

SEGURO NOVO  ALTERAÇÃO (PREENCHER APENAS OS DADOS A ALTERAR)

N.º APÓLICE \_\_\_\_\_ N.º PROPOSTA \_\_\_\_\_ G \_\_\_\_\_

DATA DE INÍCIO \_\_\_\_\_ DATA DE APROVAÇÃO \_\_\_\_\_ VISTO \_\_\_\_\_

DIA MÊS ANO DIA MÊS ANO

### TOMADOR DO SEGURO / PROPONENTE

CLIENTE N.º \_\_\_\_\_ PRV NÃO  SIM

NOME \_\_\_\_\_

MORADA \_\_\_\_\_

LOCALIDADE \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

TELEFONE \_\_\_\_\_ TELEMÓVEL \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

PESSOA DE CONTACTO \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

N.º FISCAL \_\_\_\_\_ RAMO ACTIVIDADE \_\_\_\_\_

### GRUPO SEGURO (N.º DE ADERENTES)

N.º DE PESSOAS SEGURAS ADERENTES AO SEGURO (\*) \_\_\_\_\_ EMPREGADOS \_\_\_\_\_ CÔNJUGES \_\_\_\_\_ FILHOS \_\_\_\_\_

O RISCO ESTAVA ANTERIORMENTE SEGURO ? NÃO  SIM  SEGURADORA \_\_\_\_\_ APÓLICE \_\_\_\_\_

(\*) PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO DO BOLETIM DE ADESÃO E DO QUESTIONÁRIO MÉDICO DE TODAS AS PESSOAS SEGURAS.

### COBERTURAS, CAPITAIS, COMPARTICIPAÇÕES, SUBLIMITES E FRANQUIAS (POR PESSOA SEGURA / ANO)

ESCOLHA A OPÇÃO PRETENDIDA, COLOCANDO UM X NUMA DAS 11 HIPÓTESES (Não dispensa a leitura da informação pré-contratual e contratual legalmente exigida)

<b>HOSPITALIZAÇÃO</b>	<b>OPÇÃO A</b>	<b>OPÇÃO B</b>	<b>OPÇÃO C</b>	<b>OPÇÃO D</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> B + ESTOMATOLOGIA	<input type="checkbox"/> C + ESTOMATOLOGIA	
		<input type="checkbox"/> B + ESTOM. + D. GRAVES	<input type="checkbox"/> C + DOENÇAS GRAVES	
			<input type="checkbox"/> C + ESTOM. + D. GRAVES	
			<input type="checkbox"/> C + ESTOM. + D. GRAVES + PRÓTESES E ORTÓTESES	

COBERTURAS / CAPITAIS	HOSPITALIZAÇÃO	OPÇÃO A	OPÇÃO B	OPÇÃO C	OPÇÃO D
Hospitalização	€ 15.000,00	€ 15.000,00	€ 30.000,00	€ 50.000,00	€ 500.000,00
Parto	-	€ 1.500,00	€ 2.000,00	€ 5.000,00	€ 5.000,00
2ª Opinião (1)	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Assistência Ambulatória	-	€ 1.000,00	€ 2.500,00	€ 3.000,00	€ 5.000,00
Estomatologia	-	-	€ 250,00 (Opcional)	€ 500,00 (Opcional)	€ 1.000,00
Próteses e Ortóteses	-	-	-	€ 300,00 (Opcional) (5)	€ 500,00
Internacional - Clínica Universitária de Navarra (2) Barcelona - Berlin - EUA (3) Restantes Clínicas	-	-	-	Ilimitado	Ilimitado
Doenças Graves (4)	-	-	€ 1.000.000,00 (6) (Opcional)	€ 1.000.000,00 (Opcional)	€ 1.000.000,00
<b>COMPARTICIPAÇÕES</b>					
Dentro da Rede (após copagamento)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Fora da Rede	30 %	30 %	30 %	35 %	35 %
Próteses e Ortóteses Estomatólogicas (7)	-	-	50% na Rede Médís 30% fora da Rede Médís	50% na Rede Médís 35% fora da Rede Médís	50% na Rede Médís 35% fora da Rede Médís
Próteses e Ortóteses	-	-	-	80% na Rede Médís 35% fora da Rede Médís	80% na Rede Médís 35% fora da Rede Médís
Internacional - Clínica Universitária de Navarra (2) Barcelona - Berlin - EUA (3) Restantes Clínicas	-	-	-	100 %	100 %
Doenças Graves (4)	-	-	100 %	100 %	100 %
<b>SUBLIMITES</b>					
Fisioterapia	-	€ 500,00	€ 500,00	€ 500,00	€ 500,00
Consultas de Psiquiatria	-	6 Individuais ou 12 de Grupo	6 Individuais ou 12 de Grupo	6 Individuais ou 12 de Grupo	6 Individuais ou 12 de Grupo
Ortóteses Oftalmológicas	-	-	-	€ 120,00	€ 200,00
Aros	-	-	-	€ 50,00	€ 80,00
Lentes	-	-	-	€ 35,00	€ 60,00
Lentes de Contacto	-	-	-	€ 35,00	€ 60,00
<b>FRANQUIAS</b>					
Internacional - Restantes Clínicas	-	-	-	€ 1.500,00 / Agr. Familiar	€ 1.500,00 / Agr. Familiar

