



Nº CONTRATO

DATA DE INÍCIO

CÓDIGO

1. IDENTIFICAÇÃO DO TOMADOR DO SEGURO

NOME SEXO F M

MORADA

CÓDIGO-POSTAL LOCALIDADE

TELEFONE/TELEMÓVEL E-MAIL

N.I.F. DATA DE NASCIMENTO

2. IDENTIFICAÇÃO DAS PESSOAS SEGURAS

NOME DATA DE NASC. N.I.F. SEXO F M

E-MAIL TLM. PARENTESCO: DESCENDENTE CÔNJUGE OUTROS

NOME DATA DE NASC. N.I.F. SEXO F M

E-MAIL TLM. PARENTESCO: DESCENDENTE CÔNJUGE OUTROS

NOME DATA DE NASC. N.I.F. SEXO F M

E-MAIL TLM. PARENTESCO: DESCENDENTE CÔNJUGE OUTROS

NOME DATA DE NASC. N.I.F. SEXO F M

E-MAIL TLM. PARENTESCO: DESCENDENTE CÔNJUGE OUTROS

3. OPÇÃO

Plano Saúde Prime Oral	
Nº Pessoas	Valor/Mês/Pessoa
1	9.17€
2	7.92€
3	6.83€
4 ou +	5.67€

Nº Pessoas Valor Total €

Modo de pagamento 1): Anual Trimestral

Semestral Mensal 2)

1) Existe a possibilidade do pagamento fracionado: mensal, trimestral, semestral ou anual. O pagamento semestral tem um desconto de 5%, o pagamento anual tem um desconto de 10%.

4. FORMA DE PAGAMENTO

- Pago por **Referência Multibanco** (para os modos de pagamento: trimestre/semestre/anual).
- Pago o valor anual/semestral/trimestral/mensal (riscar o que não interessa) de € através do **Sistema de Débitos Diretos**, pelo que preencho a Autorização de Débito Direto SEPA. A minha autorização renovar-se-á automaticamente, salvo intruções minhas em contrário.

AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO DIRETO SEPA (preenchimento interno)

IDENTIFICAÇÃO DO CREDOR

NOME DO CREDOR S A Ú D E P R I M E CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO CREDOR 1 0 5 9 4 6

MORADA A V . M A R E C H A L C R A V E I R O L O P E S N º 6

CÓDIGO-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

IDENTIFICAÇÃO DO DEVEDOR

NOME DO DEVEDOR*

Nº DE CONTA - IBAN* BIC SWIFT*

DATA *

Assinatura/carimbo* A assinatura deverá ser igual à do banco.

Os seus direitos referentes à autorização acima referida, são explicados em declaração que pode obter junto da sua instituição. A autorização de débito em conta constante desta proposta está de acordo com a legislação em vigor.

Ao subscrever esta autorização, está a autorizar a Saúde Prime (1) a enviar instruções ao seu banco para 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 *.

Preencher e enviar por:
CORREIO Av. Marechal Craveiro Lopes
6, 1700-284 Lisboa
EMAIL comercial@saudeprime.pt

5. DECLARAÇÕES

De acordo com as disposições legais em vigor, o seguro agora proposto apenas entra em vigor na data indicada nesta proposta como data início, se o prémio for pago de imediato ou no prazo que vier a ser indicado para o efeito.

Declaro, na qualidade de Tomador do Seguro que:

- Me foram prestados todos os esclarecimentos necessários para a celebração do contrato de seguro e que preenchi de forma exata e completa esta proposta e que estou autorizado pelas Pessoas Seguras, titulares dos dados, a facultar os seus dados ao Segurador.
- Tomei conhecimento das Condições Gerais e Particulares e do Documento de Informação sobre produtos de seguros.
- Autorizo que o Segurador faculte o acesso aos dados do contrato à Associação Portuguesa de Seguradores, bem como a Resseguradores ou entidades que enquadrem ou realizem, licitamente, ações de cooperação, de compilação de dados, de prevenção e combate à fraude ou estudos estatísticos ou técnico-atuariais.
- Mais declaro que aceito que o Segurador utilize os meus contatos (e-mail e morada indicados na presente Proposta) para cumprir e efetivar quaisquer comunicações no decurso do presente contrato, comprometendo-me a manter os mesmos atualizados, sob pena das comunicações ou notificações que venham a ser feitas para os contactos desatualizados serem consideradas válidas e eficazes.

Os dados recolhidos na presente proposta serão processados e armazenados informaticamente pelo Segurador, pela UNLIMITEDCARE - Serviços de Saúde e Assistência, S.A. e, por eventuais resseguradores, para a gestão do presente contrato.

