



Proposta de Seguro Familiar

Mediador N.º

Cobrador N.º

Forma de Pagamento:

Domiciliação Bancária ☐ Anual ☐ Semestral ☐ Trimestral ☐ Mensal

Mediador ☐ Anual ☐ Semestral

Data de Entrada

Documento N.º

N.º de Apólice

Início do Seguro

Acerto Vencimento no último dia do mês

Duração do contrato:

☒ 1 ano e Seguintes

☐ PROPOSTA DE SEGURO

☐ PROPOSTA DE ALTERAÇÃO À APÓLICE

Tomador de Seguro Cliente do GRUPO GENERALI n.º

Nome

Morada

Localidade Código Postal E-mail

Telefones: Casa Trabalho Telemóvel

Sexo: ☐ M ☐ F Data de Nascimento Estado Civil

Nacionalidade Profissão

Identificação Fiscal

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

Pessoa Segura 1 (PS1) - Subscritor

Nome

Nome a inscrever no Cartão +Saúde

Morada

Localidade Código Postal E-mail

Telefones: Casa/Principal Trabalho/Outro Telemóvel

Sexo: ☐ M ☐ F Data de Nascimento Estado Civil

Nacionalidade Profissão

Identificação Fiscal

Pagamento de Indemnizações: NIB

Rede HNA Espanha (preenchimento obrigatório)

A Generali fica autorizada a proceder à cobrança através do Sistema de Débito Directo (SDD) dos valores de co-pagamento relativamente a despesas médicas realizadas no âmbito desta garantia pelas Pessoas Seguras. NIB

OBRIGATÓRIO ANEXAR AUTORIZAÇÃO DÉBITO EM CONTA SEMPRE QUE A PESSOA SEGURA 1 - SUBSCRITOR SEJA DIFERENTE DO TOMADOR DE SEGURO

Pessoa Segura 2 (PS2) - Cônjuge ou Equiparado (em relação à Pessoa Segura 1)

Nome Grau de Parentesco

Nome a inscrever no Cartão +Saúde

Sexo: ☐ M ☐ F Data de Nascimento Profissão

Identificação Fiscal

Pessoa Segura 3 (PS3) - Descendente (em relação à Pessoa Segura 1)

Nome Grau de Parentesco

Nome a inscrever no Cartão +Saúde

Sexo: ☐ M ☐ F Data de Nascimento Profissão

Identificação Fiscal

Pessoa Segura 4 (PS4) - Descendente (em relação à Pessoa Segura 1)

Nome Grau de Parentesco

Nome a inscrever no Cartão +Saúde

Sexo: ☐ M ☐ F Data de Nascimento Profissão

Identificação Fiscal

Pessoa Segura 5 (PS5) - Descendente (em relação à Pessoa Segura 1)

Nome Grau de Parentesco

Nome a inscrever no Cartão +Saúde

Sexo: ☐ M ☐ F Data de Nascimento Profissão

Identificação Fiscal

	PS1	PS2	PS3	PS4	PS5
1. a) Tem outro Seguro de Doença?	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não
b) Qual é a Seguradora?					

Garantias e Limites de Capital por Pessoa Segura/Anuidade	Andante			Moderato		Allegro	Maestoso
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hospitalização	€ 20.000	€ 40.000	€ 60.000	€ 20.000	€ 40.000	€ 60.000	€ 100.000
Comparticipação Rede	90%	90%	90%	90%	90%	90%	100%
Comparticipação Fora Rede	60%	60%	60%	60%	60%	60%	70%
Parto (Sub-limite)	–	–	–	–	€ 2.000	€ 3.000	€ 5.000
Comparticipação Rede	–	–	–	–	90%	90%	90%
Comparticipação Fora Rede	–	–	–	–	60%	60%	70%
Valor de "K" máximo 6,75€							
Assistência Médica Ambulatória	Opcional ⁽¹⁾			€ 2.000	€ 4.000	€ 6.000	€ 10.000
Comparticipação Rede	Acesso Rede Simplificare			100% ⁽²⁾	100% ⁽²⁾	100% ⁽²⁾	100% ⁽²⁾
Consultas				90%	90%	90%	90%
Outras Despesas				60%	60%	60%	70%
Comparticipação Fora Rede				€35	€35	€35	n/a
Limite máximo Consultas				n/a	n/a	n/a	€50
Franquia cobertura/ano/pessoa segura							
Estomatologia	Opcional ⁽¹⁾			Opcional ⁽¹⁾		€ 300	€ 1.000
Comparticipação Rede	Acesso Rede Simplificare			Acesso Rede Simplificare		70%	70%
Comparticipação Fora Rede						50%	70%
Franquia cobertura/ano/pessoa segura						€50	€50
Medicamentos							€ 1.000
Comparticipação Fora Rede							80%
Franquia receita							€3
Próteses e Ortoteses							€ 1.000
Aros e lentes Oculares (Sub-limite)							€ 150
Lentes Contacto (Sub-limite)							€ 100
Comparticipação Fora Rede							80%
Check-up anual	Opcional ⁽¹⁾			Opcional ⁽¹⁾		Opcional ⁽¹⁾	Incluído ⁽³⁾
	Acesso Rede Check-up			Acesso Rede Check-up		Acesso Rede Check-up	

