

Proposta N.º Apólice N.º Seguro Novo Seguro Novo proveniente
de outro segurador Alteração à ApóliceN.º de Titular

É OU FOI CLIENTE DA COMPANHIA DE SEGUROS AÇOREANA?

 SIM NÃO

(A preencher pela Companhia)

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 DO SEGURO

(Utilizar letra de imprensa e um caracter por quadrícula)

Nome (Nunca abreviar os dois primeiros e os dois últimos nomes)Morada Localidade C. Postal - Telefone Fax Telemóvel E-mail CC / Pass. Data Estado Civil Sexo M F Data Nasc. Profissão / Actividade 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

 Ano e seguintes Início Hora

FORMA E LOCAL DE PAGAMENTO

 Anual Semestral Trimestral Mensal

Uma vez que foi convencionado o pagamento do prémio em fracções iguais ou inferiores a três meses e que nas condições particulares serão indicadas as datas de vencimento das sucessivas fracções do prémio de seguro, valor a pagar e consequências do seu não pagamento, declaro de forma expressa e irrevogável que dei o meu consentimento ao Segurador para que este fique dispensado de proceder ao envio dos respectivos avisos de pagamento de cada uma das fracções.

 Débito em conta bancária (preencher e assinar autorização de transferência bancária)Banco NIB

PESSOAS SEGURAS

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

PESSOA SEGURA 1 (PS1) - (PREENCHER SE DIFERENTE DO TOMADOR DO SEGURO)

Nome (Nunca abreviar os dois primeiros e os dois últimos nomes)Morada Localidade C. Postal - Telemóvel CC / Pass. Contribuinte Profissão E-mail Data Nasc. Sexo M F Estado Civil Banco Nome a constar no cartão NIB

Este NIB é utilizado para efeito 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 - Telemóvel CC / Pass. Contribuinte Profissão E-mail Data Nasc. 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 - Telemóvel CC / Pass. Contribuinte Profissão E-mail Data Nasc. 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 - Telemóvel CC / Pass. Contribuinte Profissão E-mail Data Nasc. 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 - Telemóvel CC / Pass. Contribuinte Profissão E-mail Data Nasc. Sexo M F Nome a constar no cartão

Açoreana Seguros 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

Proposta N.º

Apólice N.º

N.º de Titular

(A preencher pela companhia)

Questionário Médico

Este Questionário Médico faz parte integrante da proposta individual de seguro Açoreana Imed. Responda, por favor, às perguntas abaixo (o preenchimento é obrigatório para todas as pessoas seguras).

QUESTÕES

Para responder às questões coloque um X na quadrícula respectiva **SIM** ou **NÃO**. No caso de responder **SIM**, indique quais na alínea respectiva colocando um X.

