um futuro com optimismo.

O Seguro de Oncologia que o Unibanco Seguros lhe propõe garante o reembolso das despesas que tiver efectuado com o tratamento em Portugal e no estrangeiro, mediante autorização prévia da seguradora, de doenças do foro Oncológico.

QUADRO DE GARANTIAS COMPARTICIPAÇÕES E LIMITES MÁXIMOS

Garantias	Comparticipação	Cap / Pessoa Segura
ASSISTÊNCIA HOSPITALAR:		
• Despesas Hospitalares	100%	26.000€ / ano
• Honorários médicos		
ASSISTÊNCIA AMBULATORIA:		
• Honorários médicos de consultas	80%	4.200€ / ano
• EAD e tratamentos		

Escalão Etário	Prémio Anual
Até aos 44 anos	92,00€
Dos 45 aos 54 anos	125,00€
Dos 55 aos 64 anos	157,50€
Dos 65 aos 79 anos	185,00€

Os valores dos prémios são actualizados automaticamente com a transição do escalão etário.

Vantagens

- Reembolso de despesas no prazo máximo de 15 dias;
- Livre escolha do médico e do hospital ou clínica;
- Ausência de franquias;
- Com a renovação anual do seguro os valores máximos dos capitais são repostos.

Condições de adesão

- Data limite de adesão 55 anos.

Exclusões

- Doenças pré-existent à data de início do contrato.



Início das garantias

- Em caso de doença a entrada em vigor está sujeita ao período de carência de 60 dias.

Cessação das garantias

- No final da anuidade em que perfaz 80 anos de idade;
- Na data em que deixar de ser titular do cartão emitido pela UNICRE.

Notas:

As garantias e os respectivos prémios são validos até à data de vencimento do contrato. A Generali reserva-se o direito de renegociação do contrato.

As importâncias a pagar são debitadas no cartão emitido pela UNICRE com a periodicidade acordada. A descrição 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, que podem ser consultadas em www.unibancoseguros.pt.

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 Unibanco Seguros, dirigindo-se a este serviço para o efeito.

Qualquer pedido de alteração ao seguro deverá ser solicitado por escrito, pelo titular, até 30 dias antes do seu vencimento, dirigidos ao Unibanco Seguros, Av. da Liberdade, 90, 1269-026 Lisboa.

A presente mensagem tem natureza publicitária e não dispensa a consulta da informação pré-contratual e contratual legalmente exigida. O Unibanco Seguros é um serviço disponibilizado pela UNICRE - Instituição Financeira de Crédito S.A., com sede na Av. António Augusto Aguiar, 122 - 1050-019 Lisboa; Mediador de Seguros nº 411346313/3, registado na Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões na categoria de Agente de Seguros (www.asf.com.pt); autorizado a exercer actividade nos Ramos Vida e Não Vida.

Mais informações em www.unibancoseguros.pt; telefone 21 350 15 00 (dias úteis das 9h às 19h).



Boletim de Adesão Saúde Grupo

Tomador de Seguro

N.º de Apólice

NOVO

ALTERAÇÃO

Pessoa Segura 1 (PS1)

N.º de Empregado

Nome _____

Morada _____ Localidade _____

Código Postal _____ E-mail _____ Fax _____

Telefones: Casa _____ Trabalho/Outro _____ Telemóvel _____

Sexo: M F Data Nascimento _____ Nacionalidade _____

Profissão _____ N.I. Fiscal _____ NIB _____

Data de inclusão no seguro _____ Data de admissão _____

Pessoa Segura 2 (PS2) - Cônjuge ou Equiparado

Nome _____

Nome a inscrever no Cartão _____

Sexo: M F Data Nascimento _____ N.I. Fiscal _____

Pessoa Segura 3 (PS3) - Descendente

Nome _____

Nome a inscrever no Cartão _____

Sexo: M F Data Nascimento _____ N.I. Fiscal _____

Pessoa Segura 4 (PS4) - Descendente

Nome _____

Nome a inscrever no Cartão _____

Sexo: M F Data Nascimento _____ N.I. Fiscal _____

Pessoa Segura 5 (PS5) - Descendente

Nome _____

Nome a inscrever no Cartão _____

Sexo: M F Data Nascimento _____ N.I. Fiscal _____

Questionário Médico

Tomador de Seguro

N.º de Apólice

Responda às perguntas efectuadas para cada Pessoa Segura, assinalando com uma a resposta correcta.
Se responder SIM em algumas situações preencha obrigatoriamente os quadros abaixo.

	PS1	PS2	PS3	PS4	PS5
1. Peso (kg)?					
2. Altura (m, cm)?					
3. a) Foi hospitalizado?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
b) Foi submetido a alguma intervenção cirúrgica?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

c) Se respondeu afirmativamente indique obrigatoriamente:

N.º de Pessoa Segura	Hospital/Clínica e Nome dos Médicos	Data (MM/AA) e Dias de Internamento

d) Qual o motivo do internamento e/ou cirurgia realizados?

