

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 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 |
|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------|
| Internamento Hospitalar | | | € 25.000,00 |
| Comparticipação | 90% | 85% (2) | |
| 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 | | |

(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 efetiva 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 comparticipadas 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 | € 7,20 | € 12,64 | 46-50 | € 20,01 | € 35,11 |
| 6-15 | € 8,82 | € 15,44 | 51-55 | € 24,82 | € 43,53 |
| 16-20 | € 12,80 | € 22,46 | 56-60 | € 34,41 | € 60,38 |
| 21-35 | € 15,21 | € 26,68 | 61-65 | € 48,02 | € 84,26 |
| 36-45 | € 16,81 | € 29,49 | > 66 | € 68,04 | € 112,33 |

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
 tlm: 939 700 344
 email: 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)



PEDIDO DE REEMBOLSO

Este pedido deve ser dirigido a:

VICTORIA - Seguros, S.A. - Operações - Sinistros Saúde

Av. da Liberdade, 200 - 1250 - 147 LISBOA

Telef.: 21 313 4431 - Fax: 21 112 45 31

SEGURO DE SAÚDE

Apólice Nº

Aderente Nº

TOMADOR DO SEGURO

Nome **A S S O C I A Ç Ã O P R O F I S S I O N A I S P O L I C I A**

Nome do Associado / Sócio

Contactos a serem utilizados em caso de necessidade de esclarecimentos adicionais:

Telef./Tlm.

E-mail

PEDIDO DE REEMBOLSO

Segue em anexo os recibos de despesas médicas referentes às seguintes Pessoas Seguras:

Nome

Nome

Nome

TIPOS DE DESPESAS

| Tipos de despesas | Nº Doc. | Pessoa Segura 1 Despesas | Pessoa Segura 2 Despesas | Pessoa Segura 3 Despesas | Obs. |
|----------------------------------------------------|---------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---------|
| Internamento Hospitalar | € | € | € | € | (1) |
| Consultas, Tratamentos e Exames | € | € | € | € | (6) |
| Honorários médicos com consulta | € | € | € | € | (6) |
| Exames complementares de Diagnóstico | € | € | € | € | (2) |
| Pequena cirurgia e urgência médica | € | € | € | € | (5) |
| Tratamentos | € | € | € | € | (5) |
| Medicamentos | € | € | € | € | (2) |
| Óculos | | | | | |
| Aros | € | € | € | € | (2) |
| Lentes | € | € | € | € | (2) |
| Lentes de contacto | € | € | € | € | (2) |
| Outras Próteses | € | € | € | € | (2) (5) |
| Estomatologia | | | | | |
| Consultas | € | € | € | € | (4) |
| Tratamentos | € | € | € | € | (4) |
| Próteses estomatológicas | € | € | € | € | (4) (5) |
| Parto | | | | | |
| Parto Normal | € | € | € | € | (1) |
| Cesariana | € | € | € | € | (1) |
| Interrupção da gravidez | € | € | € | € | (1) |
| Subsidio Diário por Internamento Hospitalar | € | € | € | € | (3) |
| Total de documentos / despesas | € | € | € | € | |

Se alguma das despesas apresentadas se reportar a um acidente, forneça os seguintes detalhes:

Data do Acidente / / Local

Descrição do Acidente

Unidade hospitalar que prestou assistência

Terceiros responsáveis

Observações:

- (1) Obrigatório CIH (Comunicação de Internamento Hospitalar) e exames auxiliares de diagnóstico, exceto pré-autorização;
- (2) Obrigatório juntar prescrição médica com indicação do ICD9;
- (3) Obrigatório anexar declaração da entidade hospitalar com período de internamento e nota de alta ou relatório médico com indicação do ICD9;
- (4) Obrigatório preenchimento da ficha de estomatologia;
- (5) Obrigatório anexar relatório médico com indicação do ICD9;
- (6) Obrigatório indicação da especialidade e do ICD9 no recibo.

DECLARAÇÃO E ASSINATURA

Declaro que as despesas apresentadas correspondem aos atos médicos efetivamente prestados.

