

A PSG Seguros e a VICTORIA Seguros criaram uma oferta de saúde especialmente a pensar nos Associados da Associação Sindical dos Profissionais da Polícia - PSP e nas suas famílias. Para além do Plano A (gratuito para associados ASPP/PSP), conheça o **Plano de Saúde Complementar** que permite **reforçar a sua segurança e ser complementar à SAD PSP**, bem como garantir ainda cuidados de saúde especializados aos elementos do seu **agregado familiar**. O seu Plano inclui ainda **gratuitamente um Cartão de Saúde** para utilização na **Rede VICTORIA**.

### COMO FUNCIONA ESTE CARTÃO DE SAÚDE?

Para as despesas **não comparticipadas pela SAD PSP**, tem ao seu dispor a **Rede VICTORIA**. Em qualquer um dos prestadores desta Rede, **basta apresentar o seu cartão para obter descontos imediatos sobre os preços de tabela** nos atos médicos garantidos pela Apólice. Nesta Rede encontra os principais prestadores de saúde a nível nacional, como por exemplo: José de Mello Saúde—CUF; HPP - Lusíadas; Hospital da Boavista; Hospital Privado da Trofa, Boa Nova, Braga....e muitos mais!

**VICTORIA Saúde: um seguro abrangente, complementar à SAD PSP, extensível a toda a família e a um preço verdadeiramente competitivo!**



### SEGURO DE SAÚDE VICTORIA - UM MUNDO DE VANTAGENS

#### PLANO COMPLEMENTAR

Garantias (1)	Com pré-comparticipação pela SAD PSP	Sem pré-comparticipação pela SAD PSP	Limite de Reembolso por Pessoa/Anuidade
<b>Internamento Hospitalar</b>			<b>€ 25.000,00</b>
Comparticipação	90%	85% (1)	
<b>Consultas, Tratamentos e Exames</b>			<b>€ 2.000,00</b>
Comparticipação	90%	85% (2)	
<b>Óculos e outras ortóteses e próteses</b>			<b>€ 1.500,00</b>
<b>Aros, Lentes e Lentes de contacto</b>			<b>€ 150,00</b>
Comparticipação	80%	50% (2)	
<b>Estomatologia (3)</b>			<b>€ 250,00</b>
Comparticipação	80%	50% (2)	
<b>Parto</b>			<b>€ 1.000,00</b>
Comparticipação	90%	85% (2)	
<b>2ª Opinião Médica Internacional</b>	Incluído e sem custo adicional, conforme condição especial		

O associado não tem períodos de carência<sup>(1)</sup>. Se o agregado for incluído conjuntamente com o associado (ou no prazo máximo de 1 mês), também não se aplicam períodos de carência<sup>(1)</sup>. Caso a inclusão seja posterior, aplica-se um período de carência de 6 meses para todas as garantias abrangidas pelo contrato, exceto para o Parto e para as situações descritas na cláusula 8ª das Condições Gerais, em que o período de carência é de 12 meses.

- (1) Para as situações descritas na cláusula 8ª das Condições Gerais é aplicado um período de carência alargado de 12 meses.
- (2) É disponibilizada a Rede convencionada VICTORIA para as despesas ocorridas fora do subsistema, no entanto, serão igualmente comparticipadas as despesas que tenham ocorrido fora da Rede convencionada VICTORIA.
- (3) Inclui Rede Dentária.

#### E tudo isto por tão pouco:

11	Prémio Total Mensal Aderente	Prémio Total Mensal Não Aderente		Prémio Total Mensal Aderente	Prémio Total Mensal Não Aderente
0-5	€ 5,50	€ 9,65	46-50	€ 15,28	€ 26,81
6-15	€ 6,73	€ 11,79	51-55	€ 18,95	€ 33,24
16-20	€ 9,77	€ 17,15	56-60	€ 26,28	€ 46,10
21-35	€ 11,61	€ 20,37	61-65	€ 36,66	€ 64,33
36-45	€ 12,83	€ 22,51	> 66	€ 51,94	€ 85,77

Este prémio inclui encargos legais em vigor, que são 2,5% para o INEM e 5% de imposto de Selo.

