



SAÚDE® PRIME
Saúde para todos

PROPOSTA DE ADESÃO SEGURO DE SAÚDE

☐ SEGURO NOVO

☐ ALTERAÇÃO

Preencha o nº de Apólice e os dados a alterar

Preencher e enviar por:

• Correio: Av. Marechal Craveiro Lopes nº6. 1700-284 Lisboa

• Fax: 213519032

• E-mail: comercial@saudeprime.pt

Nº APÓLICE

DATA DE INÍCIO

CÓDIGO

1 - IDENTIFICAÇÃO DO TOMADOR DO SEGURO

Nome: _____ Sexo: F ☐ M ☐

Morada: _____

Localidade: _____ Código Postal: _____

Telefone: _____ Telemóvel: _____ E-mail: _____

Contribuinte nº: _____ BI nº: _____ Data Nasc: ____/____/____

Nacionalidade _____ O Tomador é Pessoa Segura: Sim ☐ Não ☐

2 - IDENTIFICAÇÃO DAS PESSOAS SEGURAS

Nome: _____ Data Nasc: ____/____/____ NIF: _____

Parentesco: Titular ☐ Descendente ☐ Sexo: M ☐ F ☐ Cônjuge ☐ Outros ☐ Telemóvel: _____ Email: _____

Nome: _____ Data Nasc: ____/____/____ NIF: _____

Parentesco: Titular ☐ Descendente ☐ Sexo: M ☐ F ☐ Cônjuge ☐ Outros ☐ Telemóvel: _____ Email: _____

Nome: _____ Data Nasc: ____/____/____ NIF: _____

Parentesco: Titular ☐ Descendente ☐ Sexo: M ☐ F ☐ Cônjuge ☐ Outros ☐ Telemóvel: _____ Email: _____

Nome: _____ Data Nasc: ____/____/____ NIF: _____

Parentesco: Titular ☐ Descendente ☐ Sexo: M ☐ F ☐ Cônjuge ☐ Outros ☐ Telemóvel: _____ Email: _____

Nome: _____ Data Nasc: ____/____/____ NIF: _____

Parentesco: Titular ☐ Descendente ☐ Sexo: M ☐ F ☐ Cônjuge ☐ Outros ☐ Telemóvel: _____ Email: _____

3 - OPÇÃO ESCOLHIDA

	Comparticipação		Opção I* <input type="checkbox"/>	Opção II <input type="checkbox"/>	Opção III <input type="checkbox"/>	Opção IV <input type="checkbox"/>
	Dentro da Rede(a)	Fora da Rede				
Hospitalização (b)	100%	70%	15.000 €	15.000 €	25.000 €	50.000 €
Ambulatório (c)	100%	50% (d)	—	1.000 €	1.250 €	2.500 €
Estomatologia	100%	50%	—	—	200 €	250 €
Parto	100%	70%	—	—	—	2.500 €
Rede Médica	—	—	Ilimitado	Ilimitado	Ilimitado	Ilimitado
Rede de Estomatologia	—	—	Ilimitado	Ilimitado	Ilimitado	Ilimitado
Rede de Saúde e Bem Estar	—	—	Ilimitado	Ilimitado	Ilimitado	Ilimitado
Rede de Enfermagem	—	—	Ilimitado	Ilimitado	Ilimitado	Ilimitado
2ª Opinião Médica	—	—	Ilimitado	Ilimitado	Ilimitado	Ilimitado
Assistência ao Domicílio	—	—	Ilimitado	Ilimitado	Ilimitado	Ilimitado

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

(a) Após co-pagamento.

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

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

(d) Para consultas realizadas fora da Rede Médica, a comparticipação é de 50%, até um máx. de 50€.



SAÚDE® PRIME
Saúde para todos

PROPOSTA DE ADESÃO SEGURO DE SAÚDE

Preencher e enviar por:
• Correio: Av. Marechal Craveiro Lopes nº6. 1700-284 Lisboa
• Fax: 213519032
• E-mail: comercial@saudeprime.pt

Nº APÓLICE

CÓDIGO

4 - MODO DE PAGAMENTO

Modo de pagamento: ☐ Anual ☐ Semestral ☐ Trimestral ☐ Mensal* * O pagamento mensal só poderá ser efectuado através do Sistema de Débitos Directos (SDD)

5 - FORMA DE PAGAMENTO

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

Autorização de Débito Directo SEPA (Preenchimento interno)

Após subscrever esta autorização, está a autorizar a Saúde Prime (1) 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 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 *. O preenchimento dos campos assinalados com ** é da responsabilidade do Credor.

Identificação do Devedor

Nome do Devedor*
Morada*
Código Postal* - País*
Número de Conta - IBAN* BIC SWIFT*

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 Nº 6
Cód. 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 ☐
Local da Assinatura Data* - -

Assinatura/ Carimbo

Os seus direitos, referentes à autorização acima referida, são explicados em declaração que pode obter no seu Banco. A Autorização de Débito em Conta constante desta proposta está de acordo com a legislação em vigor.

6 - CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO SEGURO DE SAÚDE

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**
2ª Opinião Médica	0 dias
Assistência ao Domicílio	0 dias

CO-PAGAMENTOS

Hospitalização	10% (min. 250€ e max. 500€)
Pequena Cirurgia em ambiente hospitalar (até 50k)	150 €
Parto	10%
Consultas de Clínica Geral e Especialidade	15 €
Consultas ao Domicílio	15 €
Consultas de Urgência	40 €
Fisioterapia e Terapia da Fala	20 %
Exames de Diagnóstico:	
Raio X	7,5 €
Ecografias	15 €
Tomografia Axial Computorizada	25 €
Ressonância Magnética	65 €
Análises Clínicas (por análise)	20 % (min. 1,5€)
Anatomia Patológica (por análise)	20 % (min. 7,5€)
Outros Exames de Diagnóstico	20 %
Consultas, Exames e Tratamentos de Estomatologia	15 € (por acto médico)
Próteses Estomatológicas	20 %

* 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.

