

PACK SAÚDE

O seguro que oferece todas as garantias para si e para a sua família terem uma vida segura. Lidar com os problemas de saúde exige algum esforço no orçamento familiar.

Para ajudar em situações difíceis e imprevistas que, de um momento para o outro, desequilibram o seu orçamento familiar, pode e deve ficar protegido com o 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 do Cartão Unibanco, o cônjuge e os filhos dependentes até aos 24 anos;
- A idade limite para a adesão é até aos 60 anos e as garantias do contrato são vitalícias para o titular e cônjuge. As garantias associadas aos filhos cessam no final da anuidade em que estes perfazem 24 anos de idade.

PACK SAÚDE UNIBANCO

Quadro garantias

Seguro Saúde Unibanco	Comparticipação	Capital / Ano	Franquia
ASSIST. MÉDICA HOSPITALAR <ul style="list-style-type: none">• Despesas hospitalares• Honorários médicos	85%	25.000€	500€ / ano
ASSIST. MÉDICA AMBULATÓRIA <ul style="list-style-type: none">• Honorários Médicos de Consulta• Elementos Auxiliares Diagnóstico• Tratamentos	70%	2.500€	30€ / acto
MEDICAMENTOS	360€	360€	5,5€ / receita
ESTOMATOLOGIA <ul style="list-style-type: none">• Tratamentos e EADs (RX)• Aparelhos e Próteses	70%	510€	75€ / ano
PRÓTESES E ORTÓTESES <ul style="list-style-type: none">• Ortóteses Oculares (sub-limite)	70%	1.250€ 180€	NA
PARTOS <ul style="list-style-type: none">• Despesas hospitalares• Honorários médicos	90%	2.000€	NA



Prémios	Trimestral
TÍTULAR DO CARTÃO	236,28€
CÔNJUGE	236,28€
FILHO COM MAIS DE 18 ANOS E ATÉ AOS 24 ANOS	236,28€
FILHO COM MENOS DE 18 ANOS	123,10€

Entrada em vigor

- Imediatamente após a data de adesão, em caso de acidente;
- 60 dias após a adesão, em caso de doença;
- 540 dias após a adesão, em caso de gravidez;
- 365 dias após a adesão, para os casos específicos mencionados nas condições gerais da apólice.

Cessaçãõ das garantias

As garantias cessam automaticamente, em relação a cada pessoa segura:

- Sem limite de idade para o Titular e Cônjuge e no caso dos filhos no final da anuidade (Julho a Julho) em que perfazem os 25 anos de idade;
- No momento em que deixe de fazer parte do agregado familiar ou de ser titular de um cartão emitido pela UNICRE.

Exclusões

Para além das situações normalmente excluídas no âmbito dos seguros de saúde, conforme 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.



Notas:

As garantias e os respectivos prémios são válidos 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 21 342 54 40 (dias úteis das 9h às 18h) e-mail info@unibancoseguros.pt.



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 Apreciação 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)