Local e Data _____, _____ de _____ de _____
(Assinatura do Tomador do Seguro - Empregado)

WEBDOC.ASP 08.17



Este impresso pode ser fotocopiado.

VICTORIA Seguros de Saúde QUESTIONÁRIO CLÍNICO

1. DADOS DAS PESSOAS SEGURAS

Tomador de Seguro

A S S O C I A Ç Ã O P R O F I S S I O N A I S P O L I C I A

| | |
|------------------|--------------------|
| 1ª Pessoa Segura | Data de Nascimento |
| 2ª Pessoa Segura | Data de Nascimento |
| 3ª Pessoa Segura | Data de Nascimento |
| 4ª Pessoa Segura | Data de Nascimento |

Solicitamos que responda a todas as questões, mesmo que alguma lhe possa parecer irrelevante.

2. INFORMAÇÃO BASE

| | Pessoa 1 | Pessoa 2 | Pessoa 3 | Pessoa 4 |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 1. Peso (kg) e altura (cm) | <input type="text"/> Kg/ <input type="text"/> cm | <input type="text"/> Kg/ <input type="text"/> cm | <input type="text"/> Kg/ <input type="text"/> cm | <input type="text"/> Kg/ <input type="text"/> cm |
| 2. Sexo | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
| 3. Tensão arterial (Mínima / Máxima): | <input type="text"/> Min/ <input type="text"/> Max | <input type="text"/> Min/ <input type="text"/> Max | <input type="text"/> Min/ <input type="text"/> Max | <input type="text"/> Min/ <input type="text"/> Max |
| 4. Consome habitualmente tabaco? | <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim |
| Indique a quantidade de cigarros/dia | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Alguma das Pessoas Seguras está grávida? | <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim | Pessoa Segura Nº <input type="text"/> semanas <input type="text"/> | | |

3. INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR

| | Pessoa 1 | | Pessoa 2 | | Pessoa 3 | | Pessoa 4 | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----|----------|-----|----------|-----|----------|-----|
| | Não | Sim | Não | Sim | Não | Sim | Não | Sim |
| 5. Sofre ou sofreu de: (Sublinhe a doença em causa) | | | | | | | | |
| 5.1. Miopia, astigmatismo ou hipermetropia Indique as dioptrias (olho esquerdo / olho direito) | | | | | | | | |
| 5.2. Outras doenças dos Olhos: Estrabismo, Cataratas, glaucoma, descolamento de retina, cegueira ou outras. | | | | | | | | |
| 5.3. Ouvidos, Nariz e Garganta: otites, sinusite, amigdalites frequentes, desvio do septo nasal, vertigens, pólipos, surdez, etc. | | | | | | | | |
| 5.4. Aparelho Respiratório: alergias, asma, apneia do sono, bronquite, enfisema, tuberculose, pneumotórax, etc. | | | | | | | | |
| 5.5. Coração e Aparelho Circulatório: hipertensão arterial, varizes, má circulação, derrame, flebites, AVC, doença cardíaca ou coronária, enfarte, angina de peito, arritmia ou outras | | | | | | | | |
| 5.6. Aparelho digestivo: Gastrite, úlceras, cálculos biliares (vesícula), refluxo, hérnias, (hiato, inguinal), pólipos intestinais, doença de Crohn, hemorroidas, fistulas, cirrose hepática, icterícia, pancreatite, insuficiência hepática, etc. | | | | | | | | |
| 5.7. Aparelho Urinário: infeções, insuficiência renal, cálculos renais ou outras | | | | | | | | |
| 5.8. Aparelho Genital Feminino e Mama: mama (nódulos, quistos), útero (miomas, pólipos), ovários (quistos, tumores), infertilidade ou outras | | | | | | | | |
| 5.9. Aparelho Genital Masculino: fimose, próstata, infertilidade ou outras | | | | | | | | |
| 5.10. Doenças Endócrinas, Metabólicas ou do Sangue: diabetes, tiróide, bócio, obesidade, anemia, leucemia, mieloma múltiplo, linfoma, mielodisplasia, hemofilia, púrpura ou outras | | | | | | | | |
| 5.11. Doenças Neurológicas ou Mentais: epilepsia, depressão, paralisia, traumatismo craniano, cefaleias, toxicod dependência ou outras | | | | | | | | |
| 5.12. Doenças da Pele: sinais com alterações, quistos (dermóide, sebáceo, sacro-coccígeo), eczema, psoríase, acne, etc. | | | | | | | | |
| 5.13. Ossos e Articulações: hérnia discal, reumatismo, dor ciática, lombalgias, artrose ou artrite, escoliose, cifose, espondilose, tendinite, gota, joanetes, osteoporose, rotura de ligamentos, fraturas, entorse ou outras | | | | | | | | |
| 5.14. Doenças Infeto-Contagiosas, Tropicais e sexualmente Transmissíveis: SIDA, hepatite B ou C, malária, sífilis, etc. | | | | | | | | |
| 5.15. Tumores/Neoplasias: benignos ou malignos | | | | | | | | |
| 5.16. Deficiência Física ou Doença Congénita | | | | | | | | |
| 5.17. Outras Doenças: (que não estejam descritas acima) | | | | | | | | |
| 6. Alguma vez recorreu ao serviço hospitalar: | | | | | | | | |
| 6.1. Para tratamento? | | | | | | | | |
| 6.2. Para intervenção cirúrgica? | | | | | | | | |
| 7. Toma ou tomou regularmente algum medicamento nos últimos 5 anos? | | | | | | | | |

3. INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR

8. Prevê que possa necessitar de outros tratamentos e/ou intervenção cirúrgica?
9. Realizou exames complementares de diagnóstico (prova de esforço, eletroencefalograma, ecografia, endoscopia, colonoscopia, TAC, ressonância magnética ou outros exames complexos)?
Nota: Ao responder a esta questão, não considerar exames realizados no âmbito de rotinas anuais (análises ao sangue, urina, eletrocardiograma simples, etc).
10. Nos últimos 2 anos consultou algum médico?
Nota: Ao responder a esta questão, não considerar consultas realizadas no âmbito de rotinas anuais. (Ginecológico, Clínica Geral, Pediatria).
11. Foi ou está a ser submetido(a) a algum tratamento (fisioterapia, quimioterapia, radioterapia ou outros)?
12. Alguma vez efetuou consultas, tratamentos ou desintoxicação por alcoolismo ou toxic dependência?
13. Sofreu algum acidente (de trabalho, desportivo, viação ou outro)?
14. Interrompeu as suas atividades normais mais de 7 dias devido a doença ou acidente?
15. Tem dores ou queixas não esclarecidas?
16. Faltam dentes que não tenham sido substituídos?

| Pessoa 1 | | Pessoa 2 | | Pessoa 3 | | Pessoa 4 | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Não | Sim | Não | Sim | Não | Sim | Não | Sim |
| <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"/> | <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"/> | <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"/> | <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"/> |
| <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"/> | <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"/> | <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"/> | <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"/> |
| <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"/> | <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"/> | <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"/> | <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"/> |

Nota: Para o VICTORIA Saúde Executive e Ibérica estão excluídos os atos médicos relacionados com próteses e implantes dentários, até à apresentação de uma ortopantomografia.

Se respondeu SIM a alguma das questões anteriores, indique obrigatoriamente:

| | | | |
|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| Pergunta Nº | Pessoa Seguro Nº | Nome | Data de diagnóstico |
| Motivo/Diagnóstico | | | |
| Cirurgia | Não <input type="checkbox"/> | Sim <input type="checkbox"/> | Indique qual: _____ Data cirurgia |
| Tratamentos e/ou Exames realizados | | | |
| Resultado | | | |
| Em caso de internamento, indique o Hospital e nome do Médico e Especialidade | | | Nº de dias |
| Nome dos medicamentos que toma/motivo | | | |
| Estado actual/Sequelas | | | |