7 - RESPOSTAS OBRIGATÓRIAS

Já teve outros seguros de saúde? Sim ☐ Não ☐ Em caso afirmativo indique: Data de Início ____/____/____ Data de resolução ____/____/____ Companhia ____
Relativamente ao mesmo seguro, existe qualquer débito por falta de pagamento de prémios ou fracção de prémios: Sim ☐ Não ☐



Preencher e enviar por:
• Correio: Av. Marechal Craveiro Lopes nº6. 1700-284 Lisboa
• Fax: 213519032
• E-mail: comercial@saudeprime.pt

Nº APÓLICE

CÓDIGO

8 - QUESTIONÁRIO CLÍNICO: ENTREVISTA TELEFÓNICA

Informações Úteis

O Questionário Clínico de cada uma das pessoas seguras é parte integrante da presente Proposta de Adesão ao Seguro de Saúde.

Com o objectivo de garantir a confidencialidade dos seus dados de saúde, e tornar a adesão mais rápida, será contactado telefonicamente por um técnico qualificado.

Cada pessoa segura deve prestar toda a informação necessária à adequada avaliação clínica, mesmo que não expressamente questionada. Para o efeito, deve ter presentes alguns dados que lhe poderão ser questionados, nomeadamente o seu peso e altura actuais, os resultados das últimas análises clínicas ou exames médicos realizados e indicação do nome dos medicamentos que eventualmente tome, bem como a sua dosagem e motivo.

As declarações inexactas ou reticentes, ou a omissão de factos tornam o pedido de adesão nulo e sem qualquer efeito, ou, na vigência do contrato, libertam o Segurador do pagamento de qualquer indemnização.

Uma vez que irá prestar declarações sobre o seu estado de saúde certifique-se que, no momento da entrevista telefónica, se encontra em local apropriado para fornecer este tipo de informação.

A entrevista telefónica tem a duração média de 10 minutos.*

* Caso existam menores a incluir na apólice, na entrevista telefónica, o Tomador do Seguro deverá responder pelos mesmos.

Por favor, indique abaixo, para cada uma das pessoas seguras, o contacto telefónico, para realização da entrevista telefónica.

Nome	Telefone/Telemóvel

9 - DECLARAÇÕES, DATAS E ASSINATURAS

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. No caso de falta de pagamento do prémio, o contrato não entrará em vigor nem produzirá os seus efeitos. Ainda de acordo com as disposições legais em vigor, os dados agora recolhidos poderão ser comunicados à Associação Portuguesa de Seguradores para constituição da base de dados "Prémios não Pagos" sempre que, sem fundada justificação, os Tomadores do Seguro não satisfizerem as suas obrigações de pagamento relativamente aos contratos de seguro que celebrarem.

Tomei conhecimento das Condições Gerais e da Nota de Informação Prévia, que se encontram disponíveis no site da Saúde Prime em www.saude.prime.pt. Foram-me prestados todos os esclarecimentos necessários e exigíveis para o efeito.

Preenchi de forma exacta e completa esta proposta e declarei todas as circunstâncias que eu conheço e que são significativas e relevantes para a apreciação do risco pela SAUDE PRIME sabendo que, em caso de incumprimento, fico sujeito às normas legais aplicáveis, de que tomei conhecimento.

Tomei conhecimento que a SAUDE PRIME pode exercer o Direito de Regresso, de acordo com a legislação em vigor, quando aplicável.

Declaro que aceito que a SAUDE PRIME utilize o endereço de email ou morada indicados na presente Proposta para cumprir e efetivar quaisquer comunicações e informações que ocorram no âmbito do presente contrato, nos termos definidos nas Condições Gerais.

A adesão ao Seguro de Saúde obriga a que cada uma das pessoas a segurar, preencha um questionário médico que ficará sujeito à aceitação ou à revisão das condições inicialmente apresentadas pelos Serviços Técnicos e que só produz efeito após o primeiro dia indicado nas condições particulares.

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

Local e data

Assinatura/ Carimbo do Tomador do Seguro

Nenhum contrato se torna efectivo antes da aceitação da Proposta de Adesão.

Se optou pelo pagamento através do SDD, verifique se assinou o Quadro 5, na pág.2



CÓDIGO

DATA DE INÍCIO

Nº APÓLICE

1. PROTECÇÃO 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 a 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, 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.

1.1. 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)
	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO
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.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Autorizo a partilha dos meus dados pessoais às empresas que pertencem ao grupo, para a gestão do meu contrato.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Autorizo o tratamento dos meus dados de saúde, em exclusivo com entidades obrigatoriamente necessárias para a gestão contratual e gestão de processos de sinistro.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

1.2. Direitos e Dever de Informação

Adicionalmente ao consentimento solicitado acima, 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 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 Saúde Prime ou junto do Encarregado de Proteção de Dados (DPO) através dos contactos aí indicados.

1.3. Assinatura

O(os) 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) assiste(m) 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 2º Titular dos Dados

Assinatura do 3º Titular dos Dados

Assinatura do 4º Titular dos Dados

Assinatura do 5º Titular dos Dados

NOTA: No caso de se tratar de um menor de idade, a assinatura deverá ser do Tomador de Seguro (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?

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 sã;
- ✗ 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);



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.



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.