BOLETIM DE ADESÃO INDIVIDUAL - SEGURO DE GRUPO

CARTÃO SAÚDE

PROTOCOLO O STAL

AÇOREANA SEGUROS GRUPO BANIF

Proposta N.º _____ ☐ Seguro Novo

Apólice N.º _____ ☐ Alteração à Apólice

N.º de Titular _____ (A preencher pela Companhia)

É OU FOI CLIENTE DA COMPANHIA DE SEGUROS AÇOREANA? ☐ SIM ☐ NÃO

Os dados recolhidos serão processados e armazenados informaticamente e destinam-se à utilização nas relações contratuais com a Companhia e seus Subcontratados.
As omissões, inexactidões e falsidades, quer no que respeita a dados de fornecimento obrigatório, quer facultativo, são da responsabilidade do cliente.
Os interessados podem ter acesso à informação que lhes diga directamente respeito solicitando a sua correcção, aditamento ou eliminação, mediante contacto directo ou por escrito, junto às delegações da Companhia.

TOMADOR DE SEGURO

(Utilizar letra de imprensa e um caracter por quadrícula)

Nome: O STAL – SINDICATO NACIONAL DOS TRABALHADORES DA ADMINISTRAÇÃO LOCAL E REGIONAL

Morada: RUA D. LUÍS I, 20-F

Localidade: LISBOA C. Postal: 1249-126 Telefone: 210958400 Fax: 2109584669

Telemóvel: _____ E-mail: stal.nacional@stal.pt

Empres. N.I. N.º: _____ Contribuinte: _____ CAE: _____

Sou Tomador de Seguro ou Segurado/Pessoa Segura de outros contratos de seguro, relativos ao risco ora proposto? ☐ SIM ☐ NÃO Em caso afirmativo quais:

_____ **PS1** SIM NÃO **PS2** SIM NÃO **PS3** SIM NÃO **PS4** SIM NÃO **PS5** SIM NÃO

DURAÇÃO DO SEGURO

☐ 1 ano ☐ Ano e seguintes Início DDMMAA Hora HHMM

FORMA E LOCAL DE PAGAMENTO

☒ De acordo com o protocolo com O STAL ☐ Mensal ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual

PESSOAS SEGURAS

(O QUESTIONÁRIO CLÍNICO É DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PARA TODAS AS PESSOAS SEGURAS)

SEGURADO / PESSOA SEGURA 1 (PS1)

SÓCIO Nº _____

Nome _____ (Nunca abreviar os dois primeiros e os dois últimos nomes)

Morada _____ Localidade _____ C. Postal ____-___

Telemovel _____ C.C. / Pass. _____ Contribuinte _____ Profissão _____

E-mail _____

Data Nasc. DDMMAA Sexo ☐ M ☐ F Estado Civil _____ Banco _____

Nome a constar no cartão _____ NIB _____

Este NIB é utilizado para efeitos de reembolso de despesas ao abrigo do presente contrato

PESSOA SEGURA 2 (PS2)

PARENTESCO COM A PS1 _____

Nome _____ (Nunca abreviar os dois primeiros e os dois últimos nomes)

Morada _____ Localidade _____ C. Postal ____-___

Telemovel _____ C.C. / Pass. _____ Contribuinte _____ Profissão _____

E-mail _____

Data Nasc. DDMMAA Sexo ☐ M ☐ F ***Nome a constar no cartão*** _____

PESSOA SEGURA 3 (PS3)

PARENTESCO COM A PS1 _____

Nome _____ (Nunca abreviar os dois primeiros e os dois últimos nomes)

Morada _____ Localidade _____ C. Postal ____-___

Telemovel _____ C.C. / Pass. _____ Contribuinte _____ Profissão _____

E-mail _____

Data Nasc. DDMMAA Sexo ☐ M ☐ F ***Nome a constar no cartão*** _____

PESSOA SEGURA 4 (PS4)

PARENTESCO COM A PS1 _____

Nome _____ (Nunca abreviar os dois primeiros e os dois últimos nomes)