| | | | |
|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| Pergunta Nº | Pessoa Seguro Nº | Nome | Data de diagnóstico |
| Motivo/Diagnóstico | | | |
| Cirurgia | Não <input type="checkbox"/> | Sim <input type="checkbox"/> | Indique qual: _____ Data cirurgia |
| Tratamentos e/ou Exames realizados | | | |
| Resultado | | | |
| Em caso de internamento, indique o Hospital e nome do Médico e Especialidade | | | Nº de dias |
| Nome dos medicamentos que toma/motivo | | | |
| Estado atual/Sequelas | | | |

| | | | |
|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| Pergunta Nº | Pessoa Seguro Nº | Nome | Data de diagnóstico |
| Motivo/Diagnóstico | | | |
| Cirurgia | Não <input type="checkbox"/> | Sim <input type="checkbox"/> | Indique qual: _____ Data cirurgia |
| Tratamentos e/ou Exames realizados | | | |
| Resultado | | | |
| Em caso de internamento, indique o Hospital e nome do Médico e Especialidade | | | Nº de dias |
| Nome dos medicamentos que toma/motivo | | | |
| Estado atual/Sequelas | | | |

| | | | |
|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| Pergunta Nº | Pessoa Seguro Nº | Nome | Data de diagnóstico |
| Motivo/Diagnóstico | | | |
| Cirurgia | Não <input type="checkbox"/> | Sim <input type="checkbox"/> | Indique qual: _____ Data cirurgia |
| Tratamentos e/ou Exames realizados | | | |
| Resultado | | | |
| Em caso de internamento, indique o Hospital e nome do Médico e Especialidade | | | Nº de dias |
| Nome dos medicamentos que toma/motivo | | | |
| Estado atual/Sequelas | | | |

Data _____ de _____ de _____

(1ª Pessoa Segura)

(2ª Pessoa Segura)

WEBDOC QC 08.17

PEDIDO DE PRÉ-AUTORIZAÇÃO SAÚDE INTERNAMENTO HOSPITALAR E TRATAMENTOS AMBULATÓRIOS

| | |
|--------------|--|
| Produto | |
| Nº do Cartão | |

1. IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA SEGURA

Nome do doente _____

Tel./Tlm. _____ Idade do Doente _____

Autorizo o meu médico a facultar estas e outras informações necessárias para documentar o processo. Todos estes dados serão tratados com confidencialidade e não poderão ser alvo de utilização fora do âmbito do seguro de saúde.

Data ____ / ____ / ____

_____ (Assinatura do Médico)

2. TIPO DE PRÉ-AUTORIZAÇÃO

(Informação a ser preenchida pelo Médico)

| | | | | |
|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hospitalização | <input type="checkbox"/> Intervenção Cirúrgica | <input type="checkbox"/> Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Terapia da fala | <input type="checkbox"/> Tratamento da cor crónica |
| <input type="checkbox"/> Intervenção Cirúrgica pequena | <input type="checkbox"/> Parto | <input type="checkbox"/> Fisioterapia | <input type="checkbox"/> Radioterapia | <input type="checkbox"/> Laserterapia |

3. DIAGNÓSTICO

Desde quando a pessoa segura é sua doente? ____ / ____ / ____ Qual o médico que o referenciou? _____

| Diagnósticos | Data de início de Sintomas | ICD-9 |
|--------------|----------------------------|-------|
| _____ | ____ / ____ / ____ | _____ |
| _____ | ____ / ____ / ____ | _____ |
| _____ | ____ / ____ / ____ | _____ |

Antecedentes pessoais/ tratamentos médicos ou cirúrgicos já efetuados: _____

Em caso de Miopia, Astigmatismo ou Hipermetropia, deve indicar o número de dioptrias: OE ____ OD ____

4. ACIDENTE

(preencher apenas em caso de acidente)

Data de ocorrência do acidente ____ / ____ / ____ Tipo de acidente: Viação Trabalho Outro _____

Descrição sucinta do acidente _____

Lesões resultantes _____

5. DIAGNÓSTICO

5.1 HOSPITALIZAÇÃO

Programada Urgência Nome do Hospital ou Clínica _____

Duração prevista do internamento: de ____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____ nº dias _____

