+SAÚDE HOSPITALIZAÇÃO

GENERALI

Proposta de Seguro

☐ Novo ☐ Alteração à Apólice

Doc. n.º _____ Apólice n.º _____

Mediador N.º _____

Cobrador N.º _____

Duração do Contrato:
☐ 1 Ano e Seguintes

Domiciliação Bancária
☐ Sim
☐ Não (pagamento anual)

Forma de Pagamento:
☐ Anual
☐ Semestral
☐ Trimestral
☐ Mensal

Início do Seguro/ Alteração __ • __ • __

Novo - Preencher todos os quesitos necessários à efectivação do Seguro.
Alteração - Indicar o n.º de Apólice, Data de Início pretendida e o nome do Tomador e preencher somente os quesitos que são alterados.

Tomador do Seguro — Cliente do GRUPO GENERALI n.º _____

Nome _____

Morada _____ Código Postal ___ ___ ___ ___ • ___ ___ ___

Localidade _____ E-mail _____ Fax _____

Telefones: Casa ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ Local de Trabalho ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ Telemóvel ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___

Data Nascimento ___ ___ • ___ ___ • ___ ___ N.I. Civil _____ Profissão/Actividade _____

Nacionalidade _____ N.I. Fiscal ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___

Morada de Cobrança _____

Localidade _____ Código Postal ___ ___ ___ ___ • ___ ___ ___

Pessoa Segura 1 (PS1) - Subscritor

Nome _____

Nome a inscrever no Cartão +Saúde ___

Morada _____ Código Postal ___ ___ ___ ___ • ___ ___ ___

Localidade _____ E-mail _____ Fax _____

Telefones: Casa ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ Local de Trabalho ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ Telemóvel ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___

Data Nascimento ___ ___ • ___ ___ • ___ ___ N.I. Civil _____ Profissão/Actividade _____

Nacionalidade _____ N.I. Fiscal ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___

Pagamento de Indemnizações: IBAN ___

Coberturas (assinale com x)

CAPITAIS POR GARANTIA / PLANO	☐ CLASSIC	☐ SMART	☐ DELUXE	☐ PREMIUM	☐ LUXURY
SUBSÍDIO DIÁRIO POR HOSPITALIZAÇÃO (por noite/mês)	52€ / 1.612€	76€ / 2.350€	104€ / 3.224€	120€ / 3.720€	140€ / 4.340€
SUBSÍDIO DIÁRIO POR CONVALESCENÇA (por dia/mês)	26€ / 806€	38€ / 1.178€	52€ / 1.612€	60€ / 1.860€	70€ / 2.170€
INDEMNIZAÇÃO POR CUIDADOS INTENSIVOS (pagamento único)	525€	775€	1.050€	1.200€	1.400€
SUBSÍDIO DIÁRIO POR HOSPITALIZAÇÃO - DOENÇA GRAVE (por noite/mês)	104€ / 3.224€	152€ / 4.712€	208€ / 6.448€	240€ / 7.440€	280€ / 8.680€
SUBSÍDIO DIÁRIO POR CONVALESCENÇA - DOENÇA GRAVE (por dia/mês)	52€ / 1.612€	76€ / 2.350€	104€ / 3.224€	120€ / 3.720€	140€ / 4.340€

Questionário (preenchimento obrigatório)

Já alguma vez lhe foi diagnosticado ou recebeu tratamento ou medicação para cancro, quisto maligno, diabetes, acidente vascular cerebral, enfarte cardíaco, outras doenças cardíacas, transplante de órgãos, HIV ou SIDA? ☐ Sim ☐ Não

Importante

Muito importante - De acordo com os N.ºs 1 e 2 do Artigo 18.º das Condições Gerais, a recepção desta Proposta pela Generali não pressupõe necessariamente a aceitação automática deste Contrato de Seguro.

