Plano Saúde *Médis* *

PROPOSTA DE SEGURO

Ocidental seguros
Millenniumbcp Fortis
GRUPO SEGURADOR

☐ Seguro Novo ☐ Alteração Apólice

Sucursal

Colaborador

Mediador **207074605** Banco Comercial Português SA

Millennium bcp
A vida inspira-nos

PROPONENTE/TOMADOR DO SEGURO (A Pessoa abaixo identificada é quem assina a Proposta de seguro e se responsabiliza pelo pagamento de prémio)

Nome:		
Morada:		Código Postal: -
		Localidade:
Data de Nascimento: / /	Sexo: ☐ M ☐ F	Estado Civil:
Bilhete de Identidade:	Nº Contribuinte:	Profissão:
Telefone (casa):	Telefone (emprego):	Telemóvel:
E-mail:		

IDENTIFICAÇÃO DAS PESSOAS SEGURAS (Se houver mais Pessoas Seguras é favor preencher outra Proposta só com estes dados)

O **Proponente** é Pessoa Segura? ☐ Sim ☐ Não

Nome a inscrever no Cartão Médis (máximo 25 caracteres)

Titular (Dispensa preenchimento se respondeu "Sim" em Proponente):

Data de Nascimento: / /	Sexo: ☐ M ☐ F	Bilhete de Identidade:	Nº Contribuinte:

Nome a inscrever no Cartão Médis (máximo 25 caracteres)

Cônjuge:

Data de Nascimento: / /	Sexo: ☐ M ☐ F	Bilhete de Identidade:	Nº Contribuinte:

Nome a inscrever no Cartão Médis (máximo 25 caracteres)

Filho:

Data de Nascimento: / /	Sexo: ☐ M ☐ F	Bilhete de Identidade:	Nº Contribuinte:

Nome a inscrever no Cartão Médis (máximo 25 caracteres)

OPÇÕES (Escolha a Opção pretendida, colocando um X numa da 7 hipóteses)

	Opção 1	Opção 2	Opção 3
	☐ Base ☐ Base + Assist. Ambulatória ☐ Base+ Assist. Ambulat. + Parto	☐ Base ☐ Base + Estomatologia	☐ Base ☐ Base + Estomatologia

COBERTURAS, CAPITAIS, COMPARTICIPAÇÕES, SUB-LIMITES e FRANQUIAS por Pessoa Segura / Ano

	Opção 1	Opção 2	Opção 3
Capitais			
Hospitalização Sub-Limite para Parto	€ 15.000,00 € 1.500,00 (Opcional)	€ 50.000,00 € 2.000,00	€ 75.000,00 € 3 000,00
Assistência Ambulatória	€ 1.000,00 (Opcional)	€ 2.500,00	€ 5.000,00
Rede de Segundas Opiniões (Best Doctors)	Sim	Sim	Sim
Estomatologia	-	€ 250,00 (Opcional)	€ 1.000,00 (Opcional)
Internacional - Clínica Navarra (Espanha) (1) Barcelona - Berlim - EUA (2) Restantes Clínicas	-	-	Ilimitado € 75.000,00
Doenças Graves (3)	-	-	€ 1.000.000,00
Comparticipações			
Dentro da Rede (após co-pagamento)	100 %	100 %	100 %
Fora da Rede	35 %	35 %	35 %
Próteses e Ortóteses Estomatológicas (4)	-	50% na Rede Médis 35% fora da Rede Médis	50% na Rede Médis 35% fora da Rede Médis
Internacional - Clínica Navarra (Espanha) (1) Barcelona - Berlim - EUA (2) Restantes Clínicas	-	-	100 % 80 % 60 %
Doenças Graves	-	-	100 %
Sub-Limites			
Fisioterapia	€ 500,00 (5)	€ 500,00	€ 500,00
Consultas de Psiquiatria	6 individuais ou 12 de grupo (5)	6 individuais ou 12 de grupo	6 individuais ou 12 de grupo
Franquias			
Assistência Ambulatória (5)	€ 50,00	-	-
Internacional - Restantes Clínicas	-	-	€ 1.500,00/Agr. Familiar

(1) 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).
(2) Barcelona Centro Médico (Espanha); Deutsches Herzzentrum Berlim (Alemanha); Clínica Johns Hopkins (EUA).
(3) As patologias ao abrigo desta cobertura são: cancro; patologia neurocirúrgica intracraneana; by-pass de pelo menos duas artérias; patologia valvular não congénita e transplante de órgãos.
(4) Aplicável apenas quando subscrita a cobertura opcional de Estomatologia.
(5) Aplicável quando subscrita a cobertura opcional de Assistência Ambulatória.

CO-PAGAMENTOS e PERÍODOS DE CARÊNCIA

Co-Pagamentos

Hospitalização	€ 200,00	Raio X	€ 5,00
Parto	€ 250,00	Ecografias	€ 10,00
Consultas de Cuidados Primários (6)	€ 12,50	Medicina Nuclear	€ 12,50
Consultas de Especialidade	€ 15,00	TAC	€ 25,00
Urgências	€ 37,50	Ressonância Magnética	€ 62,50
Domicílios	€ 25,00	Estomatologia (por acto médico) (7)	€ 15,00
Análises (por análise)	€ 1,50	Outros Meios Complementares de Diagnóstico	10%
Anatomia Patológica	€ 5,00	Cirurgias, tratamentos e Outros Actos Médicos em Ambulatório	10%

(6) Aplicável quando subscritas as coberturas opcionais de Assistência Ambulatória e Parto.
(7) Aplicável apenas quando subscrita a cobertura opcional de Estomatologia.

