CA Seguros
Seguramente ao seu lado.
médis

CA SEGURO SAÚDE

Empresas
Proposta de Seguro

Seguro Novo ☐
Alteração (Preencher apenas os dados a alterar) ☐

N.º Apólice _____ **N.º Proposta** G _____

Data de Início ___ DIA ___ MÊS ___ ANO Data de Aprovação ___ DIA ___ MÊS ___ ANO

Visto _____

TOMADOR DO SEGURO / PROPONENTE

Cliente N.º _____ PRV Não ☐ Sim ☐

Nome _____

Morada _____

Localidade _____ Código Postal ____ - ___

Telefone _____ Telemóvel _____

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

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)

Hospitalização	Opção A	Opção B	Opção C	Opção D
☐	☐	☐ B	☐ C	☐
		☐ B + Estomatologia	☐ C + Estomatologia	
		☐ B + Est. + D. Graves	☐ C + D. Graves	
			☐ C + Est. + D. Graves	
			☐ C + Est. + D. Graves + Pró. e Ortóteses	

Coberturas / Capitais	Hospitalização	Opção A	Opção B	Opção C	Opção D
Hospitalização	€ 15.000	€ 15.000	€ 30.000	€ 50.000	€ 500.000
Parto	-	€ 1.500	€ 2.000	€ 5.000	€ 5.000
2ª Opinião (1)	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Assistência Ambulatória	-	€ 1.000	€ 2.500	€ 3.000	€ 5.000
Saúde Mental					
Internamento Psiquiátrico	-	20 Dias	20 Dias	20 Dias	20 Dias
Psicologia e Psicoterapia		20 Sessões	20 Sessões	20 Sessões	20 Sessões
Consultas de Psiquiatria		Incluído em Ambulatório	Incluído em Ambulatório	Incluído em Ambulatório	Incluído em Ambulatório

Coberturas / Capitais	Hospitalização	Opção A	Opção B	Opção C	Opção D
Médico Online					
Medicina Geral e Familiar	Ilimitado	Ilimitado	Ilimitado	Ilimitado	Ilimitado
Pediatria	Ilimitado	Ilimitado	Ilimitado	Ilimitado	Ilimitado
Psicologia	-	Incluído Saúde Mental	Incluído Saúde Mental	Incluído Saúde Mental	Incluído Saúde Mental
Psiquiatria		Incluído Ambulatório	Incluído Ambulatório	Incluído Ambulatório	Incluído Ambulatório
Outras especialidades		Incluído Ambulatório	Incluído Ambulatório	Incluído Ambulatório	Incluído Ambulatório
Estomatologia	-	-	€ 250 (Opcional)	€ 500 (Opcional)	€ 1.000
Próteses e Ortóteses	-	-	-	€ 300 (Opcional)(5)	€ 500
Internacional Clínica Universitária de Navarra (2)	-	-	-	Ilimitado	Ilimitado
Barcelona - Berlin - EUA (3) Restantes Clínicas				€ 50.000	€ 50.000
Doenças Graves (4)	-	-	€ 1.000.000 (Opcional)(6)	€ 1.000.000 (Opcional)	€ 1.000.000
Comparticipações					
Dentro da Rede (após copagamento)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Fora da Rede	30 %	30 %	30 %	35 %	35 %
Internamento Psiquiátrico	-	100 %	100 %	100 %	100 %
Médico online	-	100 %	100 %	100 %	100 %
Próteses e Ortóteses Estomatológicas (7)	-	-	50% Rede Médis 30% fora Rede Médis	50% Rede Médis 35% fora Rede Médis	50% Rede Médis 35% fora Rede Médis
Próteses e Ortóteses (7)	-	-	-	80% Rede Médis 35% fora Rede Médis	80% Rede Médis 35% fora Rede Médis
Internacional Clínica Universitária de Navarra (2)	-	-	-	100 %	100 %
Barcelona - Berlin - EUA (3)				80 %	80 %
Restantes Clínicas				60 %	60 %
Doenças Graves (4)	-	-	100 %	100 %	100 %
Sublimites					
Fisioterapia	-	€ 500	€ 500	€ 500	€ 500
Ortóteses Oftalmológicas	-	-	-	€ 120	€ 200
Aros	-	-	-	€ 50	€ 80
Lentes	-	-	-	€ 35	€ 60
Lentes de Contacto	-	-	-	€ 35	€ 60

ASSINATURA DO TOMADOR DO SEGURO

Coberturas / Capitais	Hospitalização	Opção A	Opção B	Opção C	Opção D
Franquias					
Internacional - Restantes Clínicas	-	-	-	€ 1.500 / Agr. Familiar	€ 1.500 / Agr. Familiar
Internamento Psiquiátrico	-	1 dia de Franquia	1 dia de Franquia	1 dia de Franquia	1 dia de Franquia

(1) Acesso através da Linha CA Saúde e serviço prestado pela Clínica Universitária de Navarra; (2) A Médis 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 Berlim (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 subscrita a cobertura opcional.

