

IDENTIFICAÇÃO DO TITULAR

Nº Processo HPA Nome _____

Data Nasc. _____ Sexo _____ Estado Civil _____

Morada _____

Cód. Postal _____ País _____

B.I. / Passaporte _____ Contribuinte _____

S.N.S. _____ Telemóvel _____

Telf. Casa _____ Telf. Emprego _____

E-mail _____

IDENTIFICAÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR

N.º Processo	Nome	Data Nasc.	Contribuinte	S.N.S.
<input type="text"/>	_____	_____	_____	_____
<input type="text"/>	_____	_____	_____	_____
<input type="text"/>	_____	_____	_____	_____
<input type="text"/>	_____	_____	_____	_____
<input type="text"/>	_____	_____	_____	_____
<input type="text"/>	_____	_____	_____	_____

Confirmar os dados com os documentos de identificação.

COMO TOMOU CONHECIMENTO DO CARECARD MEDCHIQUE?

> Hospital > Website > Publicidade > Amigos/Familiares > Outros

A PREENCHER PELA CLÍNICA PARTICULAR MEDCHIQUE

Nome do(a) Rececionista (legível) _____ Valor/ Associado _____

Observações _____

Por favor, anexar ao formulário do Carecard Medchique, comprovativo de pagamento.

CONCEITOS GERAIS

1. O **CareCard Medchique** a que se referem as presentes Condições Gerais de Utilização, adiante designado genericamente por Cartão, é propriedade da Clínica Particular Medchique, a partir de agora nomeada por CPMedchique.
2. O Cartão é pessoal e intransmissível, sendo sempre emitido em nome de uma pessoa singular.

VALIDADE

1. Cada Cartão terá um prazo de validade de um ano, sendo que este não poderá ser utilizado em data posterior a essa validade.
2. A renovação do Cartão não é automática, sendo necessário pedido de renovação 30 dias antes de expirar.

REQUISITOS PRÉVIOS DE UTILIZAÇÃO E PAGAMENTO

1. A utilização de um cartão só é permitida depois do titular tomar conhecimento e aceitar o clausulado do presente contrato.
2. O valor anual do **CareCard Medchique** é de 36€, devendo ser paga a sua totalidade na aceitação do contrato.

UTILIZAÇÃO

1. O Cartão pode também ser utilizado na aquisição de serviços em quaisquer Unidades do Grupo Hospital Particular do Algarve (HPA), permitindo também usufruir das vantagens proporcionadas pelos parceiros do HPA.
2. Para aquisição de bens e serviços, o titular do Cartão deverá:
 - a) Provar a sua identidade por exibição do Cartão de cidadão ou outro documento de identificação;
 - b) Os Titulares são responsáveis pela conservação e correta utilização do Cartão, considerando-se irregular a utilização contrária às disposições consignadas neste contrato;
 - c) Nos casos de má conservação, será emitido um Cartão de substituição pelo qual o titular pagará um valor de 5€ (cinco euros).

CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO

1. As condições do Cartão não são cumulativas com outros Sistemas de Saúde;
2. O Cartão não está sujeito a um período de carência, nem tem limite de idade;
3. O titular do Cartão **CareCard Medchique** terá acesso aos serviços existentes na CPMedchique e nas unidades no Grupo HPA, em condições preferenciais e com inúmeras vantagens. (consultar tabela de serviços)

EXCLUSÕES

1. Ficam excluídos do presente contrato, os atos praticados pelos médicos que não tenham aderido ao **CareCard Medchique**.
2. Usufruto de Check Up's a partir de pagamento anual.
3. Descontos e vantagens aplicáveis apenas a episódios após adesão.

PERDA OU ROUBO

1. Nos casos de perda, extravio, falsificação, roubo ou furto do Cartão, deverá o seu titular comunicar de imediato à CPMedchique a ocorrência (Tef – 282 913 747).
2. Todas as comunicações telefónicas efetuadas nos termos do número anterior devem ser objeto de confirmação escrita, no mesmo dia, para o endereço de e-mail: medchique@grupohpa.com.
3. A CPMedchique providenciará a rápida inibição do uso do Cartão após a receção do documento referido no ponto anterior, assim como a emissão de um novo Cartão que substituirá o anterior.

DENÚNCIA DO CONTRATO

1. Quaisquer das partes pode a todo o momento denunciar o presente contrato, desde que comunique essa intenção à outra parte com o pré-aviso de 15 (quinze) dias em relação à data pretendida para a denúncia.
2. Após a denúncia do Cartão, o mesmo deverá ser devolvido pelo seu titular à CPMedchique no prazo máximo de 15 (quinze) dias.
3. Independentemente da faculdade de denúncia acima prevista pode a CP Medchique em caso de incumprimento das obrigações previstas neste contrato, suspender ou cancelar a possibilidade de utilização do Cartão.

