

APTCA – ASSOC PORTUGUESA TRIPULANTES DE CABINE

Manual de Utilizador



1 - QUADRO DE COBERTURAS

(Coberturas, Capitais, % de Reembolso e Franquias)

SEGURO DE SAUDE UNA / ADVANCE CARE						
Coberturas	BASE	COMPLETO	Rede		Fora da Rede	
			Segurador	Cliente	Segurador	Cliente
HOSPITALIZAÇÃO*	15 000 €	50 000 €	90%	10%	50%	50%
Franquia por sinistro				Min. 250 € e Máx. 500 €		
Valor Máximo de K			-	-	7 €	
PARTO		Incluído	-	-	50%	50%
Parto Normal Cesariana		Hospitalização		250 €		
Int. Inv. Gravidez				500 €		
Valor Máximo de K				250 €		
				-		
			-		7 €	
AMBULATÓRIO **	1 000 €	2 000 €	100%	0%	50%	50%
Consultas				18,50 €		
Consultas de psiquiatria e psicologia				25,00 €		
Consultas Urgência				45,00 €		
Reembolso Máximo por Consulta					35 €	
Exames Auxiliares de diagnóstico:				10%, no mínimo de:		
Análises Clínicas				2,00 €		
Anatomia Patológica				10,00 €		
Raio X				10,00 €		
Ecografias				15,00 €		
TAC				30,00 €		
Ressonância Magnética				70,00 €		
Fisioterapia				10 €	-	-
Cinesioterapia	6 sessões	6 sessões		10 €	-	-
Terapia da Fala	6 sessões	6 sessões		16 €	-	-
Outros Exames e Tratamentos			90%	10%	-	-
ESTOMATOLOGIA		500 €	100%	0%	50%	50%
Visitas				Tabela		
Outras Despesas				Copagamentos		
PRÓTESES E ORTÓTESES		2 000 €	0%	100%	50%	50%
Ortóteses Oculares		250 €			50%	50%
REDE DE ESTOMATOLOGIA	Incluído	Incluído				
REDE DE BEM-ESTAR	Incluído	Incluído				
MEDICO ONLINE	Incluído	Incluído	Duas primeiras consultas gratuitas; seguintes copagamento 15 €			
ASSISTÊNCIA ÀS PESSOAS	Incluído	Incluído	Copagamento de 15 € por consulta ao domicílio			
2ª OPINIÃO MÉDICA	Incluído	Incluído				

* Internamento motivado por doenças do foro psiquico: máximo de 15 dias por Anuidade

Atos cirúrgicos ao joelho: Co-pagamento a cargo da Pessoa Segura 20% na rede . valores mínimos e máximos de 500€ e 1.000€, respetivamente ; Fora d Rede: Co-pagamento 60% fora da rede

** Limite de 10 consultas de ginecologia ou obstetrícia e 4 ecografias ginecológicas ou obstétricas por Anuidade

2 – PRÉMIO TOTAL ANUAL POR PESSOA SEGURA 2025/26

Escalão etário	Plano BASE	Plano COMPLETO
0-20	186,0 €	395,0 €
21-24	197,0 €	547,0 €
25-35	240,0 €	740,0 €
36-50	353,0 €	818,0 €
51-60	595,0 €	1 170,0 €
61-65	767,0 €	1 685,0 €
> 65	1 730,0 €	2 525,0 €

Forma de Pagamento: Debito direto da UNA

Recibos de Prémio emitidos em nome do Tomador de Seguro, APTCA

Fraccionamento: Trimestral

3 – CONDIÇÕES DO SEGURO

VALORES SEGUROS

Os Capitais (valores seguros) indicados no Quadro de Garantias correspondem à responsabilidade máxima da Seguradora em cada Anuidade, por Cobertura e Pessoa Segura.

PESSOAS SEGUROS

Os Associados da APTCA e os elementos do respetivo Agregado Familiar (Cônjuges ou equiparados e Descendentes ou equiparados).

Forma de Adesão: por ficheiro Excel, ficando dispensado o preenchimento de Questionário clínico

Opções de Coberturas: podem ser subscritas as duas opções indicadas e cada Associado escolher livremente a opção que mais lhe interessar.

Caso pretenda incluir o seu agregado familiar, deve ficar incluído na mesma opção do Associado.