Equipa cirúrgica: Cirurgião 1º Ajudante Anestesiista Instrumentista Anestesiista

| Descrição dos procedimentos previstos | Código de nomenclatura | "K" |
|---------------------------------------|------------------------|-------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

Vai colocar uma prótese intra-cirúrgica? Sim Não Qual o valor estimado da prótese? _____ €

5.2 TRATAMENTOS

Plano de tratamento:

| Descrição | Nº de sessões | Código de nomenclatura |
|-----------|---------------|------------------------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

Nome do Hospital ou Clínica _____

6. OBSERVAÇÕES

Médico Responsável (A preencher pelo Médico responsável pelo Internamento Hospitalar, plano de tratamento ou realização do exame):

Nome completo _____

Telefone _____ Nº cédula profissional _____ NIF _____

E-mail _____

Morada _____

Data ____ / ____ / ____

_____ (Assinatura do Médico)

Esta Declaração faz parte integrante do **QUESTIONÁRIO CLÍNICO** com o **NOME E NIF** abaixo indicados.

Deve ser preenchida uma Declaração por cada um dos Titulares dos Dados.

A Proposta a que o presente Questionário Clínico se refere não se considera completa ou válida sem o respetivo Questionário Clínico, que dela faz parte integrante.

1. PESSOA SEGURA

| | | | |
|------|----------------------|-----------|----------------------|
| Nome | <input type="text"/> | | |
| NIF | <input type="text"/> | Tel./Tlm. | <input type="text"/> |

2. DECLARAÇÃO

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 VICTORIA 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, inexatidões 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. CONSENTIMENTO

Relativamente a outras finalidades de tratamento de dados pessoais, consinto na utilização dos meus dados pessoais para os seguintes efeitos:

| | Titular dos Dados (Pessoa Segura) | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------|
| | Sim | Não |
| Marketing e informação promocional de produtos e serviços da VICTORIA. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Transferência para outras entidades do Grupo SMA ou VICTORIA. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Partilha de dados sensíveis com entidades terceiras no âmbito da gestão contratual e gestão de processos de sinistro. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2. DIREITOS E DEVER DE INFORMAÇÃO

Adicionalmente ao consentimento solicitado acima, **declaro** ainda que fui informado, que o titular dos dados tem 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** ainda que me assistem os direitos de acesso, retificação, apagamento, limitação do tratamento e portabilidade, nos termos definidos na Política de Proteção de Dados disponível em www.victoria-seguros.pt, podendo exercê-los perante a VICTORIA ou junto do Encarregado de Proteção de Dados (EPD) através dos contactos aí indicados.

3. ASSINATURA

O titular dos dados **declara** ter tomado conhecimento das informações acima descritas, do consentimento que prestou e dos direitos que lhe assiste na proteção dos seus dados pessoais e sensíveis, subscrevendo-os mediante a sua assinatura.

Local e Data _____, _____ de _____ de _____

(Assinatura do Titular dos Dados ou Representante caso se trate de um Menor de Idade)

DECLARAÇÃO PROTEÇÃO DE DADOS

Esta Declaração faz parte integrante da PROPOSTA DE SEGURO com o NOME E NIF abaixo indicados.

IDENTIFICAÇÃO

Nome

NIF

Tel./Tlm.

DECLARAÇÃO

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 VICTORIA 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, inexatidões 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. 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) | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------|--------------------------|
| | Sim | Não | Sim | Não |
| Marketing e informação promocional de produtos e serviços da VICTORIA. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Transferência para outras entidades do Grupo SMA ou VICTORIA. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Partilha de dados sensíveis com entidades terceiras no âmbito da gestão contratual e gestão de processos de sinistro. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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 Proteção de Dados disponível em www.victoria-seguros.pt, podendo exercê-los perante a VICTORIA ou junto do Encarregado de Proteção de Dados (EPD) através dos contactos aí indicados.

3. ASSINATURA

O(s) 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 _____, _____ de _____ de _____

(Assinatura do 1º Titular dos Dados)

(Assinatura do 2º Titular dos Dados)