ALTERAÇÕES OU ATUALIZAÇÕES DAS CONDIÇÕES

1. A CPMedchique pode, a qualquer momento, modificar estas condições gerais, desde que informe o titular do Cartão com uma antecedência mínima de 15 (quinze) dias por um dos seguintes meios: e-mail, carta, fax ou SMS.
2. A alteração ou atualização das condições conforme consta no ponto anterior, dá oportunidade ao titular do Cartão para cancelamento do mesmo no prazo de 15 (quinze) dias.

ALTERAÇÃO DE DADOS

1. O titular do Cartão compromete-se a informar a CPMedchique por escrito, de qualquer eventual alteração dos dados fornecidos aquando do preenchimento do formulário de adesão.

PERÍODO DE REFLEXÃO

1. O titular poderá decidir acerca do presente contrato por comunicação, através de carta registada com aviso de receção ou, declaração escrita notificada à CPMedchique no prazo máximo de 7 (sete) dias, contados a partir da data de assinatura deste contrato.
2. A revogação durante o período de reflexão não envolve quaisquer encargos para o titular.

POLÍTICA DE PRIVACIDADE

1. Recolha e Tratamento de Dados
O Grupo HPA Saúde é a entidade responsável pela recolha e tratamento dos dados pessoais dos Utilizadores.
Os dados pessoais recolhidos serão processados e armazenados informaticamente pelo Grupo HPA Saúde ou pelas entidades por este subcontratadas e destinam-se a dar resposta aos seus pedidos de marcação de consultas, bem como aos seus comentários, pedidos de esclarecimento e sugestões.
Os dados pessoais recolhidos serão conservados de forma a permitir a sua identificação apenas durante o período necessário para a prossecução das finalidades de recolha ou do tratamento posterior, findo o qual os mesmos serão eliminados.
O Grupo HPA Saúde assume que os dados recolhidos foram inseridos pelo respetivo titular e que a sua inserção foi autorizada pelo mesmo, sendo os mesmos verdadeiros e exatos.
2. Direito de Acesso
Em cumprimento do disposto na Lei n.º 67/98, de 26 de Outubro, Lei de Proteção de Dados Pessoais, o utilizador poderá, a qualquer momento, exercer os direitos de acesso, retificação e cancelamento dos seus dados, bem como o direito de oposição ao tratamento dos mesmos, mediante pedido escrito dirigido a Grupo HPA Saúde, Estrada de Alvor, 8500-322 Portimão, Portugal.
3. Comunicação de Dados
O Grupo HPA Saúde poderá comunicar os seus dados pessoais a terceiros desde que para o efeito tenha obtido de forma inequívoca o consentimento dos Utilizadores ou ainda quando a transmissão seja efetuada no âmbito do cumprimento de uma obrigação legal, de uma deliberação da Comissão Nacional de Proteção de Dados ou de uma ordem judicial; ou a comunicação seja levada a cabo para proteger interesses vitais dos Utilizadores ou qualquer outra finalidade legítima prevista na lei.
4. Alterações à Política de Privacidade
O Grupo HPA Saúde reserva-se o direito de, a todo o momento e sem aviso prévio e com efeitos imediatos, alterar, acrescentar ou revogar, parcial ou totalmente, a presente Política de Privacidade.
Quaisquer alterações serão imediatamente divulgadas nesta mesma página online.

> ASSINALE, CASO NÃO DESEJE RECEBER A NOSSA NEWSLETTER.

SERVIÇOS	VALOR/DESCONTO***	SERVIÇOS	VALOR/DESCONTO***
CONSULTAS DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR NA CPMEDCHIQUE	25€	DIÁRIAS E HONORÁRIOS DE INTERNAMENTO, SERVIÇO DE OBSERVAÇÃO PERMANENTE E UNIDADE DE CUIDADOS DIFERENCIADOS	-30%
CONSULTAS DE ESPECIALIDADE NA CPMEDCHIQUE E UNIDADES HPA	-30%	SERVIÇO DE MATERNIDADE	-30%
ENFERMAGEM	-20%	PISO DE SALA, HONORÁRIOS DE BLOCO OPERATÓRIO E RECROBRO	-30%
EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO E TRAT. MFR ¹⁾	até -20%	CONSUMÍVEIS E MEDICAMENTOS	-30%
PACOTES DE ATENDIMENTO PERMANENTE ²⁾	80€/Episódio	TRANSPORTE DE AMBULÂNCIA	-50%

*** Descontos sobre a Tabela Particular de Preços da CPMedchique e das Unidades HPA.

1) Análises Clínicas - valores iguais aos do Serviço Nacional de Saúde; Exames de Imagiologia desconto de 20%, com valores fixos para os seguintes exames: RX=15€ // Ecografias=40€ // TAC=120€ // RM=245€; Tratamentos de Medicina Física e Reabilitação desconto de 40%

2) A serem realizados no Hospital Particular de Alvor ou de Gambelas. Inclui todos os serviços executados (incluindo consultas de Especialidade, nomeadamente Pediatria) durante o episódio de urgência, desde a admissão até à alta. **Exclui TAC, RMN, Procedimentos Cirúrgicos e Internamento.** Caso o beneficiário realize exclusivamente a consulta médica, só efetuará o pagamento de 25€.

ASSINATURA

DATA / /