N.º de Pessoa Segura	Descrição

e) Encontra-se totalmente restabelecido?

Sim Não Sim Não Sim Não Sim Não Sim Não

	PS1	PS2	PS3	PS4	PS5
4. Sofre ou sofreu de:					
a) APARELHO RESPIRATÓRIO (alergias, asma, bronquite, tuberculose, ou outras)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
b) APARELHO DIGESTIVO (gastrite, úlceras, hepatite B ou C, colite ou outras)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
c) APARELHO URINÁRIO (infecções, cálculos ou outras)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
d) APARELHO GENITAL FEMININO E MAMA (miomas, quistos, nódulos, displasia ou outras)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
e) APARELHO GENITAL MASCULINO (fimose, próstata ou outras)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
f) OSSOS E ARTICULAÇÕES (hérnia discal, reumatismo, gota, dor ciática ou outras)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
g) DOENÇAS ENDÓCRINAS, METABÓLICAS OU DO SANGUE (tíróide, bócio, obesidade, anemia ou outras)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
h) DIABETES, HIPERTENSÃO	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
i) DOENÇAS NEUROLÓGICAS OU MENTAIS (epilepsia, depressões ou outras)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
j) DOENÇAS DA PELE (sinais com alterações, eczema quistos ou outras)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
k) VARIZES (má circulação, derrames e flebites)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
l) HÉRNIAS, HEMORRÓIDAS OU FÍSTULAS	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
m) CORAÇÃO E APARELHO CIRCULATÓRIO (enfarte, angina de peito ou outras doenças do coração ou vasos sanguíneos)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
n) OLHOS (miopia superior a 4 dioptrias, estrabismo ou outras)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
o) OUVIDOS, NARIZ E GARGANTA (otites, sinusite, amigdalites frequentes, desvio do septo nasal ou outras)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
p) DOENÇAS DO FORO ONCOLÓGICO	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
q) DEFICIÊNCIA FÍSICA OU DOENÇA CONGÉNITA	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
r) OUTRAS DOENÇAS	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

s) Se respondeu afirmativamente indique obrigatoriamente:

N.º de Pessoa Segura	Diagnóstico MM/AA	Nome do Médico, Especialidade e Tratamento

5. Outras Circunstâncias Relevantes para Avaliação dos Riscos

Declaração - O Tomador de Seguro/Pessoa Segura declara aceitar as Condições Gerais, Especiais e Particulares, se as houver, da Apólice e garante a exactidão das declarações prestadas na presente Proposta, sob pena da nulidade do contrato.

Os dados recebidos destinam-se a serem processados e armazenados informaticamente e destinam-se à utilização nas relações contratuais com a Companhia.

As omissões, inexactidões e falsidades, quer no que respeita a dados de fornecimento obrigatório, que facultativo, são da responsabilidade do Tomador de Seguro/Pessoa Segura.

Os interessados podem ter acesso à informação que lhes diga directamente respeito, solicitando, por escrito, a sua correcção, aditamento ou eliminação mediante contacto directo ou por escrito, junto das dependências da Companhia.

O Tomador de Seguro/Pessoa Segura autoriza a Companhia a proceder à recolha de dados pessoais complementares junto de organismos públicos, empresas especializadas e outras unidades económicas, tendo em vista a confirmação ou complemento dos elementos recolhidos, necessários à gestão da relação contratual.

O Tomador de Seguro/Pessoa Segura autoriza a consulta dos dados pessoais disponibilizados, sob regime de absoluta confidencialidade, às Empresas do Grupo.

_____, _____ de _____ de 20____

Local e Data

(Assinatura do Proponente/Tomador de Seguro)

(Assinatura da PS1)



Devolver depois de preencher

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-cartão indicada para o efeito.

Autorizo os serviços clínicos da GENERALI - COMPANHIA DE SEGUROS, S.A. a pedir a qualquer médico, hospital ou clínica todos os dados necessários sobre o meu estado de saúde para o que os considera desobrigados do sigilo profissional.

Esta proposta tem de ser assinada pelo Contratante ou Segurado e pela Pessoa Segura, mesmo que tenha sido preenchida por terceiro, as declarações inexactas ou a omissão de factos tornam-na NULA E SEM QUALQUER EFEITO.

Aceito as condições do seguro proposto e tomei conhecimento das observações acima.

Data: dd/mm/aaaa

Assinatura:

Tomador de Seguro UNICRE, Instituição Financeira de Crédito S.A.



DADOS PESSOAIS E DECLARAÇÕES

Devolver depois de preencher

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:, dd/mm/aaaa

Assinatura da Pessoa Segura:,
(conforme BI / Cartão do Cidadão)