



# Proposta de Seguro Simplificare

Mediador N.º

Cobrador N.º

Data de Entrada

Documento N.º

N.º de Apólice

Forma de Pagamento:

Domiciliação Bancária  Anual  Semestral  Trimestral  Mensal

Mediador  Anual  Semestral

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 (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  NIB

### 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 (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 (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

	SimplifiCare		
	Dottore	Tutto	Denti
Hospitalização	✓	✓	
Subsídio Diário Internamento <sup>(1)</sup>	€ 25/dia	€ 25/dia	
Assistência Médica Ambulatória	✓	✓	
Estomatologia		✓	✓
Rede Bem Estar	✓	✓	✓
Assistência Médica ao Domicílio	2 Consultas/ano <sup>(2)</sup>	2 Consultas/ano <sup>(2)</sup>	2 Consultas/ano <sup>(2)</sup>
2.ª Opinião Médica Inter.	✓	✓	✓
Assistência Domiciliária	✓	✓	✓
Cuidados Enfermagem	€ 500/Ano	€ 500/Ano	€ 500/Ano
Ajuda Domiciliária	5 dias/Ano	5 dias/Ano	5 dias/Ano
Assistência Médica em Viagem	✓	✓	✓

<sup>(1)</sup> Máximo de 30 dias, com um período de carência de 90 dias e uma franquia de 5 dias

<sup>(2)</sup> As restantes consultas são suportadas na totalidade pela pessoa segura

#### Outros Serviços

Check-up anual Módulo I	Opcional	Opcional	Opcional
Check-up anual Módulo II	Opcional	Opcional	Opcional

Permite a possibilidade de escolha de cartões diferentes na mesma apólice

Acesso Rede SimplifiCare	Opcional Check-up				
	Dottore	Tutto	Denti	Módulo I	Módulo II
Pessoa Segura 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pessoa Segura 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pessoa Segura 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pessoa Segura 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pessoa Segura 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**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 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 inexactamente, 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.

Observações

Aprovado por N.º de Funcionário \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_ Data   •   •

## Autorização de Débito Directo ■

	
Número de Entidade	<input type="text"/>
Referência	<input type="text"/>



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.**

**Assinatura(s)**

NIB

Nome \_\_\_\_\_  
(Titular da Conta)

\_\_\_\_\_

Data 

Ano	Mês	Dia			

  
Tipo de documento