

SEGURO NOVO

ALTERAÇÃO (PREENCHER APENAS OS DADOS A ALTERAR)

N.º APÓLICE _____ **N.º PROPOSTA** | S _____

DATA DE INÍCIO |_____| |_____| |_____| DATA DE APROVAÇÃO |_____| |_____| |_____| VISTO _____
DIA MÊS ANO DIA MÊS ANO

TOMADOR DO SEGURO / PROPONENTE

CLIENTE N.º _____ PRV NÃO SIM

NOME _____

DATA DE NASCIMENTO |_____| |_____| |_____| N.º CONTRIBUINTE _____
DIA MÊS ANO

B.I. / OUTRO (N.º) _____ DATA (B.I. / OUTRO) |_____| |_____| |_____| SEXO F M
DIA MÊS ANO

MORADA _____

LOCALIDADE _____ CÓDIGO POSTAL |_____| - |_____|

TELEFONE _____ PESSOA DE CONTACTO _____

TELEMÓVEL _____ FAX _____ E-MAIL _____

ESTADO CIVIL _____ PROFISSÃO _____

IDENTIFICAÇÃO DAS PESSOAS SEGURAS

CLIENTE N.º _____

O TOMADOR É PESSOA SEGURA ? NÃO SIM

NOME A INSCREVER NO CARTÃO _____
MÁX. 25 CARACTERES

PARENTESCO

CÔNJUGE _____ CLIENTE N.º _____ PRV NÃO SIM

B.I. N.º _____ N.º CONTRIBUINTE _____ DATA DE NASCIMENTO |_____| |_____| |_____|
DIA MÊS ANO

NOME A INSCREVER NO CARTÃO _____
MÁX. 25 CARACTERES SEXO F M

FILHO(A) _____ CLIENTE N.º _____ PRV NÃO SIM

B.I. N.º _____ N.º CONTRIBUINTE _____ DATA DE NASCIMENTO |_____| |_____| |_____|
DIA MÊS ANO

NOME A INSCREVER NO CARTÃO _____
MÁX. 25 CARACTERES SEXO F M

FILHO(A) _____ CLIENTE N.º _____ PRV NÃO SIM

B.I. N.º _____ N.º CONTRIBUINTE _____ DATA DE NASCIMENTO |_____| |_____| |_____|
DIA MÊS ANO

NOME A INSCREVER NO CARTÃO _____
MÁX. 25 CARACTERES SEXO F M

FILHO(A) _____ CLIENTE N.º _____ PRV NÃO SIM

B.I. N.º _____ N.º CONTRIBUINTE _____ DATA DE NASCIMENTO |_____| |_____| |_____|
DIA MÊS ANO

NOME A INSCREVER NO CARTÃO _____
MÁX. 25 CARACTERES SEXO F M

FILHO(A) _____ CLIENTE N.º _____ PRV NÃO SIM

B.I. N.º _____ N.º CONTRIBUINTE _____ DATA DE NASCIMENTO |_____| |_____| |_____|
DIA MÊS ANO

NOME A INSCREVER NO CARTÃO _____
MÁX. 25 CARACTERES SEXO F M

NOTA: SE HOUVEREM MAIS PESSOAS SEGURAS É FAVOR PREENCHER OUTRA PROPOSTA SÓ COM ESTES DADOS.

ASSINATURA DO TOMADOR DO SEGURO



AUTORIZAÇÃO DA RECOLHA DE DADOS PESSOAIS RELATIVOS À SAÚDE

Autorizo o Segurador a proceder à recolha de dados pessoais relativos ao meu estado de saúde junto de médicos ou outros profissionais de saúde e de organismos públicos ou privados tais como hospitais, clínicas, consultórios, centros de saúde, institutos de medicina legal, mesmo depois do meu falecimento, tendo em vista a confirmação ou complemento da informação prestada aquando ou após a subscrição do presente seguro, com as finalidades de avaliação do risco de subscrição ou adesão ao seguro ou de gestão da relação contratual subsequente, designadamente para efeito de determinação da origem, causa e evolução de eventual doença e compreendo a essencialidade desta autorização para a celebração e funcionamento do presente contrato de seguro.

Pessoa Segura

Pessoa Segura

Pessoa Segura

Pessoa Segura

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 Seguros.

ASSINATURA DO TOMADOR DO SEGURO

DECLARAÇÕES, DATA E ASSINATURAS (continuação)

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 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. Mediante o seu consentimento, a Médís e a Crédito Agrícola Seguros, utilizarão os dados recolhidos para o envio de comunicações promocionais, divulgação de campanhas relativas a produtos e serviços da Médís e da Crédito Agrícola Seguros ajustados ao seu perfil. O seu perfil será criado com base, nomeadamente, em variáveis demográficas como idade e género, zona de residência, preferências pessoais por si indicadas, assim como os produtos subscritos, sendo o seu perfil ajustado ao longo da relação estabelecida. Os seus dados serão conservados para a finalidade de marketing enquanto não retirar o seu consentimento. Todas as nossas comunicações contêm um link através do qual poderá, a qualquer momento, retirar o seu consentimento, o que não invalida, no entanto, o tratamento efetuado até essa data com base no consentimento previamente dado. 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.

- Desejo receber promoções e campanhas relativas a produtos e serviços da Médís e da CA, nos termos acima descritos, através dos diferentes canais de comunicação, quer físicos quer digitais, nomeadamente notificações eletrónicas, carta, SMS ou email, ajustadas aos meus interesses e preferências, apurados com base no meu perfil.
- 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 _____

Assinatura(s) da(s) Pessoa(s) Segura(s) (ou representante no caso de menores de 18 anos)

1.^a _____ 4.^a _____
 2.^a _____ 5.^a _____
 3.^a _____ 6.^a _____

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