(1) Acesso através da Linha CA Saúde e serviço prestado pela Clínica Universitária de Navarra; (2) A Médís comparticipa integralmente todas as despesas de saúde previamente autorizadas e, em caso de Internamento, garante ainda à Pessoa Segura e Acompanhante o financiamento das despesas de alojamento e deslocação relativas a viagens de avião (classe económica), de comboio ou de automóvel (inclui apenas despesas de combustível, portagens e estadia de uma noite na ida e outra no regresso); (3) Barcelona Centro Médico (Espanha); Deutsches Herzzentrum Berlin (Alemanha); Clínica Johns Hopkins (EUA); (4) As prestações ao abrigo desta cobertura são válidas nos Prestadores fora do território nacional. São considerados como Doenças Graves, ao abrigo desta cobertura, as patologias constantes nas condições contratuais; (5) Obriga à subscrição das Coberturas de Estomatologia e Doenças Graves; (6) Obriga à subscrição da cobertura opcional de Estomatologia; (7) Aplicável apenas quando inscrita a cobertura opcional.

ASSINATURA DO TOMADOR DO SEGURO



### COPAGAMENTOS E PERÍODOS DE CARÊNCIA

COPAGAMENTOS		PERÍODOS DE CARÊNCIA
Hospitalização	10 % (Mín: 200 € e Máx: 500 €)	<b>60 dias - Assistência Ambulatória (inclui Estomatologia e Próteses e Ortóteses)</b> <b>90 dias - Hospitalização</b> <b>180 dias:</b> - Doenças Graves; - Tratamento cirúrgico ou por outros métodos invasivos da hipertrofia benigna da próstata, patologia benigna do útero, cristocele e rectocele <b>365 dias:</b> - Parto; - Tratamento cirúrgico de varizes dos membros inferiores e da hérnia discal; - Hemorroidectomia e outros tratamentos da doença hemorroidária e tratamento cirúrgico da fistula perianal; - Tratamento de patologia articular por via artroscópica; - Amigdalectomia, adenoidectomia, miringotomias com ou sem aplicação de tubos de ventilação, septoplastia, rinoseptoplastia e tratamento cirúrgico da apneia do sono; - Excisão cirúrgica de lesões benignas da pele e tecido celular subcutâneo, e tratamentos com laser a lesões benignas da pele
Quimioterapia	10% por sessão, máximo 500 €	
Parto	250,00 €	
Consultas	15,00 €	
Médico Online	10,00 €	
Urgências	40,00 €	
Domicílios	25,00 €	
Análises (por análise)	1,50 €	
Anatomia Patológica	7,50 €	
Raio X	7,50 €	
Ecografias	12,50 €	
Medicina Nuclear	10 %	
TAC	27,50 €	
Ressonância Magnética	65,00 €	
Estomatologia (por acto médico)	10,00 €	
Outros Meios Complementares de Diagnóstico	10 %	
Cirurgias, tratamentos e Outros Atos Médicos em Ambulatório	10 %	