**Não perca mais tempo e subscreva hoje mesmo!**

PSG SEGUROS



**Paulo Gomes**  
t. 249 102 130  
t.lm. 939 700 344  
e. geral@psgseguros.pt  
Site. www.psgseguros.pt

**Se preferir,  
Visite o nosso  
espaço!**

Rua Patriarca D José, 94  
2260-039 Atalaia VNB



**TOMADOR DO SEGURO**

Mediador **1 5 9 7 8**

Nome **ASPP—PSP**

**CONTRATO**

Plano Complementar —Apólice Nº 15052 (Preenchimento obrigatório do Questionário Clínico)  Novo  Inclusão  
 Data de inclusão no seguro \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Pagamento de prémios (Banco)  Mensal  
 Reembolso de despesas  Por crédito na conta abaixo indicada  IBAN \_\_\_\_\_

**PESSOA SEGURA 1 - ASSOCIADO**

Nome Completo \_\_\_\_\_  
 Número \_\_\_\_\_ Data de admissão \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Morada \_\_\_\_\_  
 Localidade \_\_\_\_\_  
 Cód. Postal \_\_\_\_ - \_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
 E-mail \_\_\_\_\_ Profissão \_\_\_\_\_  
 Data de Nascimento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sexo  M  F Nacionalidade \_\_\_\_\_  
 Estado Civil \_\_\_\_\_ Tel./Tlm. \_\_\_\_\_ N.I.F. \_\_\_\_\_  
 Subsistema  Não  Sim Se Sim, indique qual \_\_\_\_\_ Nº de Beneficiário \_\_\_\_\_

**AGREGADO FAMILIAR - PESSOAS SEGURAS**

(Só preencher se incluído no seguro)

**Pessoa Segura 2**

Nome \_\_\_\_\_  
 Profissão \_\_\_\_\_ N.I.F. \_\_\_\_\_  
 Data de Nascimento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sexo  M  F Grau de Parentesco  Cônjuge  
 Subsistema  Não  Sim Se Sim, indique qual \_\_\_\_\_ Nº de Beneficiário \_\_\_\_\_

**Pessoa Segura 3**

Nome \_\_\_\_\_  
 Profissão \_\_\_\_\_ N.I.F. \_\_\_\_\_  
 Data de Nascimento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sexo  M  F Grau de Parentesco  Descendente  
 Subsistema  Não  Sim Se Sim, indique qual \_\_\_\_\_ Nº de Beneficiário \_\_\_\_\_

**Pessoa Segura 4**

Nome \_\_\_\_\_  
 Profissão \_\_\_\_\_ N.I.F. \_\_\_\_\_  
 Data de Nascimento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sexo  M  F Grau de Parentesco  Descendente  
 Subsistema  Não  Sim Se Sim, indique qual \_\_\_\_\_ Nº de Beneficiário \_\_\_\_\_

**MANDATO DE DÉBITO DIRETO SEPA**

**Titular da Conta** PESSOA SEGURA 1  
**Número de Conta — IBAN** \_\_\_\_\_  
 Número de Conta Bancária Internacional (International Bank Account Number) \_\_\_\_\_ **BIC SWIFT** Código de Identificação Internacional (Bank Identifier Code) \_\_\_\_\_

**VICTORIA Seguros**

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

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.

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

(Assinatura igual à do Banco)

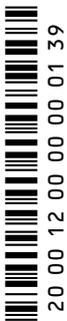
**INFORMAÇÃO CONTRATUAL, AUTORIZAÇÕES E DECLARAÇÕES**

Declaro que respondi completamente e com veracidade a todas as perguntas e verifiquei o preenchimento deste pedido de inclusão. Os dados recolhidos serão processados e armazenados informaticamente e destinam-se à utilização nas relações contratuais com a VICTORIA e seus subcontratados. As omissões e as declarações falsas ou inexatas, quer no que respeita a dados de fornecimento obrigatório, quer facultativo, são da responsabilidade do Tomador do Seguro e/ou das pessoas seguras. Os interessados podem ter acesso à informação que lhes diga diretamente respeito, solicitando a sua correção aditamento ou eliminação, mediante contacto direto ou por escrito com a VICTORIA. Autorizo a VICTORIA a proceder à recolha de dados pessoais complementares, inclusive sobre o meu estado de saúde, junto de organismos públicos, empresas especializadas, médicos ou outras entidades, tendo em vista a confirmação ou complemento dos elementos recolhidos, necessários à gestão da relação contratual. Autorizo igualmente a consulta dos dados pessoais disponibilizados, sob regime de absoluta confidencialidade, às Empresas que integram o Grupo VICTORIA, desde que compatível com a finalidade da recolha dos mesmos.

Local e Data \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

(Assinatura do Tomador do Seguro)

(Assinatura da Pessoa Segura 1 - Associado)



20 00 12 00 00 00 01 39