+SAÚDE SIMPLIFICARE

GENERALI

Proposta de Seguro Simplificare

Mediador N.º

Cobrador N.º

Duração do Contrato:

X 1 Ano e Seguintes

Forma de Pagamento:

Domiciliação Bancária
- Anual
- Semestral
- Trimestral
- Mensal

Mediador
- Anual
- Semestral

Documento n.º

Apólice n.º

Data de Entrada

Início do Seguro

Acerto Vencimento no 1.º dia do mês

PROPOSTA DE SEGURO

PROPOSTA DE ALTERAÇÃO À APÓLICE

Tomador do Seguro — Cliente do GRUPO GENERALI n.º

Nome

Morada — Localidade

Código Postal — E-mail — Fax

Telefones: Casa — Local de Trabalho — Telemóvel

Sexo: M F — Data Nascimento — Estado Civil

Nacionalidade — Profissão — N.I. Fiscal

O risco proposto encontrava-se seguro por alguma apólice em que existia qualquer débito por falta de pagamento? Sim Não

Pessoa Segura 1 (PS1) - Subscritor

Nome

Nome a inscrever no Cartão +Saúde

Morada — Localidade

Código Postal — E-mail — Fax

Telefones: Casa — Trabalho/Outro — Telemóvel

Sexo: M F — Data Nascimento — Estado Civil

Nacionalidade — Profissão — N.I. Fiscal

Pagamento de Indemnizações: IBAN

Pessoa Segura 2 (PS2) - Cônjuge ou Equiparado (em relação à Pessoa Segura 1)

Nome — Grau de Parentesco

Nome a inscrever no Cartão +Saúde

Sexo: M F — Data Nascimento — Profissão

N.I. Fiscal

Pessoa Segura 3 (PS3) - Descendente (em relação à Pessoa Segura 1)

Nome — Grau de Parentesco

Nome a inscrever no Cartão +Saúde

Sexo: M F — Data Nascimento — Profissão

N.I. Fiscal

Pessoa Segura 4 (PS4) - Descendente (em relação à Pessoa Segura 1)

Nome — Grau de Parentesco

Nome a inscrever no Cartão +Saúde

Sexo: M F — Data Nascimento — Profissão

N.I. Fiscal

Pessoa Segura 5 (PS5) - Descendente (em relação à Pessoa Segura 1)

Nome — Grau de Parentesco

Nome a inscrever no Cartão +Saúde

Sexo: M F — Data Nascimento — Profissão

N.I. Fiscal

Mod. IM 21/01 – B (09/2013)

	SimplifiCare		
	Dottore	Tutto	Denti
Hospitalização Parto	✓ ✓	✓ ✓	
Subsídio Diário Internamento [1]	25 €/dia	25 €/dia	25 €/dia
Assistência Médica Ambulatória	✓	✓	
Estomatologia		✓	✓
Rede Bem Estar	✓	✓	✓
Assistência Médica ao Domicílio	2 Consultas/ano [2]	2 Consultas/ano [2]	2 Consultas/ano [2]
2.ª Opinião Médica Inter.	✓	✓	✓
Assistência Domiciliária Cuidados Enfermagem Ajuda Domiciliária	✓ 500 €/Ano 5 dias/Ano	✓ 500 €/Ano 5 dias/Ano	✓ 500 €/Ano 5 dias/Ano
Assistência Médica em Viagem	✓	✓	✓

[1] Máximo de 30 dias, com um período de carência de 90 dias e uma franquia de 5 dias
[2] As restantes consultas são suportadas na totalidade pela pessoa segura

Outros Serviços			
Check-up anual Módulo I	Opcional	Opcional	Opcional
Check-up anual Módulo II	Opcional	Opcional	Opcional

Permite a possibilidade de escolha de cartões diferentes na mesma apólice

				Opcional Check-up	
Acesso Rede SimplifiCare	Dottore	Tutto	Denti	Módulo I	Módulo II
Pessoa Segura 1					
Pessoa Segura 2					
Pessoa Segura 3					
Pessoa Segura 4					
Pessoa Segura 5					

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 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 termodo prazo de três meses ou até ao termodo 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 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.

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 _____

Autorização de Débito Direto SEPA

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 ☐ ou Pagamento pontual ☐
Recurrent payment *or* *One-off payment*

Local
Location

*Data
Date

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

Generali - Companhia de Seguros, S.A.
Sede: Rua Duque de Palmela, 11 - 1269-270 Lisboa
Capital Social: Euros 41.000.000,00. N. Fiscal: 513 300 260 Matriculada na CRC de Lisboa

GENERALI