Períodos de carência

60 dias - Ambulatório (inclui Estomatologia) 90 dias - Hospitalização
6 meses - Cobertura de Doenças Graves
12 meses
- Esclerose e/ou tratamento cirúrgico de Varizes;
- Tratamento cirúrgico de Hérnia Discal;
- Hemorroidectomia e outros tratamentos às hemorróidas;
- Artroscopia ou Septoplastia ou Rinoseptoplastia;
- Parto;
- Amigdalectomia, Adenoldectomia, Miringotomias com ou sem aplicação de tubos de ventilação;
- Excisão cirúrgica ou tratamentos com laser de lesões benignas da pele;
- Tratamento cirúrgico da Apneia do Sono.

(Assinatura do Proponente /Tomador do Seguro)

DATA DE INÍCIO, TIPO DE CONTRATO E PAGAMENTO DOS PRÉMIOS

Data de Início: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Nos termos legais, havendo aceitação da presente proposta, a cobertura dos riscos verifica-se apenas com o pagamento do prémio ou fracção devidos.

Duração: Ano e Seguintes | Periodicidade de Pagamento do Prémio: ☐ Mensal ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual

(No 1º recibo de prémio, acresce o custo de apólice e respectivos encargos legais, no total de 5,35€)

AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO EM CONTA

Titular da Conta:

Ao Banco _____, por débito, em sistema de Débito Directo, na minha conta com o NIB ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐ queiram proceder ao pagamento do prémio à Ocidental – Companhia Portuguesa de Seguros, SA, na periodicidade acordada, relativo ao seguro contratado através da presente Proposta.
Quando for devido pelo Segurador o pagamento de quaisquer importâncias às Pessoas Seguras, estas autorizam, sem prejuízo de posteriores instruções expressas em contrário, que o pagamento se faça com o crédito nesta conta bancária, dando do mesmo a necessária e completa quitação.

Local e Data: | Assinatura do Titular da Conta:

DECLARAÇÕES, DATA E ASSINATURAS

Para efeitos de celebração do presente contrato de seguro, o Proponente/Tomador do Seguro e a(s) Pessoa(s) Segura declara(m) que:

1. São exactas e completas as declarações prestadas, e que tomei conhecimento de todas as informações necessárias à celebração do presente contrato, tendo-me sido entregues as respectivas Condições Gerais e Especiais, de que tomei integral conhecimento, e tendo-me sido prestados todos os esclarecimentos sobre as mesmas condições contratuais, nomeadamente sobre garantias e exclusões aplicáveis, com as quais concordo.
2. O risco que pretendo segurar não esteve coberto, total ou parcialmente, por nenhum contrato relativamente ao qual exista prémio, fracção de prémio ou outra quantia em dívida.
3. Autorizo o tratamento efectuado, com ou sem meios automatizados, dos dados pessoais fornecidos e do registo dos acessos, consultas, instruções e outras informações respeitantes a este contrato, bem como o tratamento de informação que respeite a mim recolhida indirectamente junto de outras fontes. Concordo que os dados recolhidos serão processados e armazenados informaticamente e destinam-se à utilização nas relações contratuais com o Segurador e seus subcontratados, sendo o mesma o responsável pelo seu tratamento. As omissões, inexactidões ou falsidades, quer no que respeita a dados de fornecimento obrigatório quer facultativo, são da responsabilidade do Proponente/Tomador do Seguro e ou da(s) Pessoa(s) Segura(s).
4. Autorizo ainda os médicos e outros prestadores de cuidados de saúde a que recorram, no âmbito do presente contrato, a fornecer aos serviços clínicos do Segurador, sem quebra da respectiva confidencialidade, quaisquer informações relacionadas com os serviços prestados e abrangidos pelo segredo profissional, bem como o tratamento automatizado desses dados e os constantes do Questionário Individual de Saúde, com a finalidade exclusiva de estatística, análise e tarifação de riscos, sem prejuízo de os poder consultar e corrigir a todo o tempo.
5. Mais autorizo o Banco/Mediador de Seguros Ligado a manter um registo por meios electrónicos, digitais ou outro, das conversas mantidas no âmbito de canais telefónicos especializados, incluindo a identificação codificada do Cliente e instruções por si transmitidas, destinado quer ao esclarecimento de dúvidas, quer a ser apresentado a juízo em caso de litígio.
6. Tomei conhecimento de que o responsável pelo tratamento de dados é o Banco/Mediador de Seguros Ligado, integrado com os agrupamentos complementares de empresas por ele constituídos ou as empresas por ele dominadas, no território nacional ou no estrangeiro e autorizo desde já tais entidades a utilizarem esses dados para circulação de informação interna e actualização dos respectivos registos, com a finalidade exclusiva de gestão da relação contratual, prossecução da actividade de mediação de seguros, gestão de contactos e realização de acções promocionais.
7. Tomo conhecimento de que me é assegurado, nos termos legais, o direito de informação, acesso, rectificação, aditamento ou supressão dos dados pessoais, mediante contacto pessoal com o seu gestor de conta, contacto via telefone ou internet, junto de qualquer sucursal do Banco/Mediador de Seguros Ligado ou ainda mediante comunicação escrita dirigida, consoante o caso, a esta mesma instituição ou ao Segurador.

