



<input type="checkbox"/> Seguro Novo	<input type="checkbox"/> Alteração	Apólice	<input type="text"/>
Sucursal	<input type="text"/>		
Colaborador	<input type="text"/>		
Mediador	207074605	Banco Comercial Português SA	



TOMADOR DO SEGURO/PROPONENTE		
Nome:		
Morada:		Código Postal: -
		Localidade:
Data de Nascimento: / /	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil:
Bilhete de Identidade:	N.º Contribuinte:	Profissão:
Telefone (casa):	Telefone (emprego):	Telemóvel:
E-mail:		

IDENTIFICAÇÃO DAS PESSOAS SEGURAS (Se houver mais Pessoas Seguras é favor preencher outro Boletim de Adesão só com estes dados)	
O Proponente é Pessoa Segura? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Nome a inscrever no Cartão Acesso Médis <input type="text"/> (máximo 25 caracteres)	
1º Titular (Dispensa preenchimento se respondeu "Sim" em Proponente):	
Data de Nascimento: / /	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Bilhete de Identidade:	N.º Contribuinte:
Nome a inscrever no Cartão Médis <input type="text"/> (máximo 25 caracteres)	

IDENTIFICAÇÃO DAS PESSOAS SEGURAS (Se houver mais Pessoas Seguras é favor preencher outro Boletim de Adesão só com estes dados)	
Cônjuge	
Data de Nascimento: / /	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Bilhete de Identidade:	N.º Contribuinte:
Nome a inscrever no Cartão Médis <input type="text"/> (máximo 25 caracteres)	

IDENTIFICAÇÃO DAS PESSOAS SEGURAS (Se houver mais Pessoas Seguras é favor preencher outro Boletim de Adesão só com estes dados)	
Filho:	
Data de Nascimento: / /	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Bilhete de Identidade:	N.º Contribuinte:
Nome a inscrever no Cartão Médis <input type="text"/> (máximo 25 caracteres)	

IDENTIFICAÇÃO DAS PESSOAS SEGURAS (Se houver mais Pessoas Seguras é favor preencher outro Boletim de Adesão só com estes dados)	
Filho:	
Data de Nascimento: / /	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Bilhete de Identidade:	N.º Contribuinte:
Nome a inscrever no Cartão Médis <input type="text"/> (máximo 25 caracteres)	

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do Tomador do Seguro)

**DATA DE INÍCIO DA ADESÃO**

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.

**COBERTURAS, CAPITALS SEGUROS E FRANQUIAS**

COBERTURAS	COMPARTICIPAÇÃO		Co-Pagamentos	Opção 1	Opção 2	Opção 3
	Dentro da Rede	Fora da Rede		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				CAPITAIS (Euros)	CAPITAIS (Euros)	CAPITAIS (Euros)
<b>HOSPITALIZAÇÃO</b>	100%	30%	10% (Mín. € 200 e Máx. € 500)	€ 15.000,00	€ 30.000,00	€ 30.000,00
Intervenção Cirúrgica						
Outras Despesas de Internamento						
Assistência Hospitalar Regime Externo						
<b>PARTO</b>	100%	30%	€ 250,00	€ 1.500,00	€ 2.000,00	€ 2.000,00
Parto Natural						
Cesariana						
Interrupção da Gravidez						
<b>AMBULATÓRIO</b>	100%	30%		€ 1.000,00	€ 2.500,00	€ 2.500,00
<b>Franquia Anual Pessoa Segura € 25,00</b>						
Consultas Cuidados Primários			€ 15,00			
Consultas de Especialidade			€ 15,00			
Consultas Domiciliárias			€ 25,00			
Consultas de Urgência			€ 40,00			
Consultas de Psiquiatria			€ 15,00	6 Ind/12 Grupo	6 Ind/12 Grupo	6 Ind/12 Grupo
Elementos Auxiliares de Diagnóstico:						
Análises			€ 1,50			
Anatomia Patológica			€ 7,50			
Rx			€ 7,50			
Ecografias			€ 12,50			
Medicina Nuclear	80%					
TAC			€ 27,50			
Ressonância Magnética			€ 65,00			
Outros Exames Auxiliares de Diagnóstico/Outros	80					
Actos Médicos/Cirurgias/Tratamentos	80					
Fisioterapia (Sub-limite anual)	80			€ 500,00	€ 500,00	€ 500,00
<b>ESTOMATOLOGIA</b>		30%		-	-	€ 250,00
<b>Franquia Anual Pessoa Segura € 25,00</b>						
Aparelhos e Próteses	50%					
Reparação de Aparelhos e Próteses	50%					
Exames auxiliares de diagnóstico	100%					
Restantes actos médicos	100%		€ 10,00 (Por acto médico)			

**PERÍODOS DE CARÊNCIA**

60 dias - Qualquer despesa médica (ambulatório), Estomatologia

90 dias - Hospitalização

12 meses:

- Parto;
- Esclerose e/ou tratamento cirúrgico de Varizes;
- Tratamento cirúrgico de Hérnia Discal;
- Hemorroidectomia e outros tratamentos às hemorróidas;
- Artroscopia ou Septoplastia;
- Amigdalectomia, Adenoidectomia, Miringotomias com ou sem aplicação de tubos de ventilação;
- Rinoseptoplastia;
- Excisão cirúrgica de lesões benignas da pele;
- Tratamentos com laser e lesões benignas da pele;
- Tratamento Cirúrgico da Apneia do Sono.

(Assinatura do Tomador do Seguro)

**AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO EM CONTA**Periodicidade:  Anual  Semestral  Trimestral  Mensal

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.

Local e Data:

Assinatura do Titular da Conta:

**DECLARAÇÕES, DATA E ASSINATURAS**

Para efeitos de celebração do(s) presente(s) contrato(s) 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. Tomo conhecimento de que me é assegurado, nos termos legais, o direito de informação, acesso, rectificação, aditamento ou supressão dos dados pessoais, comunicação escrita dirigida ao Segurador.

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

6. 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.
7. 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.
8. Nos termos legais, havendo aceitação da presente proposta, a cobertura dos riscos verifica-se, apenas, com o pagamento do prémio ou fracção devidos.
9. As prestações garantidas constantes desta Proposta referem-se exclusivamente a cada ano de vigência do contrato.
10. As reclamações dos Tomadores do Seguro e/ou outras partes interessadas podem ser apresentadas junto do Instituto de Seguros de Portugal. Em caso de litígio emergente da actividade de mediação, os consumidores podem recorrer aos tribunais judiciais ou aos organismos de resolução extra-judicial.

Local e data, \_\_\_\_\_

O Tomador do Seguro \_\_\_\_\_

A(s) Pessoa(s) Segura(s) \_\_\_\_\_

O Mediador/Corretor \_\_\_\_\_

**Mediador de Seguros:** Banco Comercial Português, S.A., Sociedade Aberta - Sede: Praça D. João I, nº 28, 4000-295 Porto - Capital Social 6.064.999.986 Euros - 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 Pensõesger - Sociedade Gestora de Fundos de Pensões, S.A. Informações e outros detalhes do registo disponíveis em [www.isp.pt](http://www.isp.pt). O Mediador não está autorizado a celebrar contratos de seguro em nome do Segurador nem a receber prémios de seguro para serem entregues ao Segurador. O Mediador não assume a cobertura dos riscos inerentes ao contrato do seguro, que são integralmente assumidos pelo Segurador.

**Ocidental seguros**

**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.