CA Seguros
Seguramente ao seu lado.
médis

SEGURO CA SAÚDE
Vintage
Proposta de Seguro

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

N.º Apólice _____ **N.º Proposta** S _____

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

Visto _____

TOMADOR DO SEGURO / PROPONENTE

Cliente N.º _____ PRV Não ☐ Sim ☐

Nome _____

Data de Nascimento ___ ___ ___ (DIA MÊS ANO) N.º Contribuinte _____

B.I. / Outro (N.º) _____ Sexo F ☐ M ☐

Morada _____

Localidade _____ Código Postal ___ - ___

Telefone _____ Pessoa de Contacto _____

Telemóvel _____ 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 ☐ Data de Nascimento ___ ___ ___ (DIA MÊS ANO) Sexo F ☐ M ☐

B.I. N.º _____ N.º Contribuinte _____

Nome a Inscrever no Cartão _____ (MÁX. 25 CARACTERES)

Filho(a) _____ Cliente N.º _____

PRV Não ☐ Sim ☐ Data de Nascimento ___ ___ ___ (DIA MÊS ANO) Sexo F ☐ M ☐

B.I. N.º _____ N.º Contribuinte _____

Nome a Inscrever no Cartão _____ (MÁX. 25 CARACTERES)

Filho(a) _____ Cliente N.º _____

PRV Não ☐ Sim ☐ Data de Nascimento ___ ___ ___ (DIA MÊS ANO) Sexo F ☐ M ☐

B.I. N.º _____ N.º Contribuinte _____

Nome a Inscrever no Cartão _____ (MÁX. 25 CARACTERES)

Nota: Se houver mais Pessoas Seguras é favor preencher outra proposta só com estes dados.

_____
ASSINATURA DO TOMADOR DO SEGURO

Segurador: **MÉDIS - Companhia Portuguesa de Seguros de Saúde, S.A.**
Sede: Praça Príncipe Perfeito 2, 1990-278 Lisboa.
Matrícula / Pessoa Coletiva 503496944, CRC Lisboa.
Capital Social 12.000.000,00 Euros.
Registo ASF 1131, www.asf.com.pt

IMP.PO.05.00000519.01.02

CRÉDITO AGRÍCOLA SEGUROS
Companhia de Seguros de Ramos Reais, S.A.
Grupo Crédito Agrícola | www.ca-seguros.pt
Rua de Campolide, 372 - 3.º Dt.º | 1070 - 040 Lisboa
Capital Social: 18.000.000 Euros | M.C.R.C. Lisboa e Pessoa Colectiva n.º 503 384 089
tel.: (+351) 213 806 000 (dias úteis das 8h30 às 17h30 - custo de uma chamada para a rede fixa nacional)

COBERTURAS, CAPITAIS, SUBLIMITES E COPAGAMENTOS

(Por pessoa segura / ano)

Escolha a opção pretendida, colocando um X.
(Não dispensa a leitura da informação pré-contratual e contratual legalmente exigida)

Vintage	**Vintage Plus**
☐	☐

	Vintage	**Vintage Plus**
Hospitalização	2.500 €	5.000 €
Assistência Ambulatória	150 €	250 €
Vacina contra a Gripe (1)	1 vacina	1 vacina
Serviços de Assistência		
Check-up médico	1 check-up	1 check-up
Fisioterapia ao domicílio (2,3)	5 sessões	10 sessões
Enfermagem ao domicílio (2,3)	5 utilizações	10 utilizações
Limpeza e higiene pessoal ao domicílio (2)	5 dias	10 dias
Serviços de alimentação no domicílio (2,4)	5 dias	10 dias
Entrega de medicamentos (5)	1 entrega	1 entrega
Análises clínicas no domicílio (6)	1 recolha	1 recolha
Transporte não urgente	2 transportes	2 transportes
Doenças Graves (7)	-	1.000.000 €
2a Opinião (8)	Sim	Sim
Copagamentos		
Hospitalização	50% (9)	50% (9)
Assistência Ambulatória	50% (9)	50% (9)
Médico Online	Sem copagamento	Sem copagamento
Check-up médico	40 €	40 €

(1) Aplicável à(s) vacina(s) comparticipada(s) pelo SNS, mediante prescrição médica e disponibilidade na Rede de Farmácias. (2) Desde que a Pessoa Segura se encontre em situação, comprovada por relatório médico, de dependência de terceira pessoa. (3) Custo dos materiais a cargo da Pessoa Segura. (4) Custo da alimentação a cargo da Pessoa Segura. (5) Custo dos medicamentos a cargo da Pessoa Segura. (6) Custo das análises a cargo da Pessoa Segura. (7) As prestações ao abrigo desta cobertura são válidas apenas na Rede de Prestadores convencionados fora do território nacional. São consideradas como Doenças Graves, ao abrigo desta cobertura, as patologias constantes nas condições contratuais. (8) Acesso através da Linha Médis e serviço prestado pela Clínica Universitária de Navarra. (9) Copagamento a cargo da Pessoa Segura, dentro da Rede Médis, até aos limites dos capitais seguros, não havendo comparticipação (inclusive via reembolso) para despesas fora da Rede Médis.

PERÍODOS DE CARÊNCIA

60 dias - Assistência Ambulatória. **90 dias** - Hospitalização; Serviços de Assistência. **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** - 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.

ASSINATURA DO TOMADOR DO SEGURO

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 €.

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

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 aplicáve is, 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. 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.
6. 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.

ASSINATURA DO TOMADOR DO SEGURO

DECLARAÇÕES, DATA E ASSINATURAS (continuação)

7. Nos termos legais, havendo aceitação da presente proposta, a cobertura dos riscos verifica-se, apenas, com o pagamento do prémio ou fração devidos.
8. As prestações garantidas constantes desta Proposta referem-se exclusivamente a cada ano de vigência do contrato.
9. 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.
10. 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.

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. Mediante o seu consentimento, a Médis e a Crédito Agrícola Seguros, utilizarão os dados recolhidos para o envio de comunicações promocionais, divulgação de campanhas relativas a produtos e serviços da Médis 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 Médis 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 Médis 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	DESCRITIVO DA CCAM	CÓDIGO DA AGÊNCIA	DESCRITIVO DA AGÊNCIA	CÓDIGO DO PRODUTOR