



DATA DE ENTRADA

Motivo:



NOVO

ALTERAÇÃO

Em caso de alteração, preencher apenas o número de apólice e os campos a alterar.

Nota: As zonas a tracejado são para preenchimento do Segurador. - Preencha os espaços em letra de imprensa. - Assinale com cruz "X" os casos aplicáveis.

1 TOMADOR DO SEGURO

Se já é Cliente, indique por favor um dos seguintes elementos

1.2 Dados Complementares

De forma a podermos melhorar o serviço ao cliente, queira por favor preencher os seguintes dados:

Cliente Individual

Estado Civil: Solteiro ☐ União de Facto ☐ Casado ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Viúvo ☐ N.º Filhos:

Habilitações Literárias:

Ensino Básico (até 9.º ano) Ensino Secundário (até 12.º ano) Bacharelato/Licenciatura Pós-Graduação/Mestrado/Doutoramento

Ciente Coletivo

Forma Jurídica: Emp. Nome Individual ☐ Soc. Unipessoal ☐ Soc. por Quotas ☐ Soc. Anônima ☐ Outra, qual? _____

Ano de Início de Atividade

2.1 Início do Seguro

Data - -
 Hora

2.2 Duração do Seguro

Um Ano e Seguintes ☒Data de Vencimento - -

2.3 Periodicidade de Pagamento *

Anual ☐ Semestral ☐ Trimestral ☐ Mensal ☐

* Quando a periodicidade de pagamento escolhida for a MENSAL, fica desde já acordado que não haverá lugar ao envio prévio dos avisos para pagamento dos prémios, sendo as datas em que são devidas cada uma das frações e respetivos valores indicados nas Condições Particulares da Apólice.

2.4 Modalidade de Pagamento

Autorização de Débito Direto SEPA ☒
 SEPA Direct Debit Mandate

Referência da autorização (ADD) a completar pelo Credor.
 Mandate reference – to be completed by the creditor.

Ao subscrever esta autorização, está a autorizar o CREDOR a enviar instruções ao seu BANCO para debitar a sua conta e, simultaneamente, a autorizar o seu BANCO a debitar a sua conta, de acordo com as instruções do CREDOR.
 Os seus direitos incluem a possibilidade de exigir do seu BANCO o reembolso do montante debitado, nos termos e condições acordados com o seu BANCO. O reembolso deve ser solicitado até um prazo de oito semanas, a contar da data do débito na sua conta. Preencha por favor todos os campos assinalados com *.

By signing this mandate form, you authorise the CREDITOR to send instructions to your BANK to debit your account and authorise your BANK as well to debit your account in accordance with the instructions from CREDITOR.
 As part of your rights, you are entitled to a refund from your BANK under the terms and conditions of your agreement with your BANK. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited. Please complete all the fields marked *.

Identificação do Devedor
 Debtor identification

Nome do(s) Devedor(es) /
 Name of the debtor(s)*

Nome de rua e número /
 Street name and number*

Código Postal / Postal code* - Cidade / City*

País / Country*

Número de conta - IBAN /
 Account number - IBAN*

BIC SWIFT /
 SWIFT BIC

Identificação do Credor
 Creditor identification

Nome do Credor /
 Creditor name GENERALI SEGUROS, S.A.A.

Identificação do Credor /
 Creditor identifier PT18100002

Nome de rua e número /
 Street name and number AV. DA LIBERDADE, 242

Código Postal / Postal code 1250 - 149 Cidade / City LISBOA

País / Country PORTUGAL

Tipos de pagamento
 Type of payments

Pagamento recorrente / Recurrent payment ☒

Local onde está a assinar

Location in which you are signing

Localidade / Location Data / Date - -

Assinar aqui por favor:
 Please sign here

Assinatura(s) / Signature(s)*

Os seus direitos, referentes à autorização acima referida, são explicados em declaração que pode obter no seu Banco.
 Your rights regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.

