

PAGAMENTO E PERIODICIDADE DO PRÉMIO

Escolha a opção de pagamento:

 Directo (Multibanco / Cheque) Por débito em Conta (Preencher Autorização de Débito em Conta)Periodicidade: Anual Semestral Trimestral Mensal (só possível por débito em Conta)

(No 1º recibo de prémio, acresce o custo de apólice e respectivos encargos legais, no total de 5,35€)

AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO EM CONTAPeriodicidade: 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 Médis - Companhia Portuguesa de Seguros de Saúde, S.A, 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, mediante 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. Eventuais reclamações de Tomadores de Seguro ou de outras partes interessadas podem ser dirigidas ao Segurador, ao Provedor do Cliente ou ao Instituto de Seguros de Portugal, sem prejuízo da possibilidade de recurso aos meios alternativos de resolução de conflitos ou aos tribunais judiciais.

Local e data, _____

O Proponente/Tomador do Seguro _____

A(s) Pessoa(s) Segura(s) _____

Segurador: Médis - Companhia Portuguesa de Seguros de Saúde, S.A. Sociedade anónima com sede na Avenida José Malhoa, nº 27, em Lisboa, pessoa colectiva nº 503 496 944 e matriculada sob esse número na Conservatória do Registo Comercial de Lisboa, com o capital social de € 12.000.000,00. Morada para correspondência: Tagus Park, Edifício 10 - Piso 1, 2744-002 Porto Salvo.

* Médis: marca exclusiva e registada dos produtos geridos pela Médis - Companhia Portuguesa de Seguros de Saúde, SA, segurador, ressegurador e gestor do sistema integrado de prestação de cuidados de saúde subjacente aos seguros dos ramos Doença, Assistência e Acidentes titulados por Apólices por si emitidas ou por outros seguradores sob sua autorização.