



+SAÚDE INCAPACIDADES

GENERALI

Proposta de Seguro

<input type="checkbox"/> Novo	<input type="checkbox"/> Alteração à Apólice	Doc. n.º <input type="text"/>	Apólice n.º <input type="text"/>
Mediador N.º <input type="text"/>	Duração do Contrato: <input type="checkbox"/> 1 Ano e Seguintes	Domiciliação Bancária <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (pagamento anual)	Forma de Pagamento: <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Mensal
Cobrador N.º <input type="text"/>			Início do Seguro/ Alteração <input type="text"/>

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 <input type="text"/>
Nome <input type="text"/>	
Morada <input type="text"/>	Código Postal <input type="text"/>
Localidade <input type="text"/>	E-mail <input type="text"/>
Telefones: Casa <input type="text"/>	Local de Trabalho <input type="text"/>
Data Nascimento <input type="text"/>	N.I. Civil <input type="text"/>
Nacionalidade <input type="text"/>	N.I. Fiscal <input type="text"/>
Morada de Cobrança <input type="text"/>	
Localidade <input type="text"/>	Código Postal <input type="text"/>

Pessoa Segura 1 (PS1) - Subscritor
Nome <input type="text"/>
Nome a inscrever no Cartão +Saúde <input type="text"/>
Morada <input type="text"/>
Localidade <input type="text"/>
Telefones: Casa <input type="text"/>
Data Nascimento <input type="text"/>
Nacionalidade <input type="text"/>
Pagamento de Indemnizações: IBAN <input type="text"/>

Coberturas (assinale com x)					
CAPITAIS POR GARANTIA / PLANO	<input type="checkbox"/> CLASSIC	<input type="checkbox"/> SMART	<input type="checkbox"/> DELUXE	<input type="checkbox"/> PREMIUM	<input type="checkbox"/> LUXURY
INCAPACIDADE TEMPORÁRIA ABSOLUTA (ITA) (por mês)	200€	300€	410€	520€	630€
ATUALIZAÇÃO DE CAPITAL (máximo capital)	2.400€	3.600€	4.920€	6.240€	7.560€
INCAPACIDADE TEMPORÁRIA PARCIAL (ITP) (por mês)	100€	150€	205€	260€	315€

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: ☐

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 destacadas, 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 de 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 _____

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 Incapacidades 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 | N.I. Fiscal: 513 300 260 | 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.

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 | N.I. Fiscal: 513 300 260 | 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.



GENERALI

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.

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

*BIC SWIFT | | | | | | | |
SWIFT BIC

País **PORTUGAL
Country

Número da apólice _____
Policy number _____

GENERALI



+SAÚDE INCAPACIDADES

GENERALI

Questionário Médico

Questionário (preenchimento obrigatório)

1. Qual a sua altura (cm)? _____ Qual o seu peso (kg)? _____

2. Nome e morada do seu médico atual _____

3. Há quanto tempo é que o seu médico o acompanha? _____

• Se há menos de 6 meses, identifique o médico anterior _____

• Nome e morada do seu médico anterior _____

4. Consultou um médico nos últimos 12 meses? ☐ Sim ☐ Não

• Se sim, quais os motivos que o levaram a consultar um médico nos últimos 12 meses? _____

5. Caso lhe tenha sido prescrito algum tratamento, qual foi? _____

6. Tem ou já alguma vez lhe foi diagnosticada alguma das seguintes doenças?

6.1. DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO:

a) Enfisema ☐ Sim ☐ Não
b) Fibrose Quística ☐ Sim ☐ Não

6.2. DOENÇAS DO FÍGADO:

a) Cirrose ☐ Sim ☐ Não
b) Hepatite B e Hepatite C ☐ Sim ☐ Não
c) Portador do Vírus da Hepatite B ☐ Sim ☐ Não
d) Alcoolismo ☐ Sim ☐ Não

6.3. DOENÇAS DO APARELHO GENITO-URINÁRIO:

a) Glomerulonefrite ☐ Sim ☐ Não
b) Hidronefrose ☐ Sim ☐ Não
c) Insuficiência Renal ☐ Sim ☐ Não
d) Pielonefrite Crónica ☐ Sim ☐ Não
e) Remoção de Rim (ambos os Rins) ☐ Sim ☐ Não
f) Rim Poliquístico ☐ Sim ☐ Não

6.4. DOENÇAS ENDOCRINOLÓGICAS:

a) Diabetes ☐ Sim ☐ Não
b) Hipoglicémia ☐ Sim ☐ Não

6.5. DOENÇAS DO SISTEMA NERVOSO:

a) Esclerose Múltipla ☐ Sim ☐ Não
b) Doença de Alzheimer ☐ Sim ☐ Não
c) Tetraplegia ☐ Sim ☐ Não

6.6. DOENÇAS DO APARELHO CARDIOVASCULAR:

a) Arteriosclerose ☐ Sim ☐ Não
b) Hipertensão Pulmonar ☐ Sim ☐ Não

6.7. DOENÇAS INFECCIOSAS:

a) SIDA ☐ Sim ☐ Não
b) HIV Positivo ☐ Sim ☐ Não

Doença com recuperação total inferior a 1 ano

6.8. DOENÇAS DO SISTEMA NERVOSO:

a) Meningite ☐ Sim ☐ Não

Doença com recuperação total inferior a 5 anos

6.9. DOENÇAS DO APARELHO GENITO-URINÁRIO:

a) Albumina na urina ☐ Sim ☐ Não

6.10. DOENÇAS DO FORO ONCOLÓGICO:

a) Cancro ☐ Sim ☐ Não

b) Quisto Maligno ☐ Sim ☐ Não

c) Tumor Maligno ☐ Sim ☐ Não

6.11. DOENÇAS DO APARELHO CARDIOVASCULAR:

a) Aneurisma ☐ Sim ☐ Não

b) Angina de Peito ☐ Sim ☐ Não

c) Trombose Cerebral ☐ Sim ☐ Não

d) Endarterite ☐ Sim ☐ Não

e) Enfarte do Miocárdio (ataque cardíaco) ☐ Sim ☐ Não

f) Obstrução da artéria coronária ☐ Sim ☐ Não

g) Endocardite ☐ Sim ☐ Não

h) Miocardite ☐ Sim ☐ Não

i) Pericardite ☐ Sim ☐ Não

j) Febre Reumática ☐ Sim ☐ Não

k) Arritmia (Ritmo Cardíaco Irregular) ☐ Sim ☐ Não

l) Palpitações ☐ Sim ☐ Não

7. Quantos cigarros é que fuma? _____ por dia.

8. Qual a quantidade de álcool que consome por semana? _____ unidades por semana.

(NOTA: 1 unidade = 1 copo de cerveja (aprox. 30 cl.), 1 copo de vinho (aprox. 15,5 cl.) ou 1 cálice de bebida branca espirituosa (aprox. 5 cl.))

9. Ainda que não questionado acima, por favor declare com exatidão as circunstâncias que conhece e que considere relevantes para apreciação do seu risco pela Companhia. _____

Assinatura do Subscritor / Pessoa Segura 1

Local e Data _____, _____ de _____ de 20 _____