



SAÚDE VICTORIA PLANOS ABERTOS

PROPOSTA DE SEGURO - PLANOS ABERTOS MODALIDADE REEMBOLSO COM CARTÃO DE DESCONTO



ÁREA RESERVADA

Apólice		Mediador	
Apólice			

1. TOMADOR DO SEGURO

Nome

2. PESSOA SEGURA 1

Nome

Morada

Localidade

Cód. Postal -

E-mail

Profissão

Data de Nascimento / / Sexo ☐ M ☐ F Nacionalidade

Estado Civil Tel./Tlm. N.I.F.

3. CONTRATO

Início / /

Pagamento de prémios: Desconto em conta bancária ☐ Mensal ☐ Anual

4. MANDATO DE DÉBITO DIRETO SEPA

Titular da Conta

Número de Conta — IBAN

Número de Conta Bancária Internacional I (International Bank Account Number)

BIC SWIFT

Código de Identificação Internacional I (Bank Identifier Code)

VICTORIA Seguros

Edifício VICTORIA — Av. da Liberdade, 200
1250-147 Lisboa

Ao subscrever esta autorização, está a autorizar a VICTORIA Seguros 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 VICTORIA Seguros.

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.

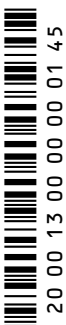
Autorizo ainda a VICTORIA Seguros a efetuar o pagamento de quaisquer valores que me sejam devidos ou às restantes Pessoas Seguras através da referida apólice.

☐ Por crédito na conta acima indicada ☐ IBAN

Data / /

(Assinatura igual à do Banco)

WEBDOC P SAUDEABERTOS 01.14



5. AGREGADO FAMILIAR - PESSOAS SEGURAS

Preencher apenas se o Agregado se incluir no seguro

Pessoa Segura 2

Nome

Profissão N.I.F.

Data de Nascimento / / Sexo ☐ M ☐ F Grau de Parentesco ☐ Cônjuge ☐ Descendente

Pessoa Segura 3

Nome

Profissão N.I.F.

Data de Nascimento / / Sexo ☐ M ☐ F Grau de Parentesco ☐ Descendente

Pessoa Segura 4

Nome

Profissão N.I.F.

Data de Nascimento / / Sexo ☐ M ☐ F Grau de Parentesco ☐ Descendente

6. GARANTIAS*

Selecione o Plano pretendido:

	☐ Plano I	☐ Plano II	☐ Plano III	☐ Plano IV	☐ Plano V
Hospitalização	€ 10.000	€ 10.000	€ 15.000	€ 20.000	€ 25.000
* Franquia por sinistro: 10% (min. €250 e máx. €500)					
* Comparticipação: 90%					
* Limite no valor "K" de € 7.50					
* Pequena cirurgia Franquia por Sinistro: € 150					
* Pequena cirurgia Limite de Reembolso € 1.000					
* Período de carência: 90 dias ⁽¹⁾					
Consultas, Tratamentos e Exames	-	€ 750	€ 1.500	€ 2.000	€ 2.500
* Franquia Anual para Consultas: €35					
* Reembolso máx. por consulta: € 50 ⁽²⁾					
* Comparticipação : 80%					
* Período de carência: 90 dias ⁽¹⁾					
Parto, Cesariana e IIG	-	-	-	€ 2.000	€ 2.500
* Franquia por sinistro:10%					
* Comparticipação: 90%					
* Limite no valor "K" de € 7.50					
* Período de carência: 365 dias					
Medicamentos	-	-	-	-	€ 100
* Franquia por receita: € 3,5					
* Comparticipação: 80%					
* Período de carência: 90 dias					
Segunda Opinião Médica Internacional	Ilimitado	Ilimitado	Ilimitado	Ilimitado	Ilimitado
* Por doenças graves					
Assistência 24 horas Portugal	Incluído	Incluído	Incluído	Incluído	Incluído
* Ambulâncias por urgência e Informação médica	Não incluído	Incluído	Incluído	Incluído	Incluído
* Consultas ao domicílio: co-pagamento € 30					
Assistência em Viagem no Estrangeiro	Incluído	Incluído	Incluído	Incluído	Incluído
* Despesas médicas: € 12.000					
* Repatriação, etc.					
Portabilidade no Estrangeiro	Incluído	Incluído	Incluído	Incluído	Incluído
Acesso à Rede Bem - Estar, sem comparticipação	Incluído	Incluído	Incluído	Incluído	Incluído

* Informação Resumo do Plano de Benefícios; não dispensa da leitura das Condições Gerais e Especiais do Plano.

(1) Para situações descritas na cláusula 8ª das Condições Gerais é aplicado um período de carência alargado de 365 dias.

(2) Valor obtido após dedução da franquia (quando aplicável) e a aplicação da % de comparticipação.

7. COMPLEMENTE O SEU SEGURO!

Coloque um "x" caso deseje subscrever o complemento "Higiene e Prevenção Oral" por mais 5 €/mês por Pessoa Segura ☐

Grátis para crianças até aos 8 anos de idade (inclusive), quando acompanhadas na apólice por um adulto.