PESSOAS SEGURAS

	PS 1	PS 2	PS 3	PS 4	PS 5
A. SOFRE OU SOFREU DE DOENÇAS DO CORAÇÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO
1. Doenças do Músculo Cardíaco / Miocardiopatias, Insuficiência Cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Endocardites, Pericardites, Arritmias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Doenças das Coronárias: Angina de Peito ou Enfarte Agudo do Miocárdio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Doenças das Válvulas: Próteses Valvulares, Prolapsos, outras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. SOFRE OU SOFREU DE DOENÇAS DO APARELHO DIGESTIVO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO
1. Doenças Crónicas do Fígado: Cirrose e Insuficiência Hepática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hepatite B, Hepatite C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Pancreatite, Colite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Úlceras Pépticas, Hérnias, Diverticulites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Litíases, Cálculos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. SOFRE OU SOFREU DE DOENÇAS DOS RINS, VIAS URINÁRIAS, GENITAIS E MAMA	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO
1. Insuficiência Renal ou Diálise ou Amiloidose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Útero, Ovários, Próstata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Rim Único por Nefrectomia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Tuberculose Renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Litíase Renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. SOFRE OU SOFREU DE DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO
1. Efisema Pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Insuficiência Respiratória	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Asma, Bronquite Crónica, Apneia do Sono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Preuresia, Pneumotorax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Tuberculose Pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Bronquiectasias, Hemóptises	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. SOFRE OU SOFREU DE DOENÇAS DOS VASOS OU DO SANGUE	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO
1. Hemofilia, Anemia, Doenças da Coagulação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Linfomas, Mielomas, Leucemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Arterioesclerose, Aneurisma, Doença Arterial Periférica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hipertensão Arterial em tratamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Acidente Vascular Cerebral (AVC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Insuficiência Venosa, Varizes, Tromboflebite, Trombose Venosa Profunda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. SOFRE OU SOFREU DE DOENÇAS DOS OSSOS OU ARTICULAÇÕES	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO
1. Artroses, Coxartrose, Gonartrose, Ormatrose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Reumatismo Articular: Artrite Úrica, Artrite Reumatóide, Espondilite ou outras Artrites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. SOFRE OU SOFREU DE DOENÇAS NEUROLÓGICAS OU MENTAIS	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO
1. Doença de Alzheimer, Encefalopatia, Espongiforme ou outras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Doença de Parkinson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Doenças do Neurónio Motor, Esclerose Múltipla, outras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Encefalites ou Meningites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Epilépsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Hérnias Disciais da Coluna Vertebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Neuropatias Periféricas (Dor Ciática), Doença dos Pézinhos (PAF), defice de Vitamina B12 e outras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Depressão, Doença Bipolar, Esquizofrenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. SOFRE OU SOFREU DE DOENÇAS METABÓLICAS E OU ENDÓCRINAS	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO
1. Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Obesidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Doenças das Suprarenais / Doença de Cushing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Doença da Tiróideia / Bócio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Cota- Ácido Úrico Elevado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Colesterol Elevado, outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. SOFRE OU SOFREU DE DOENÇAS IMUNOLÓGICAS OU INFECCIOSAS OU DA PELE	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO
1. Muscoviscidose ou Miopatia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. SIDA - Síndrome de Imunodeficiência Adquirida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Lúpus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Fibrose Quística	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Psoríases ou Urticária Inespecífica e outras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. SOFRE OU SOFREU DE DOENÇAS DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO
1. Visão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a) Miopia, Astigmatismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Glaucoma e Deslocamentos da Retina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Cataratas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Audição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a) Diminuição da Acuidade Auditiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Otites Crónicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Otoesclerose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Questionário Médico (CONTINUAÇÃO)

QUESTÕES

PESSOAS SEGURAS

Para responder às questões coloque um X na quadrícula respectiva SIM ou NÃO.
No caso de responder SIM, indique quais na alínea respectiva colocando um X.

PS 1

PS 2

PS 3

PS 4

PS 5

L. CANCRO OU OUTROS TUMORES MALIGNOS

SIM NÃO

SIM NÃO

SIM NÃO

SIM NÃO

SIM NÃO

M. OUTRAS DOENÇAS (Caso não constem nos grupos anteriores)

SIM NÃO

SIM NÃO

SIM NÃO

SIM NÃO

SIM NÃO

Se respondeu "SIM" a alguma das perguntas expostas anteriormente de A a M, queira por favor especificar:

As causas, a data do diagnóstico, a localização, o tratamento que efectuou ou continua a efectuar, as eventuais sequelas, colocação de próteses ou implantação de material cirúrgico.

PS

PS

N. SOBRE O PESO E ALTURA

1. Peso (em quilogramas)
2. Altura (em centímetros)
3. Tensão Arterial (min. e máx.)

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) SEGURO(S)

PS 1 _____

Local _____ Data ,

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.

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

O contrato de seguro individual em que o tomador seja uma pessoa singular só se considera aceite em caso de silêncio do Segurador, decorridos 14 dias contados da recepção da proposta ou da recepção de todos os documentos ou informações adicionais/complementares solicitadas pelo Segurador. Para o efeito, a proposta só se considera recebida 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 estes 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.

Declaro(amos) que tomei(amos) conhecimento que estou(amos) obrigado(s) a responder com exactidão e veracidade a todas as questões colocadas nesta proposta e a declarar todas as circunstâncias ou factos que conheça(mos) 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 a solicitar anexa à presente proposta sob pena de me(nos) serem aplicáveis as consequências previstas nas Condições Gerais da Apólice.

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

O Tomador de Seguro _____

PS 1 _____

Local _____ Data ,

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.