IDADE LIMITE DE ADESÃO AO SEGURO:

- Associados e Cônjuges: 65 anos
- Filhos: 24 anos

IDADE MÁXIMA DE PERMANÊNCIA NO SEGURO:

- Se subscrito até aos 55 anos – sem limite
- Se subscrito após os 55 anos – até aos 75 anos
- Sem limite de permanência para filhos

PESSOAS TRANSFERIDAS DE OUTRO SEGURO DE SAÚDE:

A Seguradora aceita condições de transferência para as pessoas que tenham estado seguras no anterior Seguro de Saúde pelo período mínimo de 1 ano e que sejam transferidas sem interregno temporal (ou nos 30 dias seguintes à data de anulação no anterior Seguro de Saúde), em todas as coberturas excepto Parto, ou seja:

- Isenção de períodos de carência nas coberturas anteriormente subscritas, com excepção de Parto e dos riscos com carência alargada, que têm período de carência de 365 dias;
- Para efeitos de análise e determinação de pré-existências, é considerada a data de inclusão na anterior Apólice de Seguro de Saúde.
- Para efeitos de determinação do limite de idade de permanência é considerada a idade de inclusão na Apólice anterior.

Nota: Será necessário apresentar declaração de transferência do seguro

NOVAS ADESÕES (PESSOAS QUE NÃO SÃO TRANSFERIDAS DE OUTRO SEGURO DE SAÚDE):

Para efeitos de análise e determinação de pré-existências é considerada a data de inclusão no Seguro de Saúde da UNA /AdvanceCare.

Períodos de carência aplicáveis, em caso de doença, para novas adesões:

- 90 dias para 'Despesas de hospitalização';
- 60 dias para 'Despesas de Assistência Ambulatória', 'Despesas de Estomatologia', 'Despesas com Próteses e Ortóteses' ;
- 365 dias nos casos de despesas motivadas por:
 - ✓ Intervenção cirúrgica às varizes;
 - ✓ Tratamentos cirúrgicos às Amígdalas, adenoides, ouvidos, septo nasal ou cornetos;
 - ✓ Litíase renal e vesicular;
 - ✓ Tratamentos às Hemorroidas, ou Fissuras ou Fístulas Anais;
 - ✓ Tratamento da úlcera gastroduodenal;

- ✓ Miomas Uterinos;
- ✓ Plastia Mamária de Aumento ou Redução;
- ✓ Tratamentos à Tiróide;
- ✓ Colecistite;
- ✓ Tratamentos às doenças das articulações;
- ✓ Cirurgia relacionada com hipertrofia benigna da próstata;
- ✓ Cataratas;
- ✓ Roncopatia/apneia do sono;
- ✓ Tratamentos às lesões benignas da pele.
- ✓ Tratamentos a hérnias.

Recém-nascidos: São automaticamente aceites, sem período de carência, desde que o agregado familiar esteja incluído no seguro há mais de 1 ano. Têm que ser incluídos no prazo de 30 dias após o nascimento.

ÂMBITO TERRITORIAL

O seguro é válido em Portugal Continental e Regiões Autónomas dos Açores e Madeira, salvo em casos excepcionais, desde que aconselhados clinicamente e com o acordo prévio da UNA/AdvanceCare.

O Seguro poderá ainda funcionar no estrangeiro, apenas em caso de acidente ou doença súbita, em estadias de duração não superior a 60 (sessenta) dias, através da Cobertura Assistência às Pessoas, com o capital indicado para “Despesas médicas, cirúrgicas, farmacêuticas e de hospitalização no estrangeiro, da sub-cobertura Assistência em Viagem.

Para que a cobertura Assistência em Viagem seja acionável, é obrigatório contactar e solicitar o serviço de Assistência.

TERMO DAS GARANTIAS

Os Associados e respectivos membros do Agregado Familiar deixam de estar abrangida pelas garantias da Apólice, a partir da primeira das seguintes datas:

- Cessação do vínculo com o Tomador de Seguro;
- No final da anuidade em que a pessoa segura atinja a idade limite de permanência;
- Para todo o agregado familiar, em caso de exclusão do Associado.

