SAÚDE® PRIME
Saúde para todos

PROPOSTA DE ADESÃO - SEGURO DE SAÚDE PME's

CÓDIGO 1 0 0 9 5 7

Nº APÓLICE | DATA DE INCLUSÃO __ / __ / __

Preencher e enviar por Correio para:
Avenida da República, 50, 1º Andar
1050-196 Lisboa
ou via Fax para número: 213519032

1 - IDENTIFICAÇÃO DO TOMADOR

Nome:

Morada:

Localidade: Código Postal: ____ – ____

Telf / Fax: Telemóvel: Email:

Contribuinte nº:

2 - GRUPO SEGURO - Nº DE ADERENTES

N.º de Pessoas Seguras Aderentes ao Seguro: Colaboradores: Cônjuge: Descendentes:

O Risco estava anteriormente seguro: Sim: ☐ Não: ☐ Seguradora: Apólice*:

* - Anexar condições particulares da congénere

3 - OPÇÃO ESCOLHIDA

COBERTURAS	COMPARTICIPAÇÃO		CAPITAIS					
	Dentro da Rede (**)	Fora da Rede	opção 1 ☐	opção 2 ☐	opção 3 ☐	opção 4 ☐	opção 5 ☐	opção 6 ☐
COBERTURAS BASE								
Hospitalização	100 %	50 %	10.000 €	30.000 €	50.000 €	10.000 €	30.000 €	50.000 €
Ambulatório	100 %	50 %				1.000 €	2.000 €	2.500 €
Acesso Rede Médica Privada	-	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Acesso Rede Dentária	-	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Assistência Domicílio	-	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2ª Opinião Médica	-	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓
COBERTURAS OPCIONAIS (*)								
Estomatologia	100 %	50 %				150 € ☐	250 € ☐	400 € ☐
Parto	100 %	50 %				1.500 € ☐	2.500 € ☐	3.500 € ☐
Medicamentos	-	80 %				100 € ☐	200 € ☐	500 € ☐
Próteses e Ortóteses	-	80 %				1.000 € ☐	1.250 € ☐	1.500 € ☐
Ortóteses Oftalmológicas	-	80 %				150 € ☐	300 € ☐	500 € ☐

(*) Pode subscrever uma, ou mais, das coberturas indicadas. (**) Após co-pagamento.

4 - MODO DE PAGAMENTO

Modo de pagamento: ☐ Anual ☐ Semestral ☐ Trimestral ☐ Mensal *

* O pagamento mensal só poderá ser efectuado por Débito Directo

5 - FORMA DE PAGAMENTO

☐ Junto envio cheque cruzado no valor de _____ Euros, a ordem de Future Healthcare, S. A (só para pagamento anual)

☐ Por aviso de cobrança (só para pagamentos trimestrais/ semestrais/ anuais)

☐ Pago o valor anual/ semestral/trimestral/mensal (riscar o que não interessa) de _____ Euros através do Sistema de Débitos Directos, pelo que preencho a Autorização de Pagamento. A minha adesão renovar-se-á automaticamente, salvo instruções minhas em contrário.

Autorização de pagamento

Exmos Senhores,

Por débito na conta abaixo indicada, queiram proceder, até nova comunicação, aos pagamentos dos débitos que vos forem apresentados pela empresa Future Healthcare, S.A.

Banco: Balcão: Nome do titular:

Nº Identificação Credora: 1 0 5 9 4 6 Nº de ADC: (a preencher pela Companhia)

NIB:

Data: ____ / ____ / ____ Assinatura:

Saúde Prime é uma marca registada da Future Healthcare. Serviços de Saúde e Assistência. Cia com sede na Avenida da República, nº 50 - 1º - 1050-196 Lisboa, NIPC/Registado na C.R.C. Lisboa sob o nº único 508139834. Capital social de 170.000 euros. Assiste Previsione, S.A., através de sua sucursal em Portugal, com domicílio em Rua da Horta Seca, 1 01 – Palácio Bagatela (Edifício 1, 7º andar - 1200-036 Lisboa, matriculada na Conservatória do Registo Comercial de Lisboa, com o número de identificação fiscal 980 306 591.