



**Identificação do Credor**

Creditor identification

Nome do Credor /  
Creditor name

GENERALI SEGUROS, S. A.

Identificação do Credor /  
Creditor identifier

PT 18100002

Nome de rua e número /  
Street name and number

AV. DA LIBERDADE, 242

Código Postal / Postal code

1250 - 149

Cidade / City

LISBOA

País / Country

PORTUGAL

**Tipos de pagamento**

Type of payments

Pagamento recorrente / Recurrent payment **Local onde está a assinar**

Location in which you are signing

Localidade / Location

Data / Date

**Assinar aqui por favor:**

Please sign here

Assinatura(s) / Signature(s)\*

Os seus direitos, referentes à autorização acima referida, são explicados em declaração que pode obter no seu Banco.  
Your rights regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.

3

**AGREGADO FAMILIAR****Pessoa Segura 2 (PS2) - Grau de Parentesco (em relação à Pessoa Segura 1): Cônjuge ou Equiparado**

N.º Cliente

Transferência de seguro de saúde? Não  Sim  Qual a data de início desse seguro?  -  - Indique o valor do capital de Hospitalização coberto por esse seguro: . . ,  €Nome 

Título/Sigla

N.º Contribuinte

Morada 

N.º

Andar

Código Postal

Localidade 

Nacionalidade

Data Nascimento  -  -  Sexo M  F  Estado Civil 

B.I. / C. C.

Data preferencial de contacto (resposta ao questionário clínico):  -  -  (dia útil)Horário: 9h-12h  12h-14h  14h-16h  16h-18h  18h-20h Contacto preferencial: Telefone  Telemóvel Telefone 

Telemóvel

Fax

Email Nome a constar no Cartão **Pessoa Segura 3 (PS3) - Grau de Parentesco (em relação à Pessoa Segura 1): Descendente**

N.º Cliente

Transferência de seguro de saúde? Não  Sim  Qual a data de início desse seguro?  -  - Indique o valor do capital de Hospitalização coberto por esse seguro: . . ,  €Nome 

Título/Sigla

N.º Contribuinte

Morada 

N.º

Andar

Código Postal

Localidade 

Nacionalidade

Data Nascimento  -  -  Sexo M  F  Estado Civil 

B.I. / C. C.

Data preferencial de contacto (resposta ao questionário clínico):  -  -  (dia útil)Horário: 9h-12h  12h-14h  14h-16h  16h-18h  18h-20h Contacto preferencial: Telefone  Telemóvel Telefone 

Telemóvel

Fax

Email Nome a constar no Cartão **Pessoa Segura 4 (PS4) - Grau de Parentesco (em relação à Pessoa Segura 1): Descendente**

N.º Cliente

Transferência de seguro de saúde? Não  Sim  Qual a data de início desse seguro?  -  - Indique o valor do capital de Hospitalização coberto por esse seguro: . . ,  €Nome 

Título/Sigla

N.º Contribuinte

Morada

N.º  Andar  Código Postal  -   
 Localidade  Nacionalidade   
 Data Nascimento  -  -  Sexo M  F  Estado Civil  B.I. / C. C.   
 Data preferencial de contacto (resposta ao questionário clínico):  -  -  (dia útil)  
 Horário: 9h-12h  12h-14h  14h-16h  16h-18h  18h-20h   
 Contacto preferencial: Telefone  Telemóvel   
 Telefone  Telemóvel  Fax   
 Email   
 Nome a constar no Cartão

**Pessoa Segura 5 (PS5) - Grau de Parentesco (em relação à Pessoa Segura 1):** Descendente

N.º Cliente

Transferência de seguro de saúde? Não  Sim  Qual a data de início desse seguro?  -  -

Indique o valor do capital de Hospitalização coberto por esse seguro: . . ,  €

Nome   
 Título/Sigla  N.º Contribuinte

Morada   
 N.º  Andar  Código Postal  -

Localidade  Nacionalidade   
 Data Nascimento  -  -  Sexo M  F  Estado Civil  B.I. / C. C.

Data preferencial de contacto (resposta ao questionário clínico):  -  -  (dia útil)

Horário: 9h-12h  12h-14h  14h-16h  16h-18h  18h-20h

Contacto preferencial: Telefone  Telemóvel

Telefone  Telemóvel  Fax

Email

Nome a constar no Cartão

**Nota:** As comunicações que lhe enviarmos, no âmbito do novo seguro, serão feitas para o email que indicar nesta declaração.

Se já recebe a documentação por email, através do serviço Cliente Verde, o email que nos indicar agora será ainda utilizado para atualizarmos o seu registo neste serviço. Caso não pretenda esta atualização, por favor contacte a nossa Linha Clientes.

#### 4 OBSERVAÇÕES

#### PRAZO PARA APRESENTAÇÃO DAS DESPESAS

As despesas de saúde realizadas no âmbito de prestações indemnizatórias deverão ser apresentadas a pagamento no prazo máximo de 180 dias, exceto em situações que tenham existido impedimentos objetivos de o fazer no prazo estipulado.

#### DECLARAÇÃO

O Participante/Pessoa Segura garante a exatidão e completude das declarações prestadas na presente Proposta sob pena de incorrer nas consequências previstas nos artigos 25.º e 26.º do Regime Jurídico do Contrato de Seguro (DL n.º 72/2008 de 16 de abril). Nesta conformidade, caso se trate de uma inexactidão ou omissão dolosa, o contrato será anulado e os sinistros recusados. Em caso de inexactidão ou omissão negligente, o contrato será alterado e os sinistros garantidos na proporção da diferença entre o prémio pago e o prémio que seria devido se o facto inexacto ou omitido fosse conhecido, sem prejuízo da possibilidade do Segurador poder anular o contrato caso se comprove que em caso algum o teria celebrado se tivesse conhecido o facto omitido ou inexacto.

Qualquer alteração à morada ou sede do Participante/Pessoa Segura acima indicada deverá ser comunicada, por carta registada com aviso de receção, ao Segurador no prazo de 30 dias a contar da data em que se verifica, sob pena das comunicações ou notificações que o Segurador venha a efetuar para a morada desatualizada serem consideradas válidas e eficazes.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

O PARTICIPANTE / PESSOAS SEGURAS

O CLIENTE / TOMADOR DO SEGURO

PS1 \_\_\_\_\_  
 PS2 \_\_\_\_\_  
 PS3 \_\_\_\_\_  
 PS4 \_\_\_\_\_  
 PS5 \_\_\_\_\_