O Proponente/Tomador do Seguro e a(s) Pessoa(s) Segura(s) toma(m) ainda conhecimento de que:

8. A aceitação do seguro, relativamente a cada Pessoa Segura, fica dependente da análise do respectivo Questionário Individual de Saúde, considerando-se o seguro aceite se, no prazo máximo de 14 dias a contar da data de recepção da Proposta e respectivo Questionário Individual de Saúde pelos Serviços de Subscrição Médica do Segurador, esta não notificar a Pessoa Segura da não aceitação do risco proposto ou da necessidade de obtenção de elementos adicionais para a sua apreciação.
9. A análise do Questionário Individual de Saúde e dos restantes factores caracterizadores do risco proposto condicionam a sua aceitação por parte do Segurador ou dos termos em que a mesma possa ocorrer.
10. Nos termos legais, havendo aceitação da presente proposta, a cobertura dos riscos verifica-se, apenas, com o pagamento do prémio ou fracção devidos.
11. As prestações garantidas constantes desta Proposta referem-se exclusivamente a cada ano de vigência do contrato.
12. O Banco Comercial Português, S.A. (Millennium bcp) tem uma participação indirecta superior a 10% no capital da Ocidental – Companhia Portuguesa de Seguros, SA, da Ocidental – Companhia Portuguesa de Seguros Vida, SA, da Médis – Companhia Portuguesa de Seguros de Saúde, SA, e ainda da Pensõesgere – Sociedade Gestora de Fundos de Pensões, SA.
    Não existe qualquer participação, directa ou indirecta, superior a 10% nos direitos de voto ou no capital deste Banco que seja detida por qualquer Segurador ou por empresa mãe de qualquer Segurador.
13. A intervenção do Millennium bcp enquanto Mediador envolve a prestação de assistência ao longo do período de vigência dos contratos de seguro, não estando autorizado a receber prémios de seguro. O Cliente tem o direito de solicitar informação sobre a remuneração do Millennium bcp pelo serviço de mediação, a qual lhe será prestada sempre que solicitada.
14. Relativamente à actividade de mediação, as reclamações dos Tomadores do Seguro e/ou outras partes interessadas podem ser registadas no Livro de Reclamações do Banco/Mediador de Seguros Ligado, bem como apresentadas junto do Instituto de Seguros de Portugal, autoridade de supervisão, ou ainda, em caso de litígio, apresentadas aos tribunais judiciais ou aos organismos de resolução extrajudicial.
15. O Banco, como Mediador de Seguros Ligado, tem a obrigação contratual de exercer a actividade de mediação de seguros exclusivamente para as empresas de seguros aqui identificadas. Nos contratos de seguro em que o Banco figurar como Mediador, não existe intervenção de outros mediadores de seguros.

Local e data, _____

O Proponente/Tomador do Seguro _____

A(s) Pessoa(s) Segura(s) _____

_____

_____

A Sucursal _____

Mediador de Seguros Ligado: Banco Comercial Português, S.A., Sociedade Aberta (Millennium bcp) Sede: Praça D. João I, 28 4000-295 Porto * Capital Social 4.694.600.000 Eur * Nº Único de Matrícula e de Pessoa Colectiva 501525882. Mediador de Seguros Ligado nº 207074605 - Data de Registo: 26/06/2007. Autorização para mediação de seguros dos Ramos Vida e Não Vida dos Seguradores Ocidental - Companhia Portuguesa de Seguros de Vida, S.A., Ocidental - Companhia Portuguesa de Seguros S.A. e Médis - Companhia Portuguesa de Seguros de Saúde, S.A. e ainda com a Pensõesgere - Sociedade Gestora de Fundos de Pensões, S.A. Informações e outros detalhes do registo disponíveis em www.isp.pt.

Segurador: Ocidental – Companhia Portuguesa de Seguros, S.A. Sociedade anónima com sede na Avenida José Malhoa, nº 27, em Lisboa, pessoa colectiva nº 501836918 e matriculada sob esse número na Conservatória do Registo Comercial de Lisboa, com o capital social de €12.500.000,00. Morada para correspondência: Tagus Park, Edifício 10 - Piso 1, 2744-002 Porto Salvo.

*** Médis**: marca exclusiva e registada dos produtos geridos pela Médis – Companhia Portuguesa de Seguros de Saúde, SA, segurador, ressegurador e gestor do sistema integrado de prestação de cuidados de saúde subjacente aos seguros dos ramos Doença, Assistência e Acidentes titulados por Apólices por si emitidas ou por outros seguradores sob sua autorização.