Assinatura do Tomador do Seguro

Local e data

6. PROTEÇÃO 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 o Segurador, através da UNLIMITEDCARE - Serviços de Saúde e Assistência, S.A., detentora da marca registada 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.

7. CONSENTIMENTO

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

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.

Partilha de dados sensíveis com entidades terceiras no âmbito da gestão contratual e gestão de processos de sinistro*

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)	6º Titular dos dados (pessoa segura)
SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO
<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>

*Nos termos da legislação em vigor em matéria de proteção de dados, o consentimento é considerado nos seguros de saúde que impliquem o tratamento de dados sensíveis (tais como dados de saúde) atendendo ao seu âmbito, natureza e objeto, como elemento essencial para o tratamento desses dados, sem o qual não é possível formalizar o contrato. Caso este consentimento seja retirado pela Pessoa Segura, o contrato cessa automaticamente.

(1) A Saúde Prime é uma marca registada da sociedade UNLIMITEDCARE - Serviços de Saúde e Assistência, S.A. com sede na Av. Marechal Craveiro Lopes nº 6 - 1700-284 Lisboa, matriculada no Centro de Registo de Empresas e Fundos de Pensões (ASFE) com o nº 43382027 na qualidade de Agente de Seguros-Vida e Não Vida e que atua nesta qualidade, sem exclusividade, em Portugal e no estrangeiro, sob o regime de Livre Prestação de Serviços para o Ramo Não Vida com o código 4307 e com o nº de identificação fiscal 980 590 096. Esta informação pode ser verificável em www.asf.com.pt.

Preencher e enviar por:
CORREIO Av. Marechal Craveiro Lopes
6, 1700-284 Lisboa
EMAIL comercial@saudeprime.pt

8. DIREITOS E DEVER DE INFORMAÇÃO

Tomei (Tomámos) conhecimento que a UNLIMITEDCARE - Serviços de Saúde e Assistência, S.A., detentora da marca comercial Saúde Prime, na qualidade de Agente de Seguros e sob direção do Segurador, poderá transmitir os dados pessoais das Pessoas Seguras e do respetivo contrato a entidades do Grupo Económico em que se insere, para gestão da relação contratual, bem como a outras entidades subcontratadas, para assegurar os diversos serviços de assistência incluídos na apólice, sempre e quando tais entidades possuam medidas técnicas e organizativas adequadas ao cumprimento da legislação em vigor em matéria de dados pessoais.

Sempre que tal se verifique, o Segurador compromete-se a aplicar as medidas adequadas para salvaguardar os direitos e liberdades e legítimos interesses dos titulares dos dados, designadamente o direito de obter intervenção humana por parte de uma equipa do Segurador, manifestar o seu ponto de vista e contestar a decisão que lhe seja aplicada.

Adicionalmente ao consentimento solicitado acima, declaro (declaramos) 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 UNLIMITEDCARE - Serviços de Saúde e Assistência, S.A. ou junto do Encarregado de Proteção de Dados (EPD) através dos contactos aí indicados.

Autorizo (Autorizamos) a UNLIMITEDCARE - Serviços de Saúde e Assistência, S.A. e o Segurador a proceder à recolha de outros dados confirmativos ou complementares daqueles necessários à gestão do contrato, inclusive dados sensíveis, junto de organismos públicos, hospitais, médicos ou outras entidades, mesmo depois da morte, bem como a utilizar os dados recolhidos no âmbito de qualquer processo judicial que tenha por objeto o presente contrato de seguro.

9. ASSINATURA

O(s) 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) assistem 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 3º Titular dos dados

Assinatura do 5º Titular dos dados

Assinatura do 2º Titular dos dados

Assinatura do 4º Titular dos dados

Assinatura do 6º Titular dos dados

NOTA: No caso de se tratar de um menor de idade, a assinatura deverá ser do 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: Plano Saúde Prime 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 eletrónico 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, direta ou indiretamente, da ação do vírus da imunodeficiência humana (HIV);
- ✗ Laqueação de trompas, vasectomia, colocação de DIU, ou outros tratamentos anticoncecionais, bem como, as despesas efetuadas com o objetivo 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 afetivas);
- ✗ 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 refrativos 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, exceto na parte remanescente e não compartilhada 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 correção 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 efetuados 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 toxicod dependência;
- ✗ Acidentes ocorridos na prática de qualquer tipo de desporto amador ou profissional;



Há alguma restrição da cobertura?

- ! No caso de declarações inexatas, prestadas intencionalmente, o contrato será anulável e o Segurador não está obrigado a cobrir os sinistros ocorridos;
- ! Nos casos e declarações inexatas 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 acionada 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 efetuadas em todo o mundo, desde que as causas sejam elegíveis pelo Segurador.



Quais são as minhas obrigações?

- Declarar com exatidão 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 frações 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.