Autorizações para Marketing e Publicidade - Autorizo a utilização dos meus dados pessoais disponibilizados para envio de futuras campanhas de Marketing da Generali - Companhia de Seguros, S.A.. Caso não autorize, assinale aqui com uma cruz: ☐

Mod. IM 21/01 – A (01/2015)

Autorizo a utilização dos meus dados pessoais disponibilizados para envio de futuras campanhas de Marketing de empresas que colaborem em parceria com a Generali Portugal, bem como de outras empresas que integram o Grupo Generali. Caso não autorize, assinale aqui com uma cruz:

Declaração - O Tomador de Seguro/Pessoa Segura declara aceitar as Condições Gerais, Especiais e Particulares, se as houver, da Apólice e garante a exactidão das declarações prestadas na presente Proposta, sob pena da nulidade do contrato.
Os dados recebidos destinam-se a serem processados e armazenados informaticamente e destinam-se à utilização nas relações contratuais com a Companhia. As omissões, inexactidões e falsidades, quer no que respeita a dados de fornecimento obrigatório, quer facultativo, são da responsabilidade do Tomador de Seguro/Pessoa Segura.
Os interessados podem ter acesso à informação que lhes diga directamente respeito, solicitando, por escrito, a sua correcção, aditamento ou eliminação mediante contacto directo ou por escrito, junto das delegações da Companhia.
O Tomador de Seguro/Pessoa Segura autoriza a Companhia a proceder à recolha de dados pessoais complementares junto de organismos públicos, empresas especializadas e outras unidades económicas, tendo em vista a confirmação ou complemento dos elementos recolhidos, necessários à gestão da relação contratual.
O Tomador de Seguro/Pessoa Segura autoriza a consulta dos dados pessoais disponibilizados, sob regime de absoluta confidencialidade, às Empresas do Grupo, a Mediadores de Seguros a ele vinculados e à Gestora de Serviços de Saúde.
O Tomador de Seguro/Pessoa Segura declara que, com a assinatura da presente Proposta, lhe foram entregues as Condições Gerais e Especiais do Seguro de Saúde. (As Condições Particulares, que fazem parte integrante da Apólice, ser-lhe-ão enviadas oportunamente).

DECLARAÇÃO INFORMAÇÃO PRÉ CONTRATUAL
Declaro que me foram transmitidas todas as informações e prestados os devidos esclarecimentos sobre o contrato de seguro proposto e bem assim sobre as condições gerais e especiais aplicáveis, nomeadamente sobre as exclusões e limitações de cobertura; sobre o valor total do prémio e método de cálculo; sobre as modalidades de pagamento do prémio e das consequências da falta de pagamento do mesmo; dos agravamentos ou bónus que possam ser aplicados no contrato e respectivo regime de cálculo; do montante mínimo do capital e do montante máximo a que o segurador se obriga em cada período de vigência do contrato; da duração do contrato e do respectivo regime de renovação, de denúncia, de livre resolução; sobre o regime de transmissão do contrato; sobre o modo de efectuar reclamações, dos correspondentes mecanismos de protecção jurídica e da autoridade de supervisão e do regime relativo à lei aplicável ao contrato, tendo compreendido o teor e alcance das informações prestadas.
Mais declaro que me foram entregues as Condições Gerais e Especiais aplicáveis ao contrato, nas quais se inclui, em letras destacas, toda a informação pré contratual anteriormente prestada.

DECLARAÇÃO DE PLURALIDADE DE SEGUROS
Declaro que tomei conhecimento que quando o risco ora proposto, relativo ao mesmo interesse e por idêntico período esteja ou venha a estar seguro em vários seguradores, o tomador ou o segurado deve informar dessa circunstância a todos os seguradores logo que tome conhecimento da sua verificação bem como aquando da participação do sinistro. A omissão fraudulenta das referidas informações desobriga os seguradores das respectivas prestações.