Módulo de Higiene e Prevenção Oral

Cobertura:

19 atos médicos gratuitos e sem limites de utilização

Restantes atos médicos com desconto, sem reembolso.

8. OUTROS SEGUROS

Alguma das Pessoas seguras tem ou teve Seguro de Saúde?: ☐ Sim ☐ Não

Indique a Pessoa Segura: _____ Seguradora: _____

Já terminou? ☐ Sim ☐ Não

Quando: _____ / _____ / _____ Porquê? _____

Existem quaisquer débitos por falta de pagamento de Prémios ou frações de Prémios? ☐ Sim ☐ Não

9. INFORMAÇÃO CONTRATUAL, AUTORIZAÇÕES E DECLARAÇÕES**PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS**

De acordo com a legislação em vigor, os dados agora recolhidos, bem 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 VICTORIA Seguros e seus subcontratados. As omissões, inexatidões 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 VICTORIA Seguros.

AUTORIZAÇÕES PARA MARKETING E PUBLICIDADE

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

O Tomador do Seguro autoriza a utilização dos seus dados pessoais disponibilizados para envio de futuras campanhas de Marketing e Publicidade de empresas que colaborem em parceria com a VICTORIA Seguros, bem como de outras empresas que integram o Grupo VICTORIA, sob regime de absoluta confidencialidade.

Caso não autorize, deve assinalar aqui ☐

DECLARAÇÕES

Tomei conhecimento das Condições Gerais, Condições Especiais e Nota de Informação Prévia, que se encontram disponíveis no site da VICTORIA – Seguros em www.victoria-seguros.pt. Respondi 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 VICTORIA Seguros sabendo que, em caso de incumprimento, fico sujeito às normas legais contratuais aplicáveis, de que tomei conhecimento.

Tomei conhecimento e autorizo que a VICTORIA 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 VICTORIA a proceder à recolha de outros dados confirmativos ou complementares daqueles, necessários à gestão do contrato, inclusive sobre o meu estado de saúde, junto de organismos públicos, hospitais, médicos ou outras entidades, bem como a utilizar os dados recolhidos no âmbito de qualquer processo judicial que tenha por objeto o presente contrato de seguro. Autorizo 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.

ASSINATURA

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

Local e Data _____, _____ de _____ de _____

(Assinatura do Tomador do Seguro)

(Assinatura da Primeira Pessoa Segura)

VICTORIA Seguros de Saúde

1. DADOS DAS PESSOAS SEGURAS

Tomador de Seguro	Data de Nascimento
1ª Pessoa Segura	Data de Nascimento
2ª Pessoa Segura	Data de Nascimento
3ª Pessoa Segura	Data de Nascimento
4ª Pessoa Segura	Data de Nascimento

Solicitamos que responda a todas as questões, mesmo que alguma lhe possa parecer irrelevante.

2. INFORMAÇÃO BASE

	Pessoa 1	Pessoa 2	Pessoa 3	Pessoa 4
1. Peso (kg) e altura (cm)	Kg/ cm	Kg/ cm	Kg/ cm	Kg/ cm
2. Sexo	M F	M F	M F	M F
3. Tensão arterial (Mínima / Máxima):	Min/ Max	Min/ Max	Min/ Max	Min/ Max
4. Consome habitualmente tabaco?	Não Sim	Não Sim	Não Sim	Não Sim
Indique a quantidade de cigarros/dia				
Alguma das Pessoas Seguras está grávida?	Não Sim	Pessoa Segura Nº	semanas	

3. INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR

	Pessoa 1	Pessoa 2	Pessoa 3	Pessoa 4
	Não	Sim	Não	Sim
5. Sofre ou sofreu de: (Sublinhe a doença em causa)				
5.1. Miopia, astigmatismo ou hipermetropia				
Indique as dioptrias (olho esquerdo / olho direito)				
5.2. Outras doenças dos Olhos: Estrabismo, Cataratas, glaucoma, descolamento de retina, cegueira ou outras.				
5.3. Ouvidos, Nariz e Garganta: otites, sinusite, amigdalites frequentes, desvio do septo nasal, vertigens, pólipos, surdez, etc.				
5.4. Aparelho Respiratório: alergias, asma, apneia do sono, bronquite, enfisema, tuberculose, pneumotórax, etc.				
5.5. Coração e Aparelho Circulatório: hipertensão arterial, varizes, má circulação, derrame, flebites, AVC, doença cardíaca ou coronária, enfarte, angina de peito, arritmia ou outras				
5.6. Aparelho digestivo: Gastrite, úlceras, cálculos biliares (vesícula), refluxo, hérnias, (hiato, inguinal), pólipos intestinais, doença de Crohn, hemorroidas, fistulas, cirrose hepática, icterícia, pancreatite, insuficiência hepática, etc.				
5.7. Aparelho Urinário: infeções, insuficiência renal, cálculos renais ou outras				
5.8. Aparelho Genital Feminino e Mama: mama (nódulos, quistos), útero (miomas, pólipos), ovários (quistos, tumores), infertilidade ou outras				
5.9. Aparelho Genital Masculino: fimose, próstata, infertilidade ou outras				
5.10. Doenças Endócrinas, Metabólicas ou do Sangue: diabetes, tiróide, bócio, obesidade, anemia, leucemia, mieloma múltiplo, linfoma, mielodisplasia, hemofilia, púrpura ou outras				
5.11. Doenças Neurológicas ou Mentais: epilepsia, depressão, paralisia, traumatismo craniano, cefaleias, toxicod dependência ou outras				
5.12. Doenças da Pele: sinais com alterações, quistos (dermóide, sebáceo, sacro-coccígeo), eczema, psoríase, acne, etc.				
5.13. Ossos e Articulações: hérnia discal, reumatismo, dor ciática, lombalgias, artrose ou artrite, escoliose, cifose, espondilose, tendinite, gota, joanetes, osteoporose, rotura de ligamentos, fraturas, entorse ou outras				
5.14. Doenças Infeto-Contagiosas, Tropicais e sexualmente Transmissíveis: SIDA, hepatite B ou C, malária, sífilis, etc.				
5.15. Tumores/Neoplasias: benignos ou malignos				
5.16. Deficiência Física ou Doença Congénita				
5.17. Outras Doenças: (que não estejam descritas acima)				
6. Alguma vez recorreu ao serviço hospitalar:				
6.1. Para tratamento?				
6.2. Para intervenção cirúrgica?				
7. Toma ou tomou regularmente algum medicamento nos últimos 5 anos?				

3. INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR

8. Prevê que possa necessitar de outros tratamentos e/ou intervenção cirúrgica?
9. Realizou exames complementares de diagnóstico (prova de esforço, eletroencefalograma, ecografia, endoscopia, colonoscopia, TAC, ressonância magnética ou outros exames complexos)?
- Nota:** Ao responder a esta questão, não considerar exames realizados no âmbito de rotinas anuais (análises ao sangue, urina, eletrocardiograma simples, etc).
10. Nos últimos 2 anos consultou algum médico?
- Nota:** Ao responder a esta questão, não considerar consultas realizadas no âmbito de rotinas anuais. (Ginecológico, Clínica Geral, Pediatria).
11. Foi ou está a ser submetido(a) a algum tratamento (fisioterapia, quimioterapia, radioterapia ou outros)?
12. Alguma vez efetuou consultas, tratamentos ou desintoxicação por alcoolismo ou toxicodependência?
13. Interrompeu as suas atividades normais mais de 7 dias devido a doença ou acidente?
14. Tem dores ou queixas não esclarecidas?
15. Faltam dentes que não tenham sido substituídos?

Pessoa 1		Pessoa 2		Pessoa 3		Pessoa 4	
Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Nota: Para o VICTORIA Saúde Executive e Ibérica estão excluídos os atos médicos relacionados com próteses e implantes dentários, até à apresentação de uma ortopantomografia.

Se respondeu SIM a alguma das questões anteriores, indique obrigatoriamente:

Pergunta Nº	Pessoa Seguro Nº	Nome	Data de diagnóstico
Motivo/Diagnóstico			
Cirurgia	Não ☐ Sim ☐	Indique qual:	Data cirurgia
Tratamentos e/ou Exames realizados			
Resultado			
Em caso de internamento, indique o Hospital e nome do Médico e Especialidade			Nº de dias
Nome dos medicamentos que toma/motivo			
Estado actual/Sequelas			

Pergunta Nº	Pessoa Seguro Nº	Nome	Data de diagnóstico
Motivo/Diagnóstico			
Cirurgia	Não ☐ Sim ☐	Indique qual:	Data cirurgia
Tratamentos e/ou Exames realizados			
Resultado			
Em caso de internamento, indique o Hospital e nome do Médico e Especialidade			Nº de dias
Nome dos medicamentos que toma/motivo			
Estado actual/Sequelas			

Pergunta Nº	Pessoa Seguro Nº	Nome	Data de diagnóstico
Motivo/Diagnóstico			
Cirurgia	Não ☐ Sim ☐	Indique qual:	Data cirurgia
Tratamentos e/ou Exames realizados			
Resultado			
Em caso de internamento, indique o Hospital e nome do Médico e Especialidade			Nº de dias
Nome dos medicamentos que toma/motivo			
Estado actual/Sequelas			

Pergunta Nº	Pessoa Seguro Nº	Nome	Data de diagnóstico
Motivo/Diagnóstico			
Cirurgia	Não ☐ Sim ☐	Indique qual:	Data cirurgia
Tratamentos e/ou Exames realizados			
Resultado			
Em caso de internamento, indique o Hospital e nome do Médico e Especialidade			Nº de dias
Nome dos medicamentos que toma/motivo			
Estado actual/Sequelas			

Data _____ de _____ de _____

(1ª Pessoa Segura)

(2ª Pessoa Segura)