### PAGAMENTO DO PRÉMIO

FORMA DE PAGAMENTO: DÉBITO EM CONTA  PERIODICIDADE: ANUAL  SEMESTRAL  TRIMESTRAL  MENSAL   
 MULTIBANCO / CHEQUE  PERIODICIDADE: ANUAL  SEMESTRAL  TRIMESTRAL

AO 1.º RECIBO DE PRÉMIO, ACRESCE O CUSTO DE APÓLICE E RESPECTIVOS ENCARGOS LEGAIS, NO TOTAL DE 5,38 €.

**SEGURO DE GRUPO CONTRIBUTIVO\*:**  SIM  NÃO

\* Contrato de seguro em que os segurados (trabalhadores) suportam, no todo ou em parte, o pagamento do montante correspondente ao prémio devido pelo tomador do seguro (empresa)

### AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO DIRETO / CRÉDITO SEPA

Titular da Conta: \_\_\_\_\_  
 Autorizo o Banco a proceder ao pagamento à Médís – Companhia Portuguesa de Seguros de Saúde, S.A., do prémio relativo ao Seguro contratado através da presente Proposta e na periodicidade acordada.

Banco \_\_\_\_\_ Número de Conta - IBAN \_\_\_\_\_

BIC SWIFT \_\_\_\_\_ Tipo de pagamento: Pagamento recorrente  ou Pagamento pontual

Ao subscrever esta autorização, está a autorizar (i) a Médís – Companhia Portuguesa de Seguros de Saúde, S.A. a enviar instruções ao seu Banco para debitar a sua conta e (ii) o seu Banco a debitar a sua conta, de acordo com as instruções da Médís – Companhia Portuguesa de Seguros de Saúde, S.A. Os seus direitos, referentes à autorização acima referida, são explicados em declaração que pode obter no seu Banco e 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. Alertamos, no entanto, para o facto de que a satisfação do pedido de reembolso por parte do seu Banco, não extingue a obrigação de pagamento do prémio em causa, nem as eventuais responsabilidades decorrentes do consequente incumprimento do contrato de Seguro.

Na situação de pagamento de quaisquer valores decorrentes do presente contrato de Seguro, deverá ser feito o crédito na mesma conta, salvo instruções expressas em contrário.

No caso de subscrição em contas conjuntas ou mistas, é necessário o acordo expresso dos titulares aos termos da subscrição, devendo a presente instrução de pagamento ser assinada de acordo com as condições de movimentação da conta de depósito à ordem.

Local e Data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura dos Titulares da Conta:

(Conforme Ficha de Assinaturas, ou Documento de Identificação, e de acordo com as condições de movimentação da conta de depósito à ordem)

ASSINATURA DO TOMADOR DO SEGURO

## DECLARAÇÕES, DATA E ASSINATURAS

### Para efeitos de celebração do presente contrato de seguro declaramos que:

1. São exatas e completas as declarações prestadas, e que tomámos conhecimento de todas as informações necessárias à celebração do presente contrato, tendo - nos sido prestados todos os esclarecimentos sobre as condições contratuais, nomeadamente sobre garantias e exclusões aplicáveis, com as quais concordamos.
2. Nos seguros celebrados por prazo igual ou superior a seis meses, o Tomador do Seguro que seja pessoa singular tem o direito à resolução do contrato, sem necessidade de invocar justa causa, nos 30 dias imediatos à data da receção da apólice.
3. O previsto no número anterior não se aplica aos seguros de grupo.

