



VICTORIA SAÚDE

Consigo em todos os momentos

Solução exclusiva Duartes Mediadores de Seguros

A SUA SAÚDE É A NOSSA PRINCIPAL PREOCUPAÇÃO

A **Duartes Mediadores de Seguros** e a **VICTORIA Seguros** criaram uma oferta de saúde especialmente a pensar nos Associados da Sindicato dos Funcionários Judiciais - SFJ e nas suas famílias. Conheça o **Plano de Saúde** que permite **reforçar a sua segurança e ser complementar à ADSE**, 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 ADSE**, 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 ADSE, extensível a toda a família e a um preço verdadeiramente competitivo!



SEGURO DE SAÚDE VICTORIA - UM MUNDO DE VANTAGENS

PLANO DE SAÚDE

Garantias	Com Pré - comparticipação pela ADSE E	Sem Pré - comparticipação pela ADSE E	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% (1)	
Copagamento por consulta ao domicílio (2)	€ 30,00		
Óculos e Outras Ortóteses e Próteses			€ 1.500,00
Aros, Lentes e Lentes de Contacto			
Comparticipação	80%	50% (1)	€ 150,00
Estomatologia (3)			€ 250,00
Comparticipação	80%	50% (1)	
Parto			€ 1.000,00
Comparticipação	90%	85% (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 o período de carência é de 12 meses.

(1) É disponibilizada a Rede convencionada VICTORIA para as despesas ocorridas fora da rede/Subsistema, no entanto, serão igualmente comparticipadas as despesas que tenham ocorrido fora da Rede convencionada VICTORIA.

(2) Exclusivamente no âmbito do serviço de Assistência em Portugal. Este pagamento não é reembolsável.

(3) Inclui Rede Dentária.

Outros Serviços Incluídos e sem Custo Adicional: 2ª Opinião Médica Internacional; Assistências em Portugal; Assistências em Viagem no Estrangeiro; Portabilidade das Garantias ao Estrangeiro; Acesso à Rede Bem - Estar

E tudo isto por tão pouco:

Escalões Etários	Prémio Total Mensal Aderentes	Prémio Total Mensal Não Aderentes	Escalões	Prémio Total Mensal Aderentes	Prémio Total Mensal Não Aderentes
0-5	€ 6,34	€ 11,13	46-50	€ 17,63	€ 30,92
6-15	€ 7,76	€ 13,60	51-55	€ 21,86	€ 38,34
16-20	€ 11,27	€ 19,78	56-60	€ 30,31	€ 53,18
21-35	€ 13,39	€ 23,50	61-65	€ 42,20	€ 74,21
36-45	€ 14,81	€ 25,97	>=66	€ 59,92	€ 98,93

Os prémios incluem encargos legais em vigor que são 2,5% para o INEM e 5% de imposto selo.

Não perca mais tempo e subscreva hoje mesmo!

MIGUEL DUARTE

Duartes Mediadores de seguros Lda



miguel@duartesmseguros.pt



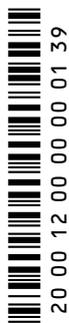
212 979 073



212 979 072



912 346 912



20 00 12 00 00 01 39



TOMADOR DO SEGURO

Mediador **1 8 8 3 4**

Nome **SFJ**

CONTRATO

Plano Saúde — Apólice Nº 15551 (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)



20 00 12 00 00 00 01 39

DECLARAÇÃO PROTEÇÃO DE DADOS

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

IDENTIFICAÇÃO

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

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(os) 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)