COPAGAMENTOS E PERÍODOS DE CARÊNCIA

COPAGAMENTOS

Hospitalização	
Prestadores Rede Médis	10% (Mín. 250 € e Máx. 500 €)
Unidades CUF e Luz Saúde	10% (Mín. 400 € e Máx. 600 €)
Quimioterapia	10% por sessão, Máx. 500 €
Parto Normal	250,00 €
Cesariana	600,00 €
Consultas	
Prestadores Rede Médis	19,00 €
Unidades CUF e Luz Saúde	21,00 €
Médico Assistente Médis	12,50 €
Médico Assistente Médis Online	10,00 €
Urgências	
Prestadores Rede Médis	50,00 €
Unidades CUF e Luz Saúde	55,00 €
Domicílios	25,00 €
Análises (por análise)	2,00 €
Análise Patológica	10,00 €
Raio X	10,00 €
Ecografias	15,00 €
Fisioterapia	7,50 €
Medicina Nuclear	20 %
TAC	
Prestadores Rede Médis	30,00 €
Unidades CUF e Luz Saúde	55,00 €
Ressonância Magnética	
Prestadores Rede Médis	70,00 €
Unidades CUF e Luz Saúde	100,00 €
Estomatologia (por ato médico) (5)	15,00 €
Estomatologia Clínica Medis (por ato médico) (5)	10,00 €
Outros Meios Complementares de Diagnóstico	20 %
Cirurgias, tratamentos e outros Atos Médicos em Assistência Ambulatória	20 %
Saúde Mental	
Psicologia e Psicoterapia	
Prestadores Rede Médis	19,00 €
Unidades CUF e Luz Saúde	21,00 €
Consultas de Psiquiatria	
Prestadores Rede Médis	19,00 €
Unidades CUF e Luz Saúde	21,00 €
Médico Online	
Medicina Geral e Familiar	0 €
Pediatria	0 €
Psiquiatria	12,50 €
Psicologia	12,50 €
Outras especialidades	Até 20,00 €
Oncologia - apoio psicológico	10 € por consulta
Oncologia - enfermagem ao domicílio	10 € por utilização

ASSINATURA DO TOMADOR DO SEGURO

PERÍODOS DE CARÊNCIA

60 dias - Assistência Ambulatória, Estomatologia e Próteses e Ortóteses, Consultas de Psicologia e Psiquiatria e Sessões de Psicoterapia. **90 dias** - Hospitalização e Internamento Psiquiátrico. **180 dias** - Doenças Graves; Tratamento cirúrgico ou por outros métodos invasivos da hipertrofia benigna da próstata, patologia benigna do útero, cistocelo e rectocelo. **365 dias** - 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.

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)

ASSINATURA DO TOMADOR DO SEGURO

AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO DIRETO / CRÉDITO SEPA

Titular da Conta: _____

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

Banco _____ BIC SWIFT |_|_|_|_|_|_|_|_|

Número de Conta - IBAN |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

Tipo de pagamento: Pagamento recorrente [X] ou Pagamento pontual [ ]

Ao subscrever esta autorização, está a autorizar (i) a Médis – 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 Médis – 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 contitulares 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 Médis. 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 Médis - Companhia Portuguesa de Seguros de Saúde, S.A. e a Crédito Agrícola Seguros - Companhia de Seguros de Ramos Reais, S.A., e sendo a Médis o cossegurador líder do contrato. Todas as referências contratuais ao segurador, deverão entender-se como feitas em relação ao líder.

ASSINATURA DO TOMADOR DO SEGURO

11. As reclamações emergentes do contrato podem ser apresentadas por escrito ao departamento de gestão de reclamações do Segurador (nomeadamente através do e-mail: reclamacoes@medis.pt ou por correio para: Praça Príncipe Perfeito 2, 1990-278 Lisboa), no Livro de Reclamações, ao Provedor do Cliente (nomeadamente através do e-mail: provedor.medis@mm-advogados.com) e à Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões, em www.asf.com.pt. Em caso de litígio, além do recurso às restantes Entidades de Resolução Alternativa de Litígios, nos termos previstos na legislação aplicável, as partes podem recorrer ao CIMPAS – Centro de Informação, Mediação e Arbitragem de Seguros, de que o Segurador é aderente -www.cimpas.pt - ou aos tribunais judiciais. A Política de Tratamento de Clientes do Segurador e restante informação relativa à Gestão de Reclamações e litígios está disponível em www.medis.pt.

A Médis - Companhia Portuguesa de Seguros de Saude, S.A. e a Crédito Agrícola Seguros - Companhia de Seguros de Ramos Reais, S.A. (doravante referidas como "Médis" 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 Médis 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 Médis 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 Médis 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 Médis 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 Médis 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 Médis 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 Médis para os endereços de email apoioaocliente@medis.pt ou protecaodedados@creditoagricola.pt, ou para a morada Praça Príncipe Perfeito 2, 1990-278 Lisboa. Caso deseje contactar o Encarregado de Proteção de Dados poderá fazê-lo para os endereços de e-mail dpo@medis.pt ou dpo@creditoagricola.pt. 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 Médis e da Crédito Agrícola Seguros.

ASSINATURA DO TOMADOR DO SEGURO

DECLARAÇÕES, DATA E ASSINATURAS (continuação)

A Médis 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 Médis 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 Médis 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 Médis 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	DESCRITIVO DA CCAM	CÓDIGO DA AGÊNCIA	DESCRITIVO DA AGÊNCIA	CÓDIGO DO PRODUTOR