CARTÃO DE SAÚDE UNA /ADVANCECARE



- Sempre que recorrer à Rede AdvanceCare, a Pessoa Segura deverá apresentar o Cartão de Saúde UNA/AdvanceCare e um documento de identificação com fotografia.
- Se não tiver o Cartão de Saúde consigo, a Pessoa Segura pode apresentar o Cartão digital, disponível na **APP myAdvanceCare**, ou indicar o seu N.º de Identificação que consta no Cartão, ou solicitar a elegibilidade através do Serviço de Assistência ao Cliente.
- Quando por indisponibilidade do sistema informático ou outro motivo, não for possível o processamento do valor do(s) co-pagamento(s), a Pessoa Segura deverá solicitar ao prestador para que a despesa seja facturada com os preços convencionados de rede, efectua o respectivo pagamento e envia-a, posteriormente, para a UNA / AdvanceCare, por forma a ser efectuado o respectivo reembolso, nas condições de prestação na rede.
- Em caso de extravio do Cartão de Saúde, a Pessoa Segura ou o Tomador do Seguro devem informar a sua Seguradora e pedir uma 2ª via do Cartão através do Serviço de Assistência ao Cliente ou através do Portal de Cliente / APP da AdvanceCare, no prazo máximo de 48 horas. O mesmo será depois anulado e proceder-se-á à emissão e envio de um novo cartão.
- Caso seja informada do extravio do cartão, a **Verlingue** irá articular junto da **UNA / AdvanceCare** a emissão da 2ª via do Cartão, os pedidos de reembolso de despesas e efectuará o acompanhamento dos sinistros em curso.

4 - REGIME DE PRESTAÇÕES

4.1. Despesas Realizadas na Rede de Prestadores AdvanceCare (Sistema Managed Care)

Como funciona?

A Seguradora pagará integralmente as despesas efectuadas com os cuidados de saúde prestados na Rede AdvanceCare, até aos respectivos limites seguros, sendo de responsabilidade das Pessoas Seguras o pagamento das participações e/ou franquias.

O que é a Rede Convencionada?

É uma Rede de Prestadores de Serviços Médicos, que garante à Pessoa Segura o acesso a Hospitais, Centros Médicos, Clínicas, Laboratórios e outras Unidades de Saúde.

Pesquisar os Prestadores

A Pessoa Segura pode aceder à informação sobre os prestadores que integram a Rede Médica

AdvanceCare das seguintes formas:

- No site AdvanceCare, <https://simulator.advancecare.pt>
- Através da APP myAdvanceCare
- Através da Linha de Apoio ao Cliente **(Tel.: 210 127 212)**

Procedimentos a observar

1. Seleccionar um prestador da Rede AdvanceCare e agendar serviço pretendido;
2. Apresentar junto do Prestador o Cartão ou, em alternativa, indicar o respectivo número de cartão;
3. No momento da prestação do serviço, suportar o custo relativo ao co-pagamento e/ou franquia definidos na apólice;
4. O acesso aos actos médicos dependerá, em algumas situações, de uma pré-autorização que deverá ser solicitada pelo Prestador junto da AdvanceCare;
5. A Pessoa Segura deverá solicitar sempre o recibo do pagamento realizado, para poder incluí-lo na sua declaração anual de IRS, e verificar que este tem o seu NIF correcto; sem o NIF correcto o recibo não poderá ser considerado para fins fiscais.

Autorizações

- Algumas coberturas (Hospitalização) e alguns actos médicos específicos só podem ser accionados mediante autorização prévia da UNA/ AdvanceCare. O pedido de autorização prévia é efectuado pelo Prestador (desde que o mesmo pertença à Rede AdvanceCare).

- A Pessoa Segura pode consultar o estado das autorizações no Portal de Cliente myAdvanceCare ou na APP.
Caso a Pessoa Segura tenha informado o número de telemóvel no momento da adesão ao seguro, será enviado SMS com informações sobre o estado do pedido de autorização.
- Quando a Pessoa Segura recorre aos serviços da Rede Médica AdvanceCare, sem que tenha sido concedida a pré-autorização necessária, deverá pagar a totalidade da despesa. A Pessoa Segura poderá solicitar o reembolso da despesa que será analisado em função das condições da apólice.
- Se por uma situação de urgência não for possível solicitar a pré-autorização, devem ser contactados os serviços clínicos da UNA/ AdvanceCare no prazo de 48 horas ou no mais curto período de tempo possível.
- A UNA/AdvanceCare informará as Pessoas Seguras sempre que futuramente outros serviços clínicos ou despesas necessitem de pré-autorização.
- Quando a Pessoa Segura solicitar um Termo de Responsabilidade e, atendendo ao tipo de actos médicos em causa, seja previsível que o valor da despesa exceda o capital seguro disponível para o efeito, a UNA/ AdvanceCare poderá solicitar à Pessoa Segura o pagamento de uma caução que assegurem a restituição do valor adiantado pelo Segurador mas não garantido ao abrigo da apólice.