2.5 Questões Obrigatórias

O risco que pretende garantir está ou esteve seguro em qualquer outro Segurador? Sim ☐ Não ☐ Existem débitos por falta de pagamento dos prémios? Sim ☐ Não ☐

Se a Pessoa Segura 1 já é Cliente, indique por favor um dos seguintes elementos

N.º Cliente N.º Apólice Matrícula

N.º Contribuinte

3

Pessoa Segura 1 - Preencher apenas se diferente do Tomador do Seguro

Nome									
Título/Sigla									
Nacionalidade									
Morada									
N.º									
Andar									
Código Postal									
Localidade									
N.º Contribuinte									
Data Nascimento									
Sexo M F Estado Civil									
B.I. / C.C.									
Profissão									
Telefone									
Telemóvel									
Fax									
Email									

Pessoa Segura 2 (PS2) - Grau de Parentesco (em relação à Pessoa Segura 1): Cônjuge ou Equiparado	N.º Cliente
--	-------------

Nome		Título/Sigla		Nacionalidade	
Morada		N.º		Andar	
Localidade		Código Postal		N.º Contribuinte	
Data Nascimento		Sexo		Estado Civil	
Profissão		B.I. / C.C.			
Telefone		Telemóvel		Fax	
Email					

4

COBERTURAS BASE	☐ Light	☐ Valor Mais
Despesas de hospitalização (rede)	-	5 000 €
Subsídio diário de internamento	30 € até 60 dias por anuidade	-
Rede médica AdvanceCare (acesso)	√	√
Despesas de assistência ambulatoria	-	6
Check-up na rede médica (acesso)	-	√
Estomatologia e medicina dentária (acesso rede Dentinet)	√	√
Rede bem-estar	√	√
Contact our Doctors (informação médica online)	-	√
2ª opinião médica	-	√
Assistência médica sénior		
Consultas ao domicílio	√	√
Transporte em ambulância ou táxi	ilimitado	ilimitado
Custo pessoal enfermagem (a)	máx. 175 €/ano	máx. 750 €/ano
Envio de medicamentos	ilimitado	ilimitado
Aconselhamento médico telefónico	ilimitado	ilimitado
Aluguer acessórios hospitalares	transporte ilimitado (num raio de 100 km ida e volta)	transporte ilimitado (num raio de 100 km ida e volta)
Ajuda domiciliária	máx. 5 dias/ano	máx. 7 dias/ano
Serviços informativos (farmácias/médicos)	ilimitado	ilimitado
Transporte urgente familiar Pessoa Segura	máx. 1 transporte/apólice/ano	máx. 2 transportes/apólice/ano
Guarda de animais	máx. 10 dias (em caso de hospitalização)	máx. 10 dias (em caso de hospitalização)
Assistência a pessoas no estrangeiro		
Despesas médicas, cirúrgicas, farmacêuticas e de hospitalização no estrangeiro	-	2 500 €
Transporte ou repatriamento sanitário de feridos e doentes	-	ilimitado
Transporte ou repatriamento de falecidos	-	ilimitado

(a) Se subscrever o serviço Teleassistência24 (MEO) os limites máximos desta cobertura aumentam para 300 €/ano na opção Light e para 1 000 €/ano na opção Valor Mais.

	Light	Valor Mais
Hospitalização na rede	-	50%
Consultas na rede	-	15 €
Consultas ao domicílio	15 €	15 €

ACEITAÇÃO DO CONTRATO - De acordo com o estipulado no Art. 5º das Condições Gerais, a receção da presente Proposta pelo Segurador não pressupõe a aceitação automática deste Contrato de Seguro, podendo o Segurador ainda solicitar informações clínicas, relatórios ou questionários médicos complementares para efeitos de avaliação de risco.

PRAZO PARA APRESENTAÇÃO DAS DESPESAS - As despesas de saúde realizadas no âmbito de prestações indemnizatórias deverão ser apresentadas a pagamento no prazo máximo de 180 dias. Quando a despesa for reclamada fora do prazo acima previsto e desde que, em relação à Pessoa Segura e Tomador do Seguro não tenham existido impedimentos objetivos de o fazer no prazo acordado, ao valor da indemnização a pagar serão deduzidas as perdas e os danos decorrentes de tal incumprimento que, para o efeito, poderão variar entre 5% e 10% do valor indemnizável, atendendo ao valor da despesa em causa e data de apresentação a pagamento.

Valor a Pagar na
Primeira Anuidade

€

O valor indicado poderá sofrer um ligeiro ajuste em relação ao valor a constar no aviso de cobrança.