DECLARAÇÃO INICIAL DO RISCO
Declaro que tomei conhecimento que estou obrigado a responder com exactidão e veracidade a todas as questões colocadas nesta proposta e a declarar todas as circunstâncias ou factos que conheça e que sejam significativos para a avaliação do risco proposto, mesmo que não tenham sido solicitados expressamente no questionário, devendo-o fazer no campo assinalado para o efeito ou em declaração anexa à presente proposta.
Declaro ter sido esclarecido que em caso de incumprimento doloso do dever de declarar o risco com exactidão e veracidade, o contrato de seguro é anulável pelo segurador mediante o envio de uma declaração no prazo de três meses a contar do conhecimento do incumprimento, ficando o segurador desobrigado de cobrir qualquer sinistro que ocorra antes de ter tido conhecimento do incumprimento em causa ou no decurso do referido prazo e mantendo o direito a fazer seu o prémio recebido, até ao termo do prazo de três meses ou até ao termo do contrato se o tomador ou o segurado tiverem agido com o propósito de obter uma vantagem.
Fui ainda esclarecido que em caso de incumprimento negligente do dever declaração do risco, o Segurador pode, no prazo de três meses a contar do conhecimento: propor uma alteração ao contrato, que cessará os seus efeitos se o tomador nada disser ou se rejeitar a proposta de alteração ou fazer cessar o contrato, demonstrando que, em caso algum, celebraria o contrato para a cobertura de riscos relacionados com o facto omitido ou declarado inexactamente,
havendo lugar a devolução do prémio pelo tempo contratual não decorrido. Ocorrendo um sinistro antes da cessação ou da alteração do contrato influenciado pelo facto omitido ou inexacto, o segurador só cobre o sinistro na proporção da diferença entre o prémio pago e o prémio que seria devido ou não cobre o sinistro, demonstrando que, em caso algum, teria celebrado o contrato se tivesse conhecimento do facto omitido ou declarado inexactamente, ficando apenas vinculado à devolução do prémio.

AGRAVAMENTO DO RISCO
Declaro que tomei conhecimento que no decurso do contrato estou obrigado a comunicar ao segurador, no prazo de 14 dias a contar do conhecimento do facto, todas as circunstâncias que agravem o risco , excepto as que sejam relativas às alterações do estado de saúde da pessoa segura, e que se o Segurador, os tivesse conhecido aquando da celebração do contrato, teriam influenciado a decisão de contratar ou as condições do contrato, estando o regime contratual do agravamento do risco expressamente previsto nas Condições Gerais aplicáveis ao contrato.

DECLARAÇÃO DOS PRÉMIOS DE SEGURO
De acordo com o previsto na legislação em vigor, designadamente nos artigos 59º e 61º do Dec. Lei nº 72/2008 de 16 de Abril, o prémio ou fracção inicial é devido na data de celebração do contrato ou na data estabelecida nas condições particulares, ficando a eficácia do contrato dependente do pagamento efectivo do prémio ou fracção inicial.
A falta de pagamento de prémio ou fracção, de acerto, de parte de prémio de montante variável ou de prémio adicional fundado num agravamento superveniente do risco, na data indicada no aviso ou no documento contratual referido no parágrafo anterior, determina a não renovação ou a resolução automática e imediata do contrato na data em que o pagamento seja devido não produzindo quaisquer efeitos e não assumindo a Seguradora nenhuma responsabilidade em caso de ocorrência de sinistro.
Quando o pagamento do prémio ou fracção for efectuado por meio de cheque ou débito em conta, a cobertura dos riscos fica subordinada à boa cobrança do cheque ou à não anulação posterior do débito por ordem do tomador.

Em cumprimento com as normas internacionais e nacionais, bem como com as boas práticas do negócio, a Companhia de Seguros reserva-se o direito de recusar a proposta de seguro ou de anular, unilateralmente, a apólice e/ou congelar os fundos/ativos, se o tomador de seguro/segurado, ou quaisquer pessoas a estes associadas, constarem da lista internacional destinada à prevenção dos fenómenos de terrorismo.

