

## VICTORIA SEGURO DE SAÚDE A SUA SAÚDE É A NOSSA PRINCIPAL PREOCUPAÇÃO

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. 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 participadas 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% (2)	
<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>	<b>Incluído e sem custo adicional, conforme condição especial</b>		

(1) As pessoas seguras ficam sujeitas a um período de carência de 60 dias para todas as garantias à exceção do Parto e situações descritas na cláusula 8ª das Condições Gerais em que se aplicam 12 meses.

Nos casos em que algum dos membros do agregado familiar seja incluído em data posterior à do associado, aplica-se um período de carência de 6 meses para todas as garantias do 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.

O agregado familiar deverá ser incluído conjuntamente com o aderente principal ou na data em que os seus elementos passem a estar abrangidos pela definição de pessoa segura (casos de nascimento ou casamento). Nestes casos existe um período de 1 mês para comunicar à VICTORIA a nova inclusão, sendo que esta será efetuada com data efeito igual à data de casamento ou nascimento. As inclusões e reentradas em data posterior apenas podem ser efetuadas na data de renovação e ficam sujeitas, para além da aceitação e apreciação de questionário clínico, a 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.

(2) É disponibilizada a Rede convencionada VICTORIA para as despesas ocorridas fora do subsistema, no entanto, serão igualmente participadas as despesas que tenham ocorrido fora da Rede convencionada VICTORIA.

(3) Inclui Rede Dentária.

#### E tudo isto por tão pouco:

Escalões etários	Prémio Total Mensal Aderente	Prémio Total Mensal Não Aderente	Escalões etários	Prémio Total Mensal Aderente	Prémio Total Mensal Não Aderente
0-5	€ 6,86	€ 12,03	46-50	€ 19,06	€ 33,44
6-15	€ 8,40	€ 14,71	51-55	€ 23,64	€ 41,46
16-20	€ 12,19	€ 21,39	56-60	€ 32,78	€ 57,51
21-35	€ 14,48	€ 25,41	61-65	€ 45,73	€ 80,24
36-45	€ 16,01	€ 28,08	> 66	€ 64,80	€ 106,98

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