### Tomámos ainda conhecimento de que:

4. A aceitação do seguro, relativamente a cada Pessoa Segura, fica dependente da análise do respetivo Questionário Individual de Saúde, considerando-se o seguro aceite se, no prazo máximo de 14 dias a contar da data de receção da Proposta e respetivo Questionário Individual de Saúde pelos Serviços de Subscrição Médica do Segurador, este não notificar a Pessoa Segura da não aceitação do risco proposto ou da necessidade de obtenção de elementos adicionais para a sua apreciação.
5. A análise do Questionário Individual de Saúde e dos restantes fatores caracterizadores do risco proposto condicionam a sua aceitação por parte do Segurador ou dos termos em que a mesma possa ocorrer.
6. Tratando-se de uma transferência de risco anteriormente coberto por outro contrato de seguro, serão aplicadas exclusões particulares e períodos de carência às novas coberturas e à diferença de capitais face à apólice anterior, com exceção da cobertura de Parto que fica sujeita ao período de carência previsto nas Condições Gerais da apólice, ou seja, de 365 dias. As exclusões particulares e preexistências serão consideradas com base na informação clínica existente, ou seja, nas Condições Particulares/Certificados Individuais em vigor à data da transferência. Na ausência da referida informação a subscrição será realizada com base no preenchimento de um questionário médico e reportada à data da contratação deste seguro Médís. As preexistências serão reportadas com início à data em que o questionário médico de suporte à subscrição deste seguro foi preenchido.
7. Em caso de alteração das condições da apólice, serão aplicados períodos de carência às novas coberturas e à diferença de capital que exceda o da opção anterior. Serão consideradas preexistências e exclusões particulares com base na informação clínica existente (Questionário Individual de Saúde, Condições Particulares/ Certificado Individual e informação adicional resultante da utilização do seguro), para as novas coberturas ou para a diferença de capital que exceda o da opção anterior.
8. Nos termos legais, havendo aceitação da presente proposta, a cobertura dos riscos verifica-se, apenas, com o pagamento do prémio ou fração devidos.
9. As prestações garantidas constantes desta Proposta referem-se exclusivamente a cada ano de vigência do contrato.
10. O contrato de seguro a celebrar vigorará em regime de cosseguro, tendo como cosseguradores a Médís - Companhia Portuguesa de Seguros de Saúde, S.A. e a Crédito Agrícola Seguros - Companhia de Seguros de Ramos Reais, S.A., e sendo a Médís o cossegurador líder do contrato. Todas as referências contratuais ao segurador, deverão entender-se como feitas em relação ao líder.
11. As Reclamações do Tomador do Seguro/Pessoa Segura ou outras partes interessadas podem ser apresentadas aos serviços do Segurador, no Livro de Reclamações, Provedor do Cliente, Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões Comissão do Mercado de Valores Mobiliários ou ainda, em caso de litígio, as partes podem ainda recorrer à Entidade de Resolução Alternativa de Litígios: CIMPAS – Centro de Informação, Mediação, Provedoria e Arbitragem de Seguro.

