

IDENTIFICAÇÃO DO TITULAR

N.º 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"/>	_____	_____	_____	_____

É favor anexar cópia de Documento de Identificação, Cartão de Contribuinte e Cartão de Utente.

COMO TOMOU CONHECIMENTO DO CARECARD?

Hospital
 Website
 Publicidade
 Amigos/Familiares
 Outros

A PREENCHER PELA CLÍNICA PARTICULAR SIIPEMOR

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

Observações _____

Por favor, anexar ao processo administrativo, fotocópia do Bilhete de Identidade, do Cartão de Contribuinte e do Cartão de Utente, caso ainda não conste. Anexar ao formulário do Carcard SIIPEMOR, comprovativo de pagamento ou fotocópia de cartão válido, de parceiro associado.

CONCEITOS GERAIS

1. O **CareCard SIIPEMOR** a que se referem as presentes Condições Gerais de Utilização, adiante designado genericamente por Cartão, é propriedade da Clínica Particular SIIPEMOR, a partir de agora nomeada por CPSIIPEMOR.
2. O Cartão é pessoal e intransmissível, sendo sempre emitido em nome de uma pessoa singular.
3. O **CareCard SIIPEMOR** é disponibilizado em duas modalidades – **CORPORATE** e **STANDARD** – cujas especificidades são seguidamente explicadas.

VALIDADE

1. Cada cartão terá um prazo de validade de um ano, sendo que este não poderá ser utilizado em data posterior à 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 SIIPEMOR STANDARD** é de 36€, devendo ser paga a sua totalidade na aceitação do contrato.
3. Não existe anuidade para o **CareCard SIIPEMOR CORPORATE**.

UTILIZAÇÃO

1. O Cartão pode ser utilizado na aquisição de serviços em qualquer Unidade do Grupo 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 Bilhete de identidade 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. **Os membros do agregado familiar do titular do CareCard SIIPEMOR STANDARD podem usufruir das mesmas condições, ao preço de 1€/mês/membro.**
4. O **CareCard SIIPEMOR CORPORATE** pode ser adquirido por uma pessoa singular que faça parte, seja colaborador, associado ou mantenha qualquer outro tipo de vínculo legal às empresas, organismos ou instituições com as quais a CPSIIPEMOR tenha celebrado ou venha a celebrar Protocolos ou Acordos de Cooperação, que continuem em vigor e que prevejam explicitamente o direito de adesão ao Cartão, conforme descrito no respetivo documento assinado entre as partes.
5. O **CareCard SIIPEMOR STANDARD** pode ser adquirido por uma pessoa singular, maior de idade e é sujeito a uma anuidade anual, conforme descrito anteriormente.
6. Os titulares dos **CareCard SIIPEMOR CORPORATE** e **STANDARD** terão acesso aos serviços existentes na CPSIIPEMOR 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 aos Carecards SIIPEMOR.
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 titular do Cartão comunicar de imediato à CPSIIPEMOR a ocorrência (Tef – 289 845 915).
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: clinicasiipemor@grupohpa.com.
3. A CPSIIPEMOR 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 CPSIIPEMOR no prazo máximo de 15 (quinze) dias.
3. Independente da faculdade de denúncia acima prevista pode a CP SIIPEMOR em caso de incumprimento das obrigações previstas neste contrato, suspender ou cancelar a possibilidade de utilização do Cartão.

ALTERAÇÕES OU ACTUALIZAÇÕES DAS CONDIÇÕES

1. A CPSIIPEMOR 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: email, 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 CPSIIPEMOR 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 CPSIIPEMOR 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.

> ASSINALE, CASO NÃO DESEJE RECEBER A NOSSA NEWSLETTER.

SERVIÇOS	VALOR / DESCONTO***	
	CORPORATE	STANDARD
CONSULTAS DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR NA CPSIIPEMOR	35€	20€
CONSULTAS DE ESPECIALIDADE	-10%	-20%
ENFERMAGEM	-10%	-20%
SERVIÇOS DOMICILIÁRIOS	-10%	-20%

SERVIÇOS	VALOR / DESCONTO***	
	CORPORATE	STANDARD
RASTREIOS DE SAÚDE	-50%	Gratuito ¹⁾
TRANSPORTE DE AMBULÂNCIA HPA	-30%	-30%
EPISÓDIOS DE ATENDIMENTO PERMANENTE NAS UNIDADES HPA	-20%	-20%
RESTANTES SERVIÇOS NAS UNIDADES HPA	-10%	-10%

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

1) Na maioria dos rastreios. No entanto, nos rastreios onde sejam utilizados consumíveis ou equipamentos, poderá ser cobrado um valor residual.