Nota:

Tem ainda à sua disposição os serviços da Verlingue para obter o Impresso para o Pedido de pré- autorização, nos casos em que o médico não pertence à Rede, enviar o pedido de pré-autorização para os serviços clínicos da UNA/AdvanceCare e fazer a articulação do processo junto da Seguradora.

LISTA DE COBERTURAS /ESPECIALIDADES /ACTOS MÉDICOS EM QUE É NECESSÁRIA PRÉ-AUTORIZAÇÃO DA ADVANCECARE

- Despesas garantidas ao abrigo da Condição Especial "Despesas de Hospitalização"
- Despesas garantidas ao abrigo da Condição Especial "Parto"
- Exames ou tratamentos de maior complexidade
- Em caso de dúvida, contactar os serviços clínicos da AdvanceCare

4.2. Regime de Prestações por Reembolso (Livre Escolha)

Como funciona?

A Seguradora garante o reembolso de despesas efectuadas pelas Pessoas Seguras nos prestadores de serviços à sua escolha, de acordo com o plano de participações e valores seguros indicados no Quadro de Garantias.

No que respeita ao pagamento das indemnizações devidas, estas serão creditadas directamente na

conta bancária de cada empregado indicada para o efeito, através do respectivo NIB.

O pedido de reembolso das despesas deverá ser submetido pela Pessoa Segura **até 120 dias a contar da data de realização do acto médico.**

Quando o Tomador do Seguro e / ou a Pessoa Segura tenha previamente accionado outro subsistema de saúde ou contrato de seguro, o prazo, para efeitos do atrás disposto, contar-se-á a partir da data da declaração de pagamento emitida pela entidade responsável.

Como solicitar o reembolso?

Despesas médicas em geral

Os pedidos de reembolso deverão ser formalizados através do Portal da AdvanceCare ou por preenchimento de impresso próprio.

1. No Portal da AdvanceCare:

Vantagens da utilização do Portal

- Consultar o histórico das despesas que enviou para reembolso e qual o seu status, assim como visualizar o seu detalhe;
- Submeter despesas para reembolso, sem precisar de enviar os originais por correio;
- Aceder ao seu cartão virtual, imprimir e ver o seu detalhe;
- Solicitar o pedido de 2ª via do cartão;
- Consultar os dados da sua apólice, informação do início, anuidade em curso, seguros activos, titulares, etc.;
- Consultar as condições gerais e especiais da sua Apólice;
- Consultar as suas condições gerais e especiais;
- Aceder à lista de cobertura disponíveis no seu plano (e se aplicável consultar informação relativa a sub-coberturas);
- Consultar os seus dados pessoais nome, IBAN, NIF, estado da apólice, morada, dados de contacto.

Link:

<https://advancecare.pt/para-si/>

Procedimentos:

- Clicar no canto superior direito em *"myAdvanceCare Particulares"*;
- Escolher a opção *"Novo registo"* e *"Particulares"*;
- Passos seguintes:

Antepenúltimo – Preencher os seguintes

campos: Nome
Apelido
Data de nascimento
Número de identificação
fiscal Telemóvel
Email
Password (mínimo 8 caracteres)
Confirmar Password

Confirmar no mínimo as duas primeiras flags:

"Li e aceito os Termos e Condições apresentadas" e *"Autorizo a utilização dos dados fornecidos nos termos aqui definidos e para os fins expostos"*.

Clicar em *"Não sou um Robô"* e depois em *"Continuar"*.

Penúltimo – Preencher o nº de cartão".

Último – Clicar em *finalizar*".

O registo via portal de despesas que não careçam de análise clínica, tais como, consultas, exames, etc., o respectivo reembolso ocorrerá, à partida, **no prazo máximo de 3 (três) dias úteis após o registo**.

2 - Por correio

- Os pedidos de reembolso deverão ser sempre suportados por recibos originais.
- No caso da Pessoa Segura beneficiar de outro subsistema de saúde, serão aceites fotocópias dos documentos justificativos das despesas efectuadas, desde e as mesmas venham acompanhadas pelo documento original que comprove o reembolso recebido.

- Depois de devidamente preenchido o impresso de comparticipação de despesas e anexados os respectivos documentos comprovativos, os pedidos de reembolso deverão ser encaminhados para a AdvanceCare:

UNA/ADVANCECARE

Apartado 2245

1106-001 LISBOA

Caso a Pessoa Segura não disponha do impresso "Reembolso Despesas Médicas" deverá obtê-lo através do Portal de Cliente myAdvanceCare (site ou APP), Linha de Saúde AdvanceCare ou solicitar um exemplar do documento junto da Verlingue.