A Médís - Companhia Portuguesa de Seguros de Saude, S.A. e a Crédito Agrícola Seguros - Companhia de Seguros de Ramos Reais, S.A. (doravante referidas como "Médís" e "Crédito Agrícola Seguros") são as entidades responsáveis pelo tratamento dos dados pessoais do tomador de seguro, demais pessoas seguras e beneficiários ("Titulares dos dados"), no âmbito da subscrição de produtos de seguro, recolhidos através do presente documento, bem como aqueles que vierem a ser fornecidos posteriormente, nomeadamente no âmbito da participação de um sinistro, ainda que estes tenham sido recolhidos junto de terceiros. Os dados pessoais disponibilizados são necessários à subscrição e gestão do seguro, incluindo a emissão de apólice, gestão do seguro, gestão de sinistros e anulação da apólice, sendo tratados apenas para estas finalidades. Neste contexto, a Médís e a Crédito Agrícola Seguros tratam as seguintes categorias de dados: dados de identificação e contacto, dados de saúde, dados financeiros e demais dados necessários à celebração do contrato de seguro. A Médís e a Crédito Agrícola Seguros para a prossecução das finalidades descritas poderão comunicar os dados pessoais recolhidos a entidades subcontratantes, parceiros comerciais e entidades do setor segurador, tais como a Associação Portuguesa de Seguradores, distribuidores de seguros, resseguradores. A Médís e a Crédito Agrícola Seguros poderão ainda comunicar os seus dados pessoais, quando julgue tais comunicações de dados como necessárias ou adequadas (i) à luz da lei aplicável, (ii) no cumprimento de obrigações legais/ordens judiciais, ou (iii) para responder a solicitações de autoridades públicas ou governamentais. A prestação de produtos e serviços pela Médís e a Crédito Agrícola Seguros pode implicar a transferência dos seus dados pessoais para países terceiros (que não pertençam à União Europeia ou ao Espaço Económico Europeu). Nesses casos, a Médís e a Crédito Agrícola Seguros implementarão as medidas necessárias e adequadas à luz da lei aplicável para assegurar a proteção dos dados pessoais objeto de uma tal transferência. A Médís e a Crédito Agrícola Seguros guardam os seus dados pelo período da relação contratual estabelecida, exceto se obrigada por lei a conservar os dados por prazo superior. Os Titulares dos dados poderão solicitar, a todo o tempo, o acesso aos dados pessoais que lhe digam respeito, bem como a sua retificação, eliminação ou a limitação do seu tratamento, a portabilidade dos seus dados, ou opor-se ao seu tratamento (com exceção dos dados estritamente necessários para a prestação do serviço) mediante pedido escrito dirigido à Médís para os endereços de email ou para a morada Avenida Dr. Mário Soares (Tagus Park), Edifício 10, piso 1, 2744-002, Porto Salvo. Caso deseje contactar o Encarregado de Proteção de Dados poderá fazê-lo para os endereços de e-mail ou Sem prejuízo de qualquer outra via de recurso administrativo ou judicial, os Titulares dos dados têm direito a apresentar uma reclamação à CNPD ou a outra autoridade de controlo competente nos termos da lei, caso considerem que os seus dados não estão a ser objeto de tratamento legítimo por parte da Médís e da Crédito Agrícola Seguros. A Médís e a Crédito Agrícola Seguros poderão tratar os seus dados pessoais de forma a avaliar o nível de risco associado à subscrição de seguro com base no tratamento automatizado (i.e. sem intervenção humana) dos seus dados pessoais, consubstanciando uma decisão que poderá produzir efeitos na sua esfera jurídica, designadamente no que respeita à cotação do seu seguro. Neste sentido, a Médís e a Crédito Agrícola Seguros comprometem-se a adotar as medidas adequadas para salvaguardar os seus direitos, liberdades e interesses legítimos, designadamente o direito de obter intervenção humana por parte da Médís e da Crédito Agrícola Seguros, manifestar o seu ponto de vista e contestar a decisão em causa. Tomador de Seguro (pessoa singular ou coletiva), ao disponibilizar dados de terceiros, nomeadamente pessoa(s) segura(s) e/ ou beneficiário(s), compromete-se a prestar as informações relativas ao tratamento de dados pessoais acima descritas, bem como a recolher o(s) consentimento(s) eventualmente aplicáveis.

Declaro ser o representante legal e titular das responsabilidades parentais do(s) menor(es) identificado(s) ou estar devidamente autorizado pelo representante legal e titular das responsabilidades parentais do(s) menor(es) identificado(s), e que fui informado dos termos do tratamento de dados pessoais, pela Médís e pela Crédito Agrícola Seguros, para as finalidades descritas e nos termos acima dispostos

Local e Data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

O Tomador do Seguro \_\_\_\_\_

DIA	MÊS	ANO	CÓDIGO DA CCAM	DESCRIPTIVO DA CCAM	CÓDIGO DA AGÊNCIA	DESCRIPTIVO DA AGÊNCIA	CÓDIGO DO PRODUTOR
-----	-----	-----	----------------	---------------------	-------------------	------------------------	--------------------