Morada _____ Localidade _____ C. Postal ____-___

Telemovel _____ C.C. / Pass. _____ Contribuinte _____ Profissão _____

E-mail _____

Data Nasc. DDMMAA Sexo ☐ M ☐ F ***Nome a constar no cartão*** _____

PESSOA SEGURA 5 (PS5)

PARENTESCO COM A PS1 _____

Nome _____ (Nunca abreviar os dois primeiros e os dois últimos nomes)

Morada _____ Localidade _____ C. Postal ____-___

Telemovel _____ C.C. / Pass. _____ Contribuinte _____ Profissão _____

E-mail _____

Data Nasc. DDMMAA Sexo ☐ M ☐ F ***Nome a constar no cartão*** _____

Companhia de Seguros Açoreana S.A. • **Sede Social:** Largo da Matriz, 45 / 52 • 9500-094 Ponta Delgada • **Fax:** 296 302 800
Serviços Centrais: Av. Duque d' Ávila, n.º 171 • 1069-031 Lisboa • **Fax:** 213 554 021 • **Tel.:** 707 201 248 • **Site:** www.acoreanaseguros.pt • **E-mail:** acoreana@acoreana.pt
Pessoa Colectiva N.º 512 004 048 • **Capital Social:** 107.500.000€ • Matriculada na Conservatória do Registo Comercial de Ponta Delgada

PLANO DE COBERTURAS	CAPITAIS
Subsídio Diário de Hospitalização (1)	50 €
Acesso à Rede Essencial AdvanceCare para:	
Assistência Hospitalar	✓
Assistência Médica Ambulatória	✓
Estomatologia	✓
Ortóteses Oculares	✓
Rede de Bem-Estar em Portugal	✓
Assistência às Pessoas (2)	✓

(1) **Subsídio Diário de Hospitalização:**

Limitado a um máximo de 60 dias por hospitalização e 180 dias por anuidade, com uma franquia de 3 dias por sinistro. Na garantia de duplo efeito, o subsidio diário ascende a 100€.

(2) **Consultas no domicílio**: Co-pagamento de 15€/consulta.

Check up anual: Co-pagamento de 60€.

Assistência em viagem no estrangeiro: Deslocações de duração máxima de 60 dias.

QUESTIONÁRIO CLÍNICO (OBRIGATÓRIO)

	PS 1	PS 2	PS 3	PS 4	PS 5
Já esteve ou está de baixa prolongada por doença?	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO
É portador de qualquer incapacidade ou defeito físico?	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO
Teve ou tem alguma doença?	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO
Sofreu alguma intervenção cirúrgica?	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO
Nos últimos 6 meses consultou algum médico?	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO

Em caso afirmativo indique os motivos, circunstâncias e datas das ocorrências (É necessário identificar a PS): _____

Outras informações que possam influenciar a análise do risco (É necessário identificar a PS): _____

OBSERVAÇÕES (É NECESSÁRIO IDENTIFICAR A PS)

DECLARAÇÃO DE DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES

Ambas as partes acordam de forma expressa e irrevogável que o contrato de seguro de doença, que terá como base a presente proposta, não cobre nenhum risco relacionado com a prestação de cuidados de saúde decorrente de qualquer doença pré existente, à data da sua celebração, nomeadamente as doenças pré-existentes declaradas no questionário da presente proposta de saúde.

ASSINATURA(S) DA(S) PESSOA(S) SEGURA(S)

PS 1 _____ _____, D D M M A A A A

PS 2 _____ PS 3 _____

PS 4 _____ PS 5 _____

DECLARAÇÃO DO TOMADOR DE SEGURO / PESSOA(S) SEGURA(S)

A adesão ao seguro de grupo só se considera aceite em caso de silêncio do Segurador, decorridos 14 dias contados da recepção do boletim de adesão ou da recepção de todos os documentos ou informações adicionais/complementares solicitados pelo Segurador. Para o efeito, o boletim só se considera recebido pelo Segurador no momento em que for entregue na Sede, nos Serviços Centrais ou numa das Sucursais do Segurador, pessoalmente, por correio registado ou através de fax. **Antes de decorrido o referido prazo o seguro não está aceite.**

Autorizo(amos) expressamente os médicos e outros prestadores de cuidados de saúde que possuam elementos reportados à minha (nossa) situação clínica, a que possam fornecer todos esses elementos clínicos aos serviços clínicos do Segurador, sem que tal consubstancie qualquer quebra da respectiva confidencialidade, bem assim como a prestação de todas e quaisquer informações relacionadas com os serviços médicos e de saúde que me (nos) tenham sido prestados.

