

**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"/>	_____	_____	_____	_____

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](mailto: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 <sup>1)</sup>
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.