

Motivo: Inclusão Alteração Exclusão

Data Efeito: - -

Data Aprovação: - - Visto: _____

DATA DE ENTRADA: _____

Em caso de alteração, preencher apenas o número de apólice e os campos a alterar.

Nota: As zonas a tracejado são para preenchimento do Segurador. - Preencha os espaços em letra de imprensa. - Assinale com cruz "X" os casos aplicáveis.

1 CLIENTE / TOMADOR DO SEGURO

Nome:

Plano: N.º Apólice:

Se a Pessoa Segura 1 já é Cliente, indique por favor um dos seguintes elementos

N.º Cliente: N.º Apólice: Matrícula:

N.º Contribuinte:

PARTICIPANTE - Pessoa Segura 1 (PS1) - Preencher apenas se diferente do Tomador do Seguro

Nome: Título/Sigla:

Morada: N.º: Andar: Código Postal: -

Localidade: País Morada:

N.º Contribuinte: Nacionalidade:

País Naturalidade: Dupla Nacionalidade: Não Sim País:

Cliente Individual Data Nascimento: - - Sexo: M F

Profissão: Código Estatístico:

Cliente Coletivo CAE: Descrição:

Formas de representação da empresa: Sede Social Sucursal Outro País da Sede Social:

Existem sócios com uma participação >= 25% no capital ou direito de voto? Não Sim (indique no mod. 5500-321 Minuta de Sócios)

N.º Empregados: 1 a 4 5 a 9 10 a 19 20 a 49 50 a 199 + de 200

Telefone: Telemóvel: Fax:

Email:

2 INDICAÇÃO DE DADOS PARA MOVIMENTOS FINANCEIROS

O IBAN abaixo indicado serve para efetuar o reembolso de despesas de saúde por crédito na sua conta, conforme referido na Proposta, bem como para a cobrança de eventuais valores adiantados pelo Segurador e não garantidos ao abrigo da apólice - em caso de Extensão Territorial a Espanha e/ou Estados Unidos da América ou Angola - nos termos mencionados em baixo.

Autorização de Débito Direto SEPA
 SEPA Direct Debit Mandate

Referência da autorização (ADD) a completar pelo Credor.

Mandate reference - to be completed by the creditor.

Ao subscrever esta autorização, está a autorizar o CREDOR a enviar instruções ao seu BANCO para debitar a sua conta e, simultaneamente, a autorizar o seu BANCO a debitar a sua conta, de acordo com as instruções do CREDOR. 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. Preencha por favor todos os campos assinalados com *.

By signing this mandate form, you authorise the CREDITOR to send instructions to your BANK to debit your account and authorise your BANK as well to debit your account in accordance with the instructions from CREDITOR. 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 *.

Identificação do Devedor

Debtor identification

Nome do(s) Devedor(es) / Name of the debtor(s)*:

Nome de rua e número / Street name and number*:

Código Postal / Postal code*: - Cidade / City*:

País / Country*:

Número de conta - IBAN / Account number - IBAN*: BIC SWIFT / SWIFT BIC:

Identificação do Credor
Creditor identification

Nome do Credor / Creditor name **GENERALI SEGUROS, S. A.**
Identificação do Credor / Creditor identifier **PT18100002**
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.

IMPORTANTE

Quando necessário, o Questionário Clínico constante das páginas 3 e 4 deverá ser preenchido pelas Pessoas Seguras e entregue em anexo à Declaração Individual.

3

AGREGADO FAMILIAR

Pessoa Segura 2 (PS2) - Grau de Parentesco (em relação à Pessoa Segura 1): Cônjuge ou Equiparado N.º Cliente

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.
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

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.
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

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.
Telefone Telemóvel Fax
Email
Nome a constar no Cartão

QUESTIONÁRIO CLÍNICO

PARTICIPANTE (PS1) _____

N.º Apólice

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Responda por favor, às perguntas efetuadas para cada Pessoa Segura, assinalando com um "X" a resposta correta.

	PS1		PS2		PS3		PS4		PS5	
1. Peso?										
2. Altura?										
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
3. Já alguma vez foi hospitalizado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Já alguma vez foi submetido a alguma intervenção cirúrgica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Teve algum tratamento por alcoolismo ou consumo de drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Participa nalguma atividade de risco, recreativa, desportiva ou relacionada com sua ocupação?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Toma regularmente algum medicamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sofre ou sofreu de:										
8. APARELHO RESPIRATÓRIO (Alergias, asma, bronquite, tuberculose ou outras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. APARELHO DIGESTIVO (Gastrites, úlceras, hepatite B ou C, colite, doenças da vesícula ou outras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. APARELHO URINÁRIO (Infeções, cálculos ou outras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. APARELHO GENITAL FEMININO E MAMA (Miomias, quistos, nódulos, displasia ou outras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. APARELHO GENITAL MASCULINO (Fimose, próstata ou outras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. OSSOS E ARTICULAÇÕES (Hérnia discal, reumatismo, dor ciática, artrose, joanetes ou outras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. DOENÇAS ENDÓCRINAS, METABÓLICAS OU DO SANGUE (Tiróide, bócio, obesidade, anemia, hemofilia, púrpura, linfoma, mieloma, infeção com HIV ou outras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. DIABETES, HIPERTENSÃO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. DOENÇAS NEUROLÓGICAS OU MENTAIS (Epilepsia, depressões ou outras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. DOENÇAS DA PELE (Sinais com alteração, eczema, quistos ou outras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. VARIZES (Má circulação, derrames e flebites)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. HÉRNIAS, HEMORRÓIDAS OU FÍSTULAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. CORAÇÃO E APARELHO CIRCULATÓRIO (Enfarte, angina de peito ou outras doenças do coração ou vasos sanguíneos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. OLHOS (Estrabismo ou outras, exceto miopia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. OUVIDOS, NARIZ E GARGANTA (Otitis, sinusite, desvios do septo nasal, amigdalites frequentes e outras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. DOENÇAS DO FORO ONCOLÓGICO (Cancro, tumor, quisto ou outras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. POSSUI OU SOFRE DE ALGUMA DEFICIÊNCIA FÍSICA OU DOENÇA CONGÊNITA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. OUTRAS DOENÇAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. A Pessoa Segura alguma vez tentou subscrever um seguro de vida que não tenha sido aceite pelo Segurador?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se respondeu SIM, em alguma situação, preencha, obrigatoriamente, os quadros abaixo

N.º Pessoa Segura	N.º da Resposta	Diagnóstico (mês/ano) / Atividade de Risco	Nome do Médico e Especialidade

Qual a doença, quais os tratamentos realizados e quais os medicamentos que toma regularmente?

N.º Pessoa Segura	N.º da Resposta	Descrição

Qual o estado atual?

N.º Pessoa Segura	N.º da Resposta	Descrição

Prevê que possa vir a necessitar de tratamentos e/ou intervenção cirúrgica?

N.º Pessoa Segura	N.º da Resposta	Descrição

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.

DECLARAÇÃO DE DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES

O Tomador do Seguro declara ter sido informado de que o presente contrato de seguro de saúde, que terá como base a proposta e respetivos questionários clínicos, não cobre nenhum risco relacionado com a prestação de cuidados de saúde decorrente de qualquer doença pré-existente à data da sua celebração, nomeadamente as doenças pré-existentes declaradas no questionário do boletim de adesão e/ou informação complementar que possa ter sido facultada pela Pessoa Segura.

_____, ____/____/____

O PARTICIPANTE / PESSOAS SEGURAS

PS1 _____ PS2 _____ PS3 _____

PS4 _____ PS5 _____