CONSEQUÊNCIA DE FALTA DE PAGAMENTO DO VALOR A PAGAR

Acordados entre as partes os termos e condições em que o contrato vigorará, a produção de efeitos do mesmo e respetivas coberturas ficará sempre dependente do efetivo pagamento do prémio ou fração inicial por parte do Tomador do Seguro.

O não pagamento do prémio determinará, em relação ao prémio ou fração inicial, a resolução automática do contrato a contar da respetiva data de celebração, em relação aos restantes prémios, a resolução automática do contrato na data em que o mesmo era devido ou a não renovação do contrato.

DECLARAÇÃO

O Cliente/Tomador do Seguro garante a exatidão e completude das declarações prestadas na presente Proposta sob pena de incorrer nas consequências previstas nos artigos 25.º e 26.º do Regime Jurídico do Contrato de Seguro (DL n.º 72/2008 de 16 de abril). Nesta conformidade, caso se trate de uma inexactidão ou omissão dolosa, o contrato será anulado e os sinistros recusados. Em caso de inexactidão ou omissão negligente, o contrato será alterado e os sinistros garantidos na proporção da diferença entre o prémio pago e o prémio que seria devido se o facto inexacto ou omitido fosse conhecido, sem prejuízo da possibilidade do Segurador poder anular o contrato caso se comprove que em caso algum o teria celebrado se tivesse conhecido o facto omitido ou inexacto.

Qualquer alteração à morada ou sede do Tomador do Seguro acima indicada deverá ser comunicada, por carta registada com aviso de receção, ao Segurador no prazo de 30 dias a contar da data em que se verifica, sob pena das comunicações ou notificações que o Segurador venha a efetuar para a morada desatualizada serem consideradas válidas e eficazes.

O Cliente/Tomador do Seguro declara terem-lhe sido prestadas todas as informações relevantes para a subscrição do presente Contrato, nomeadamente as suas principais características, âmbito das garantias e exclusões e demais esclarecimentos exigíveis nos termos previstos no artigo 18.º do DL n.º 72/2008, de 16 de abril, bem como ter recebido a "Nota Informativa", incluída na presente Proposta, com um resumo das Condições Gerais e Especiais aplicáveis ao contrato.

Declara ainda terem-lhe sido explicadas e colocadas à disposição, no ato da celebração do contrato, as Condições Gerais aplicáveis à Apólice de Seguro, que, para sua maior comodidade, se encontram disponíveis, a todo o tempo, para consulta ou impressão no site do Segurador.

Serviços Externos

_____, ____/____/____
CLIENTE / TOMADOR DO SEGURO

Canal de Cobrança

Canal de Captação

Prestação de Serviços

Tipo de Venda:

A1 - Articulada NB

☐

VD - Direta NB

☐

Indexador Externo:

NOTA INFORMATIVA

SAÚDE +55

A presente Nota Informativa não substitui a leitura das Condições Gerais e Especiais aplicáveis ao presente Contrato, constituindo apenas um resumo das mesmas.

Para sua maior comodidade, o Segurador disponibiliza ainda, a todo o tempo, no seu site, as Condições Gerais aplicáveis ao seu contrato para consulta ou impressão.

Âmbito do risco

De acordo com as coberturas subscritas pelo Tomador do Seguro, o presente Contrato garante, até ao limite dos capitais seguros indicados na proposta, o pagamento de despesas de saúde realizadas em regime de prestações convencionadas em consequência de doenças ou acidentes sofridos pela(s) Pessoa(s) Segura(s) durante a vigência do contrato.

Períodos de carência aplicáveis

Salvo disposição em contrário nas Condições Particulares, a entrada em vigor das garantias, em relação a cada uma das Pessoas seguras, só se verificará, em caso de doença, após o decurso de um período de carência de sessenta (60) dias.

Não haverá lugar à aplicação de qualquer período de carência em caso de acidente que requeira tratamento de urgência em hospital. Considera-se tratamento de urgência aquele que deva ser efectuado no prazo máximo de 48 horas após o sinistro.