O estado dos pedidos de reembolso pode ser acompanhado no Portal de Cliente myAdvanceCare.

PRAZO MÁXIMO PARA ENVIO DE DESPESAS PARA REEMBOLSO: 120 dias

Documentos que devem acompanhar o pedido de reembolso

Os recibos (originais) devem ainda indicar claramente:

- O nome da pessoa que utilizou os serviços;
- O tipo de serviço prestado;
- A especialidade do Médico;
- A discriminação dos montantes pagos por ato médico.

1) Deverão ser entregues facturas, facturas-recibo ou facturas simplificadas originais respeitantes a todas as despesas apresentadas;

2) Todas as facturas, facturas-recibo ou facturas simplificadas devem conter a indicação do valor pago, a identificação do Prestador de cuidados de saúde, Nome da Pessoa Segura e Nº de Beneficiário UNA que se reportam as despesas, data e descrição completa do(s) acto(s) médico(s) ou cuidados de saúde prestados;

3) O pedido de reembolso de despesas médicas deve ser acompanhado do impresso de "Reembolso de Despesas de Saúde", onde deverão estar discriminadas as despesas por Cobertura;

4) Quando haja comparticipação prévia de um Subsistema de Saúde ou de outro Seguro de Saúde, a UNA/ AdvanceCare aceita fotocópias das despesas, que devem estar acompanhadas pelo original da declaração da Entidade responsável Subsistema ou outro Seguro de Saúde, onde conste o valor da respectiva comparticipação;

5) Documentos a apresentar por Cobertura /Tipo de Acto Médico:

- INTERVENÇÕES CIRÚRGICAS / INTERNAMENTOS: Os recibos devem ser acompanhados de impresso próprio devidamente preenchido pelo médico. Para melhor e mais rápida apreciação por parte dos Serviços Clínicos da Seguradora, devem igualmente ser enviados os resultados dos exames auxiliares diagnóstico efectuados, nota de alta e toda a informação clínica que tiver sido facultada pelo Médico.
- CONSULTAS: Facturas/Recibos originais, com indicação da especialidade médica;
- EXAMES AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO (Raio X, Análises, etc.): Facturas/Recibos originais e cópia da prescrição médica;
- TRATAMENTOS: Facturas/Recibos originais, respectiva prescrição médica e relatório clínico com menção do diagnóstico, início dos sintomas e evolução da afecção clínica. Nos tratamentos de fisioterapia acresce, em caso de acidente, o preenchimento e envio do "formulário de acidente" ;
- ORTÓTESES OCULARES: Facturas/Recibos originais e cópia da prescrição médica.

Como é feito o reembolso?

Quando o pedido de reembolso for aprovado, a Pessoa Segura receberá o pagamento por transferência bancária, para a conta já informada para o efeito.

Despesas ocorridas no estrangeiro

- O reembolso das despesas realizadas em moeda estrangeira, será efectuado em euros, contra a entrega de documentação comprovativa, considerando a taxa de câmbio de referência do dia da realização da despesa.
- Os limites e termos da prestação – capital, franquias, períodos de carência – são os da cobertura accionada.
- Os documentos necessários para solicitar reembolso dependem do tipo de despesas médicas realizadas (sendo a mesma documentação exigida para reembolso de despesas realizadas em Portugal);
- O reembolso será aceite se estas despesas estiverem garantidas ao abrigo das Coberturas da Apólice.

Complementaridade de Seguros ou Subsistemas de Saúde

Se a Pessoa Segura possuir outro Seguro que garanta as mesmas Coberturas ou as despesas tenham sido comparticipadas por outro Subsistema de Saúde (por exemplo, ADSE ou SAMS), o Seguro de Saúde funciona em excesso dos anteriores, pelo que deverão ser apresentados os documentos em formato digital, nas situações em que o pedido for feito Online, ou fotocópias dos originais se o pedido for feito através da Verlingue ou por correio.

Em ambas as situações os pedidos devem ser acompanhados da declaração da Entidade responsável pelo outro Seguro ou Subsistema, comprovando o valor reembolsado pela 1ª Entidade. Nestes casos, o cálculo da UNA/ AdvanceCare incidirá sempre sobre o valor remanescente que ficou a cargo da Pessoa Segura.

