



SAÚDE[®] PRIME
Saúde para todos

☐ **SEGURO NOVO**

☐ **ALTERAÇÃO**

Preencha o n.º de apólice e os dados a alterar

☐ **TRANSFERÊNCIA**

Assinale, se transferência de pelo menos uma pessoa segura

PROPOSTA DE ADESÃO SEGURO DE SAÚDE

Preencher e enviar por:

CORREIO Av. Marechal Craveiro Lopes 6,
1700-284 Lisboa

EMAIL cotacaoempresas@saudeprime.pt

N.º APÓLICE

DATA DE INÍCIO

CÓDIGO

1. IDENTIFICAÇÃO DO TOMADOR DO SEGURO

NOME				SEXO	F	☐	M	☐
MORADA								
CÓDIGO-POSTAL			LOCALIDADE					
TELEFONE/TELEMÓVEL			EMAIL					
N.I.F.			DATA DE NASCIMENTO					

2. GRUPO SEGURO - N.º ADERENTES

N.º DE PESSOAS SEFURAS ADERENTES, CONFORME LISTAGEM EM ANEXO	
COLABORADORES	
CÔNJUGE	
DESCENDENTES	
PREÇO ANUAL POR ADERENTE	

3. OPÇÃO ESCOLHIDA

	COMPARTICIPAÇÃO		OPÇÃO 1		OPÇÃO 2		OPÇÃO 3		
	dentro da rede (a)	fora da rede	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐
HOSPITALIZAÇÃO (a)	100%	70%	15.000€	15.000€	25.000€	25.000€	50.000€	50.000€	50.000€
AMBULATÓRIO (b)	100%	50% (d)	—	1.000€	1.250€	1.250€	2.500€	2.500€	2.500€
ESTOMATOLOGIA	100%	50%	—	—	—	200€	—	250€	250€
PARTO	100%	70%	—	—	—	—	—	2.500€	2.500€
PRÓTESES E ORTÓTESES	—	80%	—	—	—	—	—	—	1.000€
ORTÓTESES OFTALMOLÓGICAS (c)	—	80%	—	—	—	—	—	—	250€

(a) Inclui sublimite de 1.000€ para pequena cirurgia em ambiente hospitalar (até 50K).

(b) Inclui sublimite de 500€ para Fisioterapia e Terapia da Fala.

(c) Sublimite da cobertura Próteses e Ortóteses, com 250€ para armações, lentes e lentes de contacto (bianual).

(d) Para atos médicos de Ambulatório realizados fora da Rede Médica Future Healthcare, a comparticipação é de 50%, sendo que no caso de consultas, o máximo é de 50€, com uma franquia de 45€ na primeira utilização de cada anuidade.

NOTAS

1. Para hospitalizações e Parto realizados fora da Rede Médica, a comparticipação é de 70%, sendo que no caso de consultas, o máximo é de 50€.

2. Para óculos e outras Próteses e Ortóteses a comparticipação é de 80% (fora da rede).

*Ao optar por esta opção, não será necessário o preenchimento do Questionário Médico/Entrevista Telefónica.

Utilização ilimitada em qualquer opção:

REDE MÉDICA	VÍDEO-CONSULTA
REDE MEDICINA DENTÁRIA	ASSISTÊNCIA AO DOMICÍLIO
REDE OFTALMOLOGIA	2ª OPINIÃO MÉDICA
REDE SAÚDE E BEM ESTAR	



4. MODO DE PAGAMENTO

ANUAL ☐ SEMESTRAL ☐ TRIMESTRAL ☐ MENSAL* ☐ *O pagamento mensal só poderá ser efetuado através do Sistema de Débito Direto (SDD).

5. FORMA DE PAGAMENTO

- ☐ Pagamento por Referência Multibanco (para os modos de pagamento: trimestral/semestral/anual).
- ☐ Pago o valor anual/semestral/trimestral/mensal (riscar o que não interessa) de € através do SDD, pelo que preencho a Autorização de Débito Directo SEPA. A minha autorização renovar-se-á automaticamente, salvo instruções minhas em contrário.

AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO DIRECTO 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 ° 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
		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 (I) a enviar instruções ao seu banco para debitar a sua conta, de acordo com as instruções da Saúde Prime (I).

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 *.

6. CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO SEGURO DE SAUDE

PERÍODOS DE CARÊNCIA

HOSPITALIZAÇÃO*	90 dias
AMBULATÓRIO*	90 dias
GRAVIDEZ E PARTO	365 dias
ESTOMATOLOGIA	180 dias
REDE MÉDICA	0 dias**
REDE DE ESTOMATOLOGIA	0 dias**
REDE DE SAÚDE E BEM ESTAR	0 dias**
REDE DE ENFERMAGEM	0 dias**
VÍDEO-CONSULTA	0 dias
ASSISTÊNCIA AO DOMICÍLIO	0 dias
2º OPINIÃO MÉDICA	0 dias

*Em relação a algumas situações específicas previstas nas Condições Gerais e Especiais da Apólice, o período de carência poderá ser alargado para 365 dias. O período de carência será de 180 dias para alguns exames, nomeadamente Ressonâncias Magnéticas.

**A valores reduzidos.

COPAGAMENTOS (a)

HOSPITALIZAÇÃO	10% (min. 250€ e máx. 500€)
PEQUENA CIRURGIA em ambiente hospitalar (até 50K)	150€
PARTO	10%
CONSULTAS DE CLÍNICA GERAL E ESPECIALIDADE	19€
CONSULTAS AO DOMICÍLIO	15€
CONSULTAS DE URGÊNCIA	45€
FISIOTERAPIA E TERAPIA DA FALA	25%
EXAMES DE DIAGNÓSTICO	
RAIO X	10€
ECOGRAFIAS	15€
TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTORIZADA	30€
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	70€
ANÁLISES CLÍNICAS (por análise)	25% (min. 2€)
ANATOMIA PATOLÓGICA (por análise)	25% (min. 7,5€)
OUTROS EXAMES DE DIAGNÓSTICO	25%
CONSULTAS, EXAMES E TRATAMENTOS DE ESTOMATOLOGIA	15€(por ato médico)
PRÓTESES ESTOMATOLÓGICAS	20%
ÓCULOS E OUTRAS PRÓTESES E ORTÓTESES	não aplicável

REEMBOLSOS

70%
70%
70%
50% Mâx. 50€ por consulta (b)
não aplicável
50% Mâx. 50€ por consulta (b)
50%
50%
50%
50%
50%
50%
50%
50%
50%
50%
50%
50%
50%
80%

(a) Os Copagamentos são válidos caso contrate a respetiva cobertura.

(b) Nas apólices de empresa/PME existe uma franquia de 45€ na 1ª utilização de cada anuidade, fora da Rede Médica Future Healthcare.



7. INFORMAÇÃO CONTRATUAL, AUTORIZAÇÕES E DECLARAÇÕES

7.1. PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

De acordo com a legislação em vigor, os dados agora recolhidos, assim como aqueles que vierem a ser fornecidos aquando da participação de um sinistro, serão processados e armazenados informaticamente, sendo utilizados nas relações contratuais com a Saúde Prime e seus subcontratados. As omissões, inexactidões e veracidade dos dados fornecidos são da responsabilidade do Tomador do Seguro. Os interessados podem ter acesso e alterar a informação que lhes diga diretamente respeito, que se encontra em base de dados, solicitando a sua alteração mediante contacto direto junto da Saúde Prime.