COMUNICAÇÃO PARA ENDEREÇO ELECTRÓNICO

Autorizo que as comunicações referentes a este contrato de seguro, caso o mesmo seja aceite pela Seguradora, possam ser efectuadas através do seu envio para o meu endereço electrónico _____@_____

O Tomador de Seguro _____, - -



AUTORIZAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA BANCÁRIA

Uma vez que foi convencionado o pagamento do prémio em fracções iguais ou inferiores a três meses e que nas condições particulares serão indicadas as datas de vencimento das fracções do prémio de seguro e do respectivo valor, declaro de forma expressa e irrevogável que dei o meu consentimento à Seguradora para que esta fique dispensada de proceder ao envio dos respectivos avisos de pagamento de cada uma das fracções.



Ramo Apólice N.º

Banco Balcão NIB

Conta Bancária

Nome

Autorizo o Banco a proceder ao débito da minha conta acima indicada para pagamento das importâncias que lhes forem apresentadas pela Companhia de Seguros Açoreana, S. A., relativas à apólice mencionada. A insuficiência de saldo não responsabiliza o Banco pela execução dos pagamentos.

_____, [A|A|A|A] - [M|M] - [D|D]
(Local e data)

(Assinatura do Titular da Conta)

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.

COBERTURAS / PLANOS Conforme nota informativa resumo para o cliente.	PLANO I	PLANO II	PLANO III	PLANO IV	PLANO V
Hospitalização	2.500 €	7.500 €	12.500 €	15.000 €	15.000 €
Comparticipação (dentro / fora da rede)	100%/50%	100%/50%	100%/50%	100%/50%	100%/50%
Assistência Ambulatória	—	500 €	750 €	1.000 €	1.000 €
Comparticipação (dentro / fora da rede)	—	100%/50%	100%/50%	100%/50%	100%/50%
Consultas					
Consultas ao domicílio					
Urgência (Triagem + Consulta Especialidade)					
Análises Clínicas, Anatomia Patológica					
Outros Exames Auxiliares Diagnóstico (Raio X, Ecografia, TAC, Resson. Magnética)					
Tratamentos e outras despesas Ambulatórias					
Parto	—	—	—	—	1.500 €
Comparticipação (dentro / fora da rede)	—	—	—	—	100%/50%
Rede Dentinet (em Espanha - Dentyred)	✓	✓	✓	✓	✓
Segunda Opinião Médica Internacional	✓	✓	✓	✓	✓
Assistência às Pessoas	✓	✓	✓	✓	✓

COBERTURAS	PERÍODOS DE CARÊNCIA	DENTRO DA REDE	FORA DA REDE
		CO-PAGAMENTOS	LIMITE POR ACTO MÉDICO
Hospitalização	90 dias		K máximo 6,73 €
Assistência Ambulatória	90 dias		
Consultas		15 €	20 €
Consultas ao domicílio		15 €	—
Urgência (Triagem + Consulta Especialidade)		35 €	35 €
Análises Clínicas, Anatomia Patológica		10%, no mínimo 1,20 € por análise	10%, no mínimo 1,20 € por análise
Outros Exames Auxiliares Diagnóstico (Raio X, Ecografia, TAC, Resson. Magnética)		10%, no mínimo 10 €	10%, no mínimo 20 €
Tratamentos e outras despesas Ambulatórias		10 €	10 €
Parto	365 dias		K máximo 6,73 €
Rede Dentinet (em Espanha - Dentyred)		A	—
Segunda Opinião Médica Internacional		A	
Assistência às Pessoas		B	

A - de acordo com informação pré-contratual/condições gerais

B Co-pagamento de 15 € por consulta no domicílio, incluída na Assistência Médica em Portugal (domiciliária). Garante, também a Assistência (em Portugal) em caso de Internamento Hospitalar e a Assistência em Viagem no Estrangeiro em caso de acidente ou doença súbita.

INFORMAÇÕES ÚTEIS

PORTAL ADVANCECARE

De forma a poder consultar on-line toda a informação sobre o seu contrato de saúde, nomeadamente: dados pessoais, apólice, extracto, despesas, reembolsos e pedidos de autorização, sugerimos que proceda ao seu registo no Portal do Cliente, no site da AdvanceCare.

Em alternativa, poderá pedir a sua password de acesso através da nossa Linha Açoreana Imed - **808 20 20 05**.

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 convenicionado 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).

Linha Açoreana Imed de atendimento a clientes, disponível das 08h30 às 18h30 nos dias úteis, excepto o serviço de assistência acessível 24h/365 dias 808 20 20 05