Autorizo(amos) também o tratamento automatizado de todos esses elementos clínicos bem como dos constantes do Questionário Médico, sem prejuízo de os poder consultar e corrigir a todo o tempo. O Segurador poderá transmitir os dados pessoais de identificação reportados ao tomador do seguro e a cada uma das pessoas seguras bem como do respectivo contrato, a entidades subcontratadas para assegurarem especificamente o serviço de assistência.

Autorizo(amos) expressamente o Segurador a transmitir, sob regime de absoluta confidencialidade, às entidades subcontratadas para efeitos de Gestão de Sinistros de contratos de seguro de doença, todos os dados e elementos recolhidos, inclusive sobre o meu (ou nosso) estado de saúde e respectivos elementos clínicos. Autorizo(amos) também, para fins específicos deste contrato, a interconexão de dados entre os ficheiros do segurador e os das entidades anteriormente referidas. Declaro(amos) que me(nos) foram transmitidas nos termos legais todas as informações pré-contratuais necessárias e prestados todos os devidos esclarecimentos sobre o contrato de seguro proposto e bem assim sobre as condições gerais e especiais aplicáveis.

De acordo com o previsto na legislação em vigor, designadamente nos artigos 59º e 61º do Dec. Lei nº 72/2008 de 16 de Abril, o prémio ou fracção inicial é devido na data de celebração do contrato ou na data estabelecida nas condições particulares, ficando a eficácia do contrato dependente do pagamento efectivo do prémio ou fracção inicial.

A falta de pagamento de prémio ou fracção, de acerto, de parte de prémio de montante variável ou de prémio adicional fundado num agravamento superveniente do risco, na data indicada no aviso ou no documento contratual referido no número anterior, determina a não renovação ou a resolução automática e imediata do contrato na data em que o pagamento seja devido não produzindo quaisquer efeitos e não assumindo a COMPANHIA DE SEGUROS AÇOREANA, S.A. nenhuma responsabilidade em caso de ocorrência de sinistro.

Quando o pagamento do prémio ou fracção for efectuado por meio de cheque ou débito em conta, a cobertura dos riscos fica subordinada à boa cobrança do cheque ou à não anulação posterior do débito por ordem do tomador.

Mais declaro(amos) que me(nos) foram entregues as Condições Gerais e Especiais aplicáveis ao contrato, caso o segurador aceite o presente boletim de adesão, nas quais se inclui, toda a informação pré-contratual anteriormente prestada.

Declaro(amos) que tomei (tomámos) conhecimento que estou(amos) obrigado(s) a responder com exactidão e veracidade a todas as questões colocadas neste boletim de adesão e a declarar todas as circunstâncias ou factos que conheça(amos) e que sejam significativos para a avaliação do risco proposto, mesmo que não tenham sido solicitados expressamente no questionário médico, devendo-o fazer no campo assinalado para o efeito ou em declaração anexa ao presente boletim de adesão, sob pena de me(nos) serem aplicáveis as consequências previstas nas Condições Gerais da Apólice.

ASSINATURA(S) DO TOMADOR DE SEGURO / PESSOA(S) SEGURA(S)

O Tomador de Seguro _____

PS 1 _____ _____, D D M M A A A A

PS 2 _____ PS 3 _____

PS 4 _____ PS 5 _____

Observações: Tratando-se de agregado familiar que integre menores, a assinatura deve ser do seu representante legal.

INTERVENÇÃO COMERCIAL

Mediador / Produtor N.º 7 5 2 6 0 Nome _____

Cobrador N.º _____ Nome _____

Banco _____ Balcão _____ Produtor _____ Interveniente _____

NOTA INFORMATIVA

CARTÃO SAÚDE

PROTOCOLO O STAL

A consulta destas informações não dispensa a leitura das informações pré-contratuais/condições Gerais e Especiais da Apólice que prevalecem para todos os efeitos legais e Contratuais.