7.2. AUTORIZAÇÕES PARA MARKETING E PUBLICIDADE

O Tomador do Seguro autoriza a utilização dos seus dados pessoais disponibilizados para o envio de futuras campanhas de Marketing e Publicidade da Saúde Prime. Caso não autorize, deve assinar aqui ☐

O Tomador de Seguro autoriza a utilização dos seus dados pessoais disponibilizados para o envio de futuras campanhas de Marketing e Publicidade para empresas que colaborem com a Saúde Prime, bem como de outras empresas que integram a Saúde Prime, sob regime de absoluta confidencialidade. Caso não autorize deve assinar aqui ☐

7.3. DECLARAÇÕES

Tomei conhecimento das Condições Gerais e Condições Especiais disponibilizadas pela Saúde Prime. Respondo de forma exata e completa aos requisitos desta proposta e declarei com exatidão todas as circunstâncias que eu conheço e que são significativas para a apreciação do risco pela Saúde Prime sabendo que, em caso de incumprimento, fico sujeito as normas legais contratuais aplicáveis, de que tomei conhecimento. Tomei conhecimento e autorizo que a Saúde Prime poderá transmitir os dados de identificação das Pessoas Seguras e do respetivo contrato à entidade subcontratada para assegurar os diferentes serviços de assistência previstos no contrato. Autorizo a Saúde Prime a proceder à recolha de outros dados confirmativos ou complementares daqueles, necessários à gestão do contrato. Autorizo também a consulta destes dados, desde que para a finalidade compatível com a determinante da respetiva recolha, pelas empresas que integram o grupo, sob regime de absoluta confidencialidade.

7.4. ASSINATURA

O Tomador do Seguro declara ter tomado conhecimento do teor das Declarações e Autorizações, subscrevendo-as mediante a sua assinatura.

Local e data

Assinatura/carimbo do Tomador Seguro



PROTEÇÃO DE DADOS

De acordo com a legislação em vigor, os dados pessoais agora recolhidos, bem como aqueles que vierem a ser fornecidos em sede de regularização de sinistro, serão processados e armazenados informaticamente, sendo utilizados nas relações contratuais com a VICTORIA, através da UNLIMITEDCARE - Serviços de Saúde e Assistência, S.A., detentora da marca registada Saúde Prime, e seus subcontratados, podendo ser comunicados a outras empresas do Grupo SMA, VICTORIA, e com entidades terceiras para efeitos de colaboração na realização de estudos estatísticos, inquéritos de mercado e/ou viabilização da execução dos contratos.

Quaisquer omissões, inexactidões 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. 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)		6º Titular dos dados (pessoa segura)	
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.	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

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

*Informamos que para os seguros de Vida, Saúde e Acidentes Pessoais e outros seguros que impliquem o tratamento de dados sensíveis (nomeadamente de saúde), atendendo ao seu âmbito, natureza e objeto e à necessidade de cumprir as condições que o Regulamento Geral de Proteção de Dados determina, o consentimento representa a causa de licitude do tratamento deste tipo de dados, sem o qual não é possível formalizar a cobertura do risco proposto.

2. DIREITOS E DEVER DE INFORMAÇÃO

Tomei(amos) conhecimento e autorizo(amos) que a VICTORIA, através do seu Agente de Seguros UNLIMITEDCARE - SERVIÇOS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA, SA (detentora da marca comercial Saúde Prime), poderá transmitir os dados de identificação dos titulares dos dados e do respetivo contrato à(s) entidade(s) subcontratada(s) para assegurar os diferentes serviços de assistência previstos no contrato.

Autorizo(amos) a UNLIMITEDCARE - SERVIÇOS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA, SA a proceder à recolha de outros dados confirmativos ou complementares daqueles necessários à gestão do contrato, inclusive sobre o estado de saúde, 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. Autorizo(amos) também a consulta destes dados, desde que para a finalidade compatível com a determinante da respetiva recolha, pelas empresas que integram o Grupo VICTORIA, sob regime de absoluta confidencialidade.

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 assistem ao(s) titular(es) dos dados 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 mediante comunicação à UNLIMITEDCARE - SERVIÇOS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA, SA ou ao Encarregado de Proteção de Dados (EPD), através dos contactos aí indicados.

3. ASSINATURA

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

_____, ____/____/____
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: Victoria - Seguros, S.A.

Registada na ASF (Portugal) com o código 1160

Produto: Saúde Prime

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?