⁽¹⁾ Possibilidade de escolha, por pessoa segura, no quadro dos Serviços Opcionais

⁽²⁾ Aplicam-se os valores de co-pagamento conforme indicado a seguir

⁽³⁾ Incluído a partir dos 21 anos de idade

Co-Pagamentos	Consulta no Consultório € 12,5	Consulta no Domicílio € 20	Episódio Urgência € 35
---------------	-----------------------------------	-------------------------------	---------------------------

Outras Garantias	Andante			Moderato		Allegro	Maestoso
Rede Bem Estar	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Extensão Estrangeiro	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Assistência Médica ao Domicílio	Opcional ⁽⁴⁾	Opcional ⁽⁴⁾	Opcional ⁽⁴⁾	✓	✓	✓	✓
2.ª Opinião Médica Inter.	Opcional ⁽⁴⁾	Opcional ⁽⁴⁾	Opcional ⁽⁴⁾	✓	✓	✓	✓
Assistência Médica em Viagem	Opcional ⁽⁴⁾	Opcional ⁽⁴⁾	Opcional ⁽⁴⁾	✓	✓	✓	✓
Acesso Rede HNA Espanha ⁽⁵⁾	–	–	✓	–	✓	✓	✓

⁽⁴⁾ Coberturas incluídas se contratado o Serviço Opcional acesso à Rede Simplificare em Ambulatório

⁽⁵⁾ De acordo com o estipulado nas Condições Especiais os valores de co-pagamento no acesso aos cuidados de Saúde prestados pela Rede HNA - Espanha, que não requeiram autorização prévia, são liquidados posteriormente, por débito em conta. Anexar Autorização Débito em Conta sempre que PS.1 - Subscritor, seja diferente do Tomador de Seguro.

Serviços Opcionais

Os serviços Opcionais podem ter diferentes escolhas por pessoa segura

Escolha os serviços que mais se adaptem a cada pessoa segura:

	Andante			Moderato		Allegro
Pessoa Segura 1	A.M. Ambulatória	☐		Estomatologia	☐	Check-up ☐
	Estomatologia	☐		Check-up	☐	
	Check-up	☐				
Pessoa Segura 2	A.M. Ambulatória	☐		Estomatologia	☐	Check-up ☐
	Estomatologia	☐		Check-up	☐	
	Check-up	☐				
Pessoa Segura 3	A.M. Ambulatória	☐		Estomatologia	☐	Check-up ☐
	Estomatologia	☐		Check-up	☐	
	Check-up	☐				
Pessoa Segura 4	A.M. Ambulatória	☐		Estomatologia	☐	Check-up ☐
	Estomatologia	☐		Check-up	☐	
	Check-up	☐				
Pessoa Segura 5	A.M. Ambulatória	☐		Estomatologia	☐	Check-up ☐
	Estomatologia	☐		Check-up	☐	
	Check-up	☐				

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 os N.ºs 1 e 2 do Artigo 19.º das Condições Gerais, a recepção desta Proposta pela Generali não pressupõe necessariamente a aceitação automática deste Contrato de Seguro.

Autorizações para Marketing e Publicidade - Autorizo a utilização dos meus dados pessoais disponibilizados para envio de futuras campanhas de Marketing da Generali - Companhia de Seguros, S.p.A.. Caso não autorize, assinale aqui com uma cruz: ☐

Autorizo a utilização dos meus dados pessoais disponibilizados para envio de futuras campanhas de Marketing de empresas que colaborem em parceria com a Generali Portugal, bem como de outras empresas que integram o Grupo Generali. Caso não autorize, assinale aqui com uma cruz: ☐

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 respeita 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 delegações 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, a Mediadores de Seguros a ele vinculados e à Gestora de Serviços de Saúde.

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).

DECLARAÇÃO INFORMAÇÃO PRÉ CONTRATUAL

Declaro que me foram transmitidas todas as informações e prestados os devidos esclarecimentos sobre o contrato de seguro proposto e bem assim sobre as condições gerais e especiais aplicáveis, nomeadamente sobre as exclusões e limitações de cobertura; sobre o valor total do prémio e método de cálculo; sobre as modalidades de pagamento do prémio e das consequências da falta de pagamento do mesmo; dos agravamentos ou bónus que possam ser aplicados no contrato e respectivo regime de cálculo; do montante mínimo do capital e do montante máximo a que o segurador se obriga em cada período de vigência do contrato; da duração do contrato e do respectivo regime de renovação, de denúncia, de livre resolução; sobre o regime de transmissão do contrato; sobre o modo de efectuar reclamações, dos correspondentes mecanismos de protecção jurídica e da autoridade de supervisão e do regime relativo à lei aplicável ao contrato, tendo compreendido o teor e alcance das informações prestadas.

Mais declaro que me foram entregues as Condições Gerais e Especiais aplicáveis ao contrato, nas quais se inclui, em letras destacadas, toda a informação pré contratual anteriormente prestada.