PLANO DE COBERTURAS	CAPITAIS
Subsídio Diário de Hospitalização (1)	50 €
Acesso à Rede Essencial AdvanceCare para:	
Assistência Hospitalar	✓
Assistência Médica Ambulatória	✓
Estomatologia	✓
Ortóteses Oculares	✓
Rede de Bem-Estar em Portugal	✓
Assistência às Pessoas (2)	✓

(1) **Subsídio Diário de Hospitalização:**
Limitado a um máximo de 60 dias por hospitalização e 180 dias por anuidade, com uma franquia de 3 dias por sinistro. Na garantia de duplo efeito, o subsidio diário ascende a 100€.

(2) **Consultas no domicílio**: Co-pagamento de 15€/consulta.
Check up anual: Co-pagamento de 60€.
Assistência em viagem no estrangeiro: Deslocações de duração máxima de 60 dias.

ACESSO À REDE DE PRESTADORES:

• Rede Médica está permanentemente actualizada em www.advancecare.com;

• O cartão de acesso deverá ser apresentado sempre que o cliente se dirija a um prestador convencionado da rede médica;

• Caso o prestador não reconheça o cartão de saúde, deverá mostrar-se o verso do cartão, onde está impresso o logótipo do Administrador (AdvanceCare);

• Se o prestador persistir em não reconhecer a imagem, deverá ser contactada a Linha Açoreana imed para que seja dada uma autorização via Call Center;

• Indicar sempre que se possui um seguro de saúde no momento da marcação;

• Confirmar sempre que o acto médico a realizar, está contratado junto do médico/clínica seleccionado(a).

Principais Benefícios

Acesso a Rede de Prestadores de Serviços Clínicos - Colocamos ao dispor dos nossos clientes uma alargada rede de médicos, hospitais, clínicas e centros de meios complementares de diagnóstico, em que de uma forma extremamente simples e rápida têm acesso a qualquer médico da rede de prestadores, **a preços convencionados**, para as coberturas **Hospitalização, Assistência Ambulatória e Estomatologia.**

Colocamos ainda ao dispor dos nossos clientes o acesso a uma rede de ópticas, para a aquisição de **ortóteses oculares** a preços convencionados.

Acesso a Rede de Bem-Estar (RBE) em Portugal – Rede de serviços complementares que lhe presta cuidados de saúde e de lazer (Acupunctura, Estética, Homeopatia, Osteopatia, Nutrição, Health Clubs, Spas, Psicologia, entre outros), **mediante o benefício de descontos.**

Subsídio Diário Hospitalização – Esta cobertura garante o pagamento de um subsídio diário em caso de Hospitalização da Pessoa Segura em consequência de doença manifestada ou acidente ocorrido durante o período de vigência da apólice.

Duplo Efeito – O subsídio diário de Hospitalização duplica, em caso de Hospitalização da Pessoa Segura numa Unidade de Cuidados Intensivos ou Hospitalização simultânea da Pessoa Segura e do seu cônjuge, em caso de acidente.

Assistência às Pessoas Seguras - Esta cobertura garante um vasto leque de serviços em Portugal e no Estrangeiro em caso de doença ou acidente, nomeadamente a Assistência médica às Pessoas em Portugal, a Assistência em viagem no Estrangeiro, a Assistência a Animais Domésticos e a Assistência no Lar.

Linha Açoreana Imed de atendimento a clientes, disponível das 08h30 às 18h30 nos dias úteis - 808 20 20 05

Para mais informações contacte O STAL

A-01- 0240 - 1305 - Nota Informativa Cliente

Companhia de Seguros Açoreana S.A. • **Sede Social:** Largo da Matriz, 45 / 52 • 9500-094 Ponta Delgada • **Fax:** 296 302 800
Serviços Centrais: Av. Duque d' Ávila, n.º 171 • 1069-031 Lisboa • **Fax:** 213 554 021 • **Tel.:** 707 201 248 • **Site:** www.acoreanaseguros.pt • **E-mail:** acoreana@acoreana.pt
Pessoa Colectiva N.º 512 004 048 • **Capital Social:** 107.500.000€ • Matriculada na Conservatória do Registo Comercial de Ponta Delgada