Assinatura do Proponente/Tomador de Seguro

_____ Local e Data _____ , ____ de _____ de 20 ___

Assinatura do Subscritor / Pessoa Segura 1

_____ Local e Data _____ , ____ de _____ de 20 ___

Reservado aos Serviços da Companhia

Observações

Aprovado por: N.º Funcionário _____ assinatura _____ Data ___ • ___ • _____

O Tomador _____ ,

com morada em _____ ,

NIF. _____ declara ter entregue nos Serviços da Seguradora ou ao Mediador de Seguros (exceto se Mediador de Seguros Ligado) o montante de _____ €, através de transferência bancária ☐ ou cheque ☐ , para pagamento do 1º recibo e Custo da Apólice (5,38€) referente ao seu Plano do seguro Generali +Saúde Hospitalização ☐ **CLASSIC** ☐ **SMART** ☐ **DELUXE** ☐ **PREMIUM** ☐ **LUXURY**

Data e local _____ Assinatura do Tomador _____

O Mediador Generali nº _____ É Mediador de Seguros Ligado? Sim ☐ Não ☐

Assinatura do Mediador _____

Generali - Companhia de Seguros S.A. Sede: Rua Duque de Palmela, n.º 11 • 1269-270 Lisboa Tel.: 213 112 800 • Fax: 213 563 067 • Email: generali@generali.pt • www.generali.pt
Capital Social Euros: 41.000.000,00 I N.I. Fiscal: 513 300 260 I Matriculada na Conservatória do Reg. Comercial de Lisboa • ***Linha de Apoio ao Cliente: 213 504 300***, Disponível de 2.ª a 6.ª das 9h00 às 18h00
Entre as **18h00 e as 9h00** estão ativos serviços de Assistência em Viagem e Assistência ao Lar • Todas as opções do menu telefónico contemplam um atendimento personalizado.

Autorização de Débito Direto SEPA GENERALI

GENERALI

Autorização de Débito Direto SEPA
SEPA DIRECT DEBIT MANDATE

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

Ao subscrever esta autorização, está a autorizar a Generali - Companhia de seguros S.A. a enviar instruções ao seu banco para debitar a sua conta e o seu Banco a debitar a sua conta, de acordo com as instruções da Generali - Companhia de seguros S.A.
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. Os campos assinalados com * são de preenchimento obrigatório. O preenchimento dos campos assinalados com ** é da responsabilidade do segurador.

By signing this mandate form, you authorise Generali - Companhia de seguros S.A. to send instructions to your bank to debit your account and your bank to debit your account in accordance with the instructions from Generali - Companhia de seguros S.A.
*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 *. Fields marked with ** must be completed by the Insurer.*

Identificação do tomador do seguro/titular da conta - *Policy holder/account holder identification*

*Nome do tomador do seguro / titular da conta
Name of the policy holder / account holder

Nome da rua e número
Street name and number

Código postal ____ - ____ Cidade
Postal code *City*

País
Country

*Número de conta - IBAN
Account number - IBAN

*BIC SWIFT
SWIFT BIC

Identificação do segurador - *Insurer identification*

Nome do segurador **GENERALI - Companhia de seguros S.A.
Insurer name

Identificação do segurador **PT44100892
Insurer identifier

Nome da rua e número **Rua Duque de Palmela, 11
Street name and number

Código postal 1269 - 270 **Cidade **Lisboa
Postal code *City*

País **PORTUGAL
Country

Relativamente à apólice - *About the insurance policy*

Número da apólice
Policy number

Tipos de pagamento - *Type of payments*

* Pagamento recorrente [X] ou Pagamento pontual [ ]
Recurrent payment *or* *One-off payment*

Local ____ *Data __ - __ - ____ *Assinatura (os seus direitos, referentes à autorização acima referida, são explicados em declaração que pode obter no seu banco)
Location *Date* *Signature (your rights regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank)*

Mod. IM. 2101AN (05/2014)