



+SAÚDE EMPRESAS

GENERALI

Proposta de Seguro Empresas

Mediador N.º

Cobrador N.º

Duração do Contrato:

1 Ano e Seguintes

Forma de Pagamento:

Anual
 Semestral
 Trimestral

Domiciliação Bancária

Sim
 Não

Documento n.º

Apólice n.º

Data de Entrada

Início do Seguro

Acerto Vencimento no primeiro dia do mês

PROPOSTA DE SEGURO NOVO

PROPOSTA DE ALTERAÇÃO À APÓLICE

Tomador do Seguro

Cliente do GRUPO GENERALI n.º

Nome _____

Morada _____ Código Postal _____

País _____ E-mail _____

Telefones: Principal _____ Outro _____ Telemóvel _____

Actividade (CAE) _____

N.I. Fiscal _____ IBAN _____

O risco proposto encontrava-se seguro por alguma apólice em que existia qualquer débito por falta de pagamento? Sim Não

Grupo Segurável

N.º Pessoas a Segurar _____ (conforme listagem anexa) O Seguro abrange: Todos os Empregados Todos os Empregados e Agregados Familiares

(No Plano de Garantias que pretende contratar assinala com uma o Capital da Garantia de Hospitalização pretendido)

Garantias e Limites de Capital Pessoa Segura / Anuidade	Plano 1	Plano 2	Plano 3	Plano 4
Hospitalização	<input type="checkbox"/> € 15 000 <input type="checkbox"/> € 25 000 <input type="checkbox"/> € 50 000	<input type="checkbox"/> € 15 000 <input type="checkbox"/> € 25 000	<input type="checkbox"/> € 15 000 <input type="checkbox"/> € 25 000	<input type="checkbox"/> € 15 000 <input type="checkbox"/> € 25 000 <input type="checkbox"/> € 50 000
Assistência Médica Ambulatória	-	10%	10%	10%
Estomatologia	-	-	1%	1%
Próteses e Ortóteses	-	-	-	10%
Medicamentos	-	-	-	1%
Parto	-	10%	10%	10%
Assistência Médica ao Domicílio	Ilimitado	Ilimitado	Ilimitado	Ilimitado

(Assinala com uma a(s) Garantia(s) Facultativa(s) que pretende contratar)

Garantias Facultativas e Capitais por Pessoa Segura / Anuidade

<input type="checkbox"/>	Subsídio Diário por Internamento	1%o / dia
<input type="checkbox"/>	Convalescença	2%
<input type="checkbox"/>	Segunda Opinião Médica Internacional	Ilimitado
<input type="checkbox"/>	Rede Bem Estar	Ilimitado

Comparticipações	Plano 1		Plano 2		Plano 3		Plano 4	
	Rede	Fora	Rede	Fora	Rede	Fora	Rede	Fora
Hospitalização	90%	70%	90%	70%	90%	70%	90%	70%
Assistência Médica Ambulatória			100%*	50%	100%*	50%	100%*	50%
Estomatologia								
Tratamentos e Exames Aux. Diag.	-	-	-	-	100%*	50%	100%*	50%
Aparelhos e Próteses Estomatológicas	-	-	-	-	50%	50%	50%	50%
Próteses e Ortóteses	-	-	-	-	-	-	-	70%
Medicamentos	-	-	-	-	-	-	-	70%
Parto (Rede Premium)	-	-	100%	70%	100%	70%	100%	70%
Parto (Rede AdvanceCare)	-	-	90%	70%	90%	70%	90%	70%

* Aplicam-se os valores de co-pagamentos conforme indicado abaixo

Co-Pagamentos Rede Premium	Consulta no Consultório 7,50 €	Consulta no Domicílio 20 €	Episódio Urgência 25 €
Análises Clínicas (por análise) 10% Mínimo de 1,5 €	Anatomia Patológica 5 €	Raio-X 5 €	Ecografias 5 €
Tomografia Axial Computorizada 10 €	Ressonância Magnética 15 €	Outros Exames Auxiliares de diagnóstico e tratamentos 10%	

Co-Pagamentos Rede AdvanceCare	Consulta no Consultório 15 €	Consulta no Domicílio 20 €	Episódio Urgência 40 €
Análises Clínicas (por análise) 10% Mínimo de 1,5 €	Anatomia Patológica 7,50 €	Raio-X 7,50 €	Ecografias 12,50 €
Tomografia Axial Computorizada 27,50 €	Ressonância Magnética 65 €	Outros Exames Auxiliares de diagnóstico e tratamentos 10%	
Estomatologia 15,00 € Por visita		Franquia Medicamentos 2,50 € Por receita	

Limites Máximos	Fora da Rede, Valor de "K": 6,73 €	Por Consulta Fora da Rede: 37,5 €
------------------------	------------------------------------	-----------------------------------

Sub-Limites	Ortóteses Oculares: 1% do Capital Internamento
--------------------	--

Períodos de Carência - Não há período de carência em caso de acidente que requeira tratamento de urgência em hospital.

Em caso de doença, conforme o Artigo 4.º das Condições Gerais e salvo disposição em contrário nas Condições Particulares, a entrada em vigor das garantias, em relação a cada uma das pessoas seguras, só se verificará, após um período de carência entre 90 e 730 dias consoante o tipo de despesas.

Muito importante - De acordo com o Artigo 9.º das Condições Gerais, a recepção desta Proposta pela Generali não pressupõe a aceitação automática deste Contrato de Seguro.

Declaração - O Tomador de Seguro/Pessoa Segura declara aceitar as Condições Gerais, Especiais e Particulares, se as houver, da Apólice e garante a exactidão das declarações prestadas na presente proposta, sob pena da nulidade do contrato.

Os dados recebidos destinam-se a serem processados e armazenados informaticamente e destinam-se à utilização nas relações contratuais com a Companhia. As omissões, inexactidões e falsidades, quer no que respeite a dados de fornecimento obrigatório, quer facultativo, são da responsabilidade do Tomador de Seguro/Pessoa Segura.

Os interessados podem ter acesso à informação que lhes diga directamente respeito, solicitando, por escrito, a sua correcção, aditamento ou eliminação mediante contacto directo ou por escrito, junto das dependências da Companhia.

O Tomador de Seguro/Pessoa Segura autoriza a Companhia a proceder à recolha de dados pessoais complementares junto de organismos públicos, empresas especializadas e outras unidades económicas, tendo em vista a confirmação ou complemento dos elementos recolhidos, necessários à gestão da relação contratual.

O Tomador de Seguro/Pessoa Segura autoriza a consulta dos dados pessoais disponibilizados, sob regime de absoluta confidencialidade, às Empresas do Grupo. O Tomador de Seguro/Pessoa Segura declara que, com a assinatura da presente Proposta, lhe foram entregues as Condições Gerais e Especiais do Seguro de Saúde. (As Condições Particulares - que fazem parte integrante da Apólice - ser-lhe-ão enviadas oportunamente).

Assinatura do Proponente/Tomador de Seguro

Local e Data _____, _____ de _____ de 20 _____

Reservado aos Serviços da Companhia

Observações			
Grupo	Empresa	Código de Negócio	
Tipo do Contrato:	Nacional	Internacional	Negócio Generali Global
Aprovado por N.º de Funcionário			Assinatura
Data			