Este seguro garante, até ao limite dos capitais seguros nas modalidades de prestações convencionadas e indemnizatórias, o pagamento das despesas de saúde em consequência de doenças ou acidentes sofridos pela pessoa segura durante a vigência do contrato.



Que riscos são segurados?

De acordo com a opção contratada:

- ✓ Hospitalização: €15.000; €25.000 ou €50.000
- ✓ Ambulatório: €1.000; €1.250€ ou €2.500
- ✓ Estomatologia: €200 ou €250
- ✓ Próteses e Ortóteses: €1.000 (reembolso)
- ✓ Ortóteses Oculares: €250 (reembolso)
- ✓ Parto: €2.500
- ✓ Rede médica: Ilimitada
- ✓ Rede de Estomatologia: Ilimitada
- ✓ Rede de Saúde e Bem-estar: Ilimitada
- ✓ Segunda Opinião médica: Ilimitada
- ✓ Assistência médica ao domicílio



Que riscos não são segurados?

- ✗ 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;
- ✗ Acidentes ocorridos na prática de qualquer tipo de desporto amador ou profissional;
- ✗ 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 roncopia 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 comparticipação a que a pessoa segura tenha direito ou que beneficie, excepto na parte remanescente e não comparticipada 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:

- ✗ 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;
- ✗ Quaisquer patologias resultantes, directa ou indirectamente, da acção do vírus da imuno-deficiência humana (HIV);



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;
- ! Se tiver sido estabelecida uma franquia, uma parte das despesas fica a cargo do Tomador;
- ! Em caso de sinistro a importância da indemnização será abatida ao capital seguro, ficando este reduzido daquele valor desde a data do sinistro até ao vencimento anual do contrato;
- ! A entrada em vigor das garantias só se verificará depois de decorrido o período de carência:
 - 90 dias para as coberturas de Hospitalização e Ambulatório,
 - 180 dias para as coberturas de Estomatologia, Próteses e Ortopédicas assim como, para alguns exames incluídos na cobertura de Ambulatório, nomeadamente Ressonâncias Magnéticas ou PET Scan,
 - 365 dias para as despesas de acompanhamento de Gravidez, Parto e Interrupção Involuntária da Gravidez.O período de carência é alargado para 365 dias para algumas despesas, que estão disponíveis para consulta nas Condições Gerais do produto Saúde Prime, em www.saudeprime.pt.
Este período não se aplica no caso de acidente que requeira tratamento de urgência em hospital.



Onde estou coberto?

O Contrato é válido em Portugal, sendo também válido no estrangeiro nas seguintes condições:

- a) Em caso de acidente ou doença súbita, quando a pessoa segura se encontrar no estrangeiro por um período não superior a 60 dias;
- b) Por recomendação de médico da especialidade e com o acordo prévio do segurador.



Quais são as minhas obrigações?

Antes da celebração do contrato: Declarar com exactidão todas as circunstâncias que conheça e que razoavelmente deva ter por significativas para a apreciação do risco.

Durante a vigência do contrato:

- Pagar o prémio do seguro na data indicada para o efeito;
- Comunicar, por escrito, qualquer mudança de residência;
- Informar sobre circunstâncias e consequências da doença ou acidente ou cuidados de saúde em causa;
- Cumprir as prescrições do médico a que tenha recorrido;
- Sujeitar-se a exames, por médicos designados pelo Segurador, sempre que necessário;
- Autorizar os médicos, hospitais e outros quaisquer prestadores a que tenha recorrido, a facultar ao Segurador os relatórios clínicos e quaisquer outros elementos que se tenha como convenientes para documentar o processo;
- Participar o sinistro ao Segurador, dentro dos prazos estipulados nas Condições Gerais, tomando todas as providências necessárias para evitar o agravamento das consequências do mesmo.



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 denunciado por qualquer das partes com efeitos no termo da anuidade em curso, mediante aviso prévio enviado com a antecedência de 30 dias. O contrato pode também cessar por acordo, caducidade ou justa causa. Pode ainda ser resolvido, sem invocar justa causa, nos 30 dias imediatos à recepção da apólice.