DECLARAÇÃO DE PLURALIDADE DE SEGUROS

Declaro que tomei conhecimento que quando o risco ora proposto, relativo ao mesmo interesse e por idêntico período esteja ou venha a estar seguro em vários seguradores, o tomador ou o segurado deve informar dessa circunstância a todos os seguradores logo que tome conhecimento da sua verificação bem como aquando da participação do sinistro. A omissão fraudulenta das referidas informações desobriga os seguradores das respectivas prestações.

DECLARAÇÃO INICIAL DO RISCO

Declaro que tomei conhecimento que estou obrigado a responder com exactidão e veracidade a todas as questões colocadas nesta proposta e a declarar todas as circunstâncias ou factos que conheça e que sejam significativos para a avaliação do risco proposto, mesmo que não tenham sido solicitados expressamente no questionário, devendo-o fazer no campo assinalado para o efeito ou em declaração anexa à presente proposta.

Declaro ter sido esclarecido que em caso de incumprimento doloso do dever de declarar o risco com exactidão e veracidade, o contrato de seguro é anulável pelo segurador mediante o envio de uma declaração no prazo de três meses a contar do conhecimento do incumprimento, ficando o segurador desobrigado de cobrir qualquer sinistro que ocorra antes de ter tido conhecimento do incumprimento em causa ou no decurso do referido prazo e mantendo o direito a fazer seu o prémio recebido, até ao termo do prazo de três meses ou até ao termo do contrato se o tomador ou o segurado tiverem agido com o propósito de obter uma vantagem.

Fui ainda esclarecido que em caso de incumprimento negligente do dever de declaração do risco, o Segurador pode, no prazo de três meses a contar do conhecimento: propor uma alteração ao contrato, que cessará os seus efeitos se o tomador nada disser ou se rejeitar a proposta de alteração ou fazer cessar o contrato, demonstrando que, em caso algum, celebraria o contrato para a cobertura de riscos relacionados com o facto omitido ou declarado inexatamente, havendo lugar a devolução do prémio pelo tempo contratual não decorrido. Ocorrendo um sinistro antes da cessação ou da alteração do contrato influenciado pelo facto omitido ou inexacto, o segurador só cobre o sinistro na proporção da diferença entre o prémio pago e o prémio que seria devido ou não cobre o sinistro, demonstrando que, em caso algum, teria celebrado o contrato se tivesse conhecimento do facto omitido ou declarado inexactamente, ficando apenas vinculado à devolução do prémio.

AGRAVAMENTO DO RISCO

Declaro que tomei conhecimento que no decurso do contrato estou obrigado a comunicar ao segurador, no prazo de 14 dias a contar do conhecimento do facto, todas as circunstâncias que agravem o risco, excepto as que sejam relativas às alterações do estado de saúde da pessoa segura, e que se o Segurador, os tivesse conhecido aquando da celebração do contrato, teriam influenciado a decisão de contratar ou as condições do contrato, estando o regime contratual do agravamento do risco expressamente previsto nas Condições Gerais aplicáveis ao contrato.

DECLARAÇÃO DOS PRÉMIOS DE SEGURO

De acordo com o previsto na legislação em vigor, designadamente nos artigos 59º e 61º do Dec. Lei nº 72/2008 de 16 de Abril, o prémio ou fracção inicial é devido na data de celebração do contrato ou na data estabelecida nas condições particulares, ficando a eficácia do contrato dependente do pagamento efectivo do prémio ou fracção inicial.

A falta de pagamento de prémio ou fracção, de acerto, de parte de prémio de montante variável ou de prémio adicional fundado num agravamento superveniente do risco, na data indicada no aviso ou no documento contratual referido no número anterior, determina a não renovação ou a resolução automática e imediata do contrato na data em que o pagamento seja devido não produzindo quaisquer efeitos e não assumindo o Segurador nenhuma responsabilidade em caso de ocorrência de sinistro.

Quando o pagamento do prémio ou fracção for efectuado por meio de cheque ou débito em conta, a cobertura dos riscos fica subordinada à boa cobrança do cheque ou à não anulação posterior do débito por ordem do tomador.

Aprovado por N.º de Funcionário _____ Assinatura _____ Data . .

Generali - Companhia de Seguros S.p.A. - Sucursal em Portugal: Rua Duque de Palmela, 11 - 1269-270 Lisboa - Tel. 213 112 800 - **Apoio a Clientes:** 21 350 43 00 - Fax 213 563 067 - www.generali.pt
Companhia de Seguros fundada em Trieste em 1831 - Sede em Trieste - Itália - Capital Social Euros 1.410.113.747,00 - Contribuinte N.º 980 060 613 - Matriculada na Conservatória Reg. Comercial de Lisboa

Autorização de Débito Directo

	
Número de Entidade	
Referência	



Por débito da minha/nossa conta abaixo indicada queiram proceder ao pagamento das importâncias que lhes forem apresentadas por **Generali - Companhia de Seguros S.p.A.**

Tomador do Seguro
Assinatura(s)

[illegible]

Nome _____
(Titular da Conta)

	Ano	Mês	Dia
Data			

	Tipo de documento	