OUTRAS COBERTURAS E SERVIÇOS DE SAÚDE ADVANCE CARE

Portal de Clientes e App myAdvanceCare



O novo Portal de Clientes myAdvanceCare e a App são um auxílio na gestão do seu seguro de saúde.

Agora estamos **mais próximos das pessoas**, proporcionando um acompanhamento integral da sua saúde de forma simples e rápida.

Oferecemos um conjunto de funcionalidades para os seus ASSOCIADOS:

- Cartão virtual
- Entrega de despesas médicas online para reembolso em 72h
- Simulador de despesas médicas
(para que saiba antecipadamente os valores da sua consulta ou intervenção)
- Médico online (por videochamada) – Serviço prestado por uma entidade autorizada e profissionais de saúde habilitados para o efeito
- Consulta de utilizações, reembolsos e pré-autorizações
- Solicitar pré-autorizações

Segunda Opinião Médica

Em caso de doença grave da pessoa segura, este serviço permite recolher uma Segunda Opinião Médica por parte dos melhores especialistas a nível mundial, relativamente ao diagnóstico da patologia e respectivos tratamentos adequados.

Trata-se de um serviço prestado por um Prestador de referência com acompanhamento de médico em Portugal desde o 1.º contacto.

Rede de Bem-estar

Rede de prestadores que permite o acesso a descontos significativos na aquisição ou utilização de mais de 3.500 serviços ligados ao bem-estar, lazer e saúde e cuja procura pelo mercado tem crescido de forma significativa.

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Psicologia e Terapia da Fala • Terapêuticas Medicinais não convencionais (Acunpunctura, Homeopatia, Osteopatia, Quiroterapia, Naturopatia) • Serviços de Termalismo (Termalismo, Talassoterapia e SPA's) • Ópticas | <ul style="list-style-type: none"> • Consultas de Nutrição • Serviços de Beleza e Saúde (Ginásios, Clínicas de preparação e recuperação Pós Parto, e Genética) • Serviços de Apoio Domiciliário • Farmácias e Parafarmácias |
|---|---|

A rede de bem-estar está disponível para pesquisa em advancecare.pt, identificando o especialista ou serviço pretendido.

Assistência às Pessoas

Inclui os seguintes serviços e benefícios:

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Envio de médico ao domicílio: deslocação sem custo e copagamento de 15€ por consulta • Despesas médicas, cirúrgicas, farmacêuticas e de hospitalização no estrangeiro com capital de 3.500€, em consequência de acidente ou doença súbita para deslocações até 60 dias • Despesas médicas, transporte ou repatriamento sanitário em consequência de acidente ou doença súbita no estrangeiro, para <u>deslocações até 60 dias</u> • Aconselhamento médico 24 horas por dia | <ul style="list-style-type: none"> • Envio de um profissional de enfermagem ao domicílio, num limite de 10 dias ou 300 € por anuidade e envio de medicamentos ao domicílio • Check-up anual em prestador de saúde convencionado, até ao limite de 1 consulta por ano, com um co-pagamento de 60€ • Assistência a animais domésticos • Assistência no lar entre outros. |
|---|--|

6 – VERLINGUE

Como habitualmente, a Verlingue prestará todo o apoio necessário na Gestão do Seguro de Saúde. Ou seja, todas as questões e quaisquer pedidos de esclarecimento relacionados com o Seguro de Saúde, nomeadamente:

- Questões sobre o Quadro de Coberturas e condições da Apólice,
- Esclarecimentos sobre os riscos cobertos e exclusões da Apólice,
- Alterações de Pessoa Seguras (novas adesões, exclusões, pedidos de alteração de dados),
- Pedido de 2ª via do cartão de Saúde,
- Obtenção de Impressos para apresentação de despesas,
- Pedido de Comparticipação de despesas em regime de reembolso,
- Processos de pré-autorização,
- Intervenção e acompanhamento do estado dos processos de sinistro junto da Seguradora,
- Processos de reclamação,

Podem ser dirigidos para a Verlingue, onde os técnicos da Plataforma Vida e Saúde darão todo o apoio e farão a articulação junto da Seguradora.

Verlingue – Corretor de Seguros / Plataforma Vida e Saúde

Disponível todos os dias úteis, das 9:00h às 18:00h.

Contacto preferencial: Miguel Santos

Tel. – 211 149 248

E-mail – miguel.santos@verlingue.pt

Gestora para sinistros: Alexandra Maria

Tel. – 211 149 253

E-mail – alexandra.maria@verlingue.pt