

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

Conheça o **Seguro de Saúde** 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 um **Cartão de Saúde** para utilização na **Rede VICTORIA**.

Para as despesas **não participadas pela SAD PSP**, tem acesso a preços convencionados à **Rede VICTORIA**. Em qualquer um dos prestadores desta Rede, **basta apresentar o seu cartão** 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 SEGURO DE SAÚDE - UM MUNDO DE VANTAGENS AO SEU DISPOR

PLANO COMPLEMENTAR

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

Adesões após 1 Março de 2018

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 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 participadas as despesas que tenham ocorrido fora da Rede convencionada VICTORIA.

(3) Inclui Rede Dentária.

E tudo isto por tão pouco:

Idade	Prémio Total Mensal Aderente	Prémio Total Mensal Não Aderente	Idade	Prémio Total Mensal Aderente	Prémio Total Mensal Não Aderente
0-5	€ 6,53	€ 11,46	46-50	€ 18,15	€ 31,85
6-15	€ 8,00	€ 14,01	51-55	€ 22,51	€ 39,48
16-20	€ 11,61	€ 20,38	56-60	€ 31,22	€ 54,77
21-35	€ 13,79	€ 24,20	61-65	€ 43,56	€ 76,42
36-45	€ 15,25	€ 26,75	= > 66	€ 61,71	€ 101,89

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

CONTACTOS



Paulo Silva Gomes Ag. Seg. Unip. Lda

M. Rua Patriarca D. José, 94 | 2260-039 Atalaia– Vila Nova da Barquinha

T. 249 102 130 | TLM. 939 700 344 | E. geral@psgseguros.pt | Site: www.psgseguros.pt



TOMADOR DO SEGURO

Mediador

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 da Pessoa Segura 1 - Associado)