Principais exclusões

Ao presente Contrato são aplicáveis as exclusões constantes nas Condições Gerais, Especiais e Particulares da Apólice que deverão, para seu conhecimento, ser consultadas e das quais se destacam:

- ☐ Sinistros anteriores ao início do contrato;
- ☐ Tratamentos e/ou cirurgias de carácter estético ou plástico, exceto quando consequência de acidente garantido;
- ☐ Tratamentos ou exames de emagrecimento e rejuvenescimento;
- ☐ Curas de repouso e exames de rotina;
- ☐ Alcoolismo e tratamentos relativos à toxicodependência, bem como todas as doenças ou lesões adquiridas pela Pessoa Segura sob influência de álcool, estupefacientes ou outras drogas;
- ☐ Doenças resultantes dos efeitos de radioatividade;
- ☐ Hemodiálise;
- ☐ Transplante de órgãos e suas implicações;
- ☐ S.I.D.A. e suas implicações;
- ☐ Tratamento às varizes;
- ☐ Internamento/tratamento refrativo à miopia, astigmatismo e hipermetropia (cirúrgico ou laser);
- ☐ Cirurgias para correção da roncopatia ou apneia do sono;
- ☐ Cirurgias a hérnias de qualquer natureza;
- ☐ Doenças epidémicas oficialmente declaradas;
- ☐ Acidentes de trabalho e doenças profissionais;
- ☐ Acidentes derivados da prática de desportos motorizados ou perigosos a título amador e ainda a prática de qualquer tipo de desporto a título profissional;
- ☐ Quaisquer lesões resultantes de calamidades naturais, atos de terrorismo, atos de guerra e intervenção em atos criminosos;
- ☐ Intervenção em rixas, salvo em caso de legítima defesa, própria ou alheia;
- ☐ Os acidentes inerentes à utilização de veículos motorizados, quando as despesas deles resultantes recaiam no âmbito da responsabilidade civil automóvel;
- ☐ Atos médicos praticados em consequência de doença ou acidente que tenha sido intencionalmente provocado pela Pessoa Segura, incluindo tentativa de suicídio ou o agravamento do seu estado de saúde;
- ☐ Tratamentos não reconhecidos oficialmente pela Ordem dos Médicos portuguesa;
- ☐ Serviços que não sejam clinicamente necessários;
- ☐ Despesas de natureza particular e enfermagem privativa;
- ☐ Consultas e tratamentos de apoio e orientação psicológica;
- ☐ Consultas, tratamento de cirurgias do foro estomatológico.

Renovação e denúncia do contrato

Quando o contrato for celebrado por um ano a continuar pelos seguintes, considera-se sucessivamente renovado por períodos anuais, salvo se, previamente à data de vencimento, qualquer das partes manifestar a vontade de lhe pôr fim mediante comunicação escrita, com trinta (30) dias de antecedência em relação à data de efeito.

Resolução do contrato

O contrato pode ser resolvido por qualquer das partes a todo o tempo, havendo justa causa para o efeito.

O prémio a devolver será sempre calculado tendo em conta o período de tempo não decorrido até à data de vencimento, salvo quando tenha havido lugar ao pagamento de prestações decorrentes de sinistro.

Livre resolução

Quando o contrato for celebrado por uma duração igual ou superior a seis (6) meses, o Tomador do Seguro, sendo pessoa singular, dispõe de um prazo de trinta (30) dias a contar da receção da Apólice para poder resolver o contrato sem invocar justa causa, mediante envio de comunicação escrita ao Segurador, em suporte de papel ou outro meio duradouro disponível e acessível ao Segurador.

A livre resolução do contrato tem efeito retroativo, tendo porém o Segurador direito ao:

- a) Valor do Prémio relativo ao período já decorrido, na medida em que tenha suportado o risco;
- b) Montante das despesas razoáveis que o Segurador tenha efetuado com exames médicos sempre que esses valores sejam imputados contratualmente ao Tomador do Seguro.

Regime de transmissão de contrato

A transmissão da posição contratual do Tomador do Seguro, nos casos em que seja possível, depende sempre do consentimento do Segurador.

Modo de efetuar reclamações

O Segurador dispõe de uma unidade orgânica responsável pela gestão de reclamações à qual poderão ser dirigidas quaisquer questões relacionadas com o presente Contrato. Em caso de divergência com o Segurador, o Tomador do Seguro e/ou Pessoa Segura podem também apresentar reclamação em Livro de Reclamações, bem como solicitar a intervenção da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões, sem prejuízo ainda da possibilidade do recurso à arbitragem ou aos tribunais, de acordo com as disposições legais em vigor.

Autoridade de supervisão

Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões (www.asf.com.pt).

Lei aplicável

O contrato rege-se pela Lei portuguesa.