



Seguro Novo  Apólice N.º:  Data de Início\*:   
Alteração  Mediação ME:  Proposta:

## Proposta de Seguro Médís Dental

Nome do Mediador: \_\_\_\_\_

\*O contrato terá início no dia 1 ou no dia 15 do mês seguinte ao da aceitação do risco pelo Segurador

### Tomador do Seguro (A Pessoa abaixo identificada é quem assina a Proposta de seguro e se responsabiliza pelo pagamento do prémio)

Nome: \_\_\_\_\_  
Morada: \_\_\_\_\_  
Código Postal: \_\_\_\_\_ Localidade: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
Estado civil: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
Data de nascimento:  /  /  Sexo:  F  M B.I./C. Cidadão:  N.º Contribuinte:   
Telemóvel:  Telefone (Emprego):  Telefone (Casa):

### Identificação das Pessoas Seguras (Se houver mais Pessoas Seguras é favor preencher outra Proposta só com estes dados)

O Tomador é Pessoa Segura?  Sim  Não

Nome a inscrever no Cartão Médís Dental  (máx. 25 carateres)

Titular (Não precisa de preencher se assinalou "Sim" em como o Tomador é Pessoa Segura):

Data de Nascimento: / / Sexo:  M  F B.I. / Cartão de Cidadão: N.º Contribuinte:

Nome a inscrever no Cartão Médís Dental  (máx. 25 carateres)

Cônjuge:

Data de Nascimento: / / Sexo:  M  F B.I. / Cartão de Cidadão: N.º Contribuinte:

Nome a inscrever no Cartão Médís Dental  (máx. 25 carateres)

Filho:

Data de Nascimento: / / Sexo:  M  F B.I. / Cartão de Cidadão: N.º Contribuinte:

Nome a inscrever no Cartão Médís Dental  (máx. 25 carateres)

Filho:

Data de Nascimento: / / Sexo:  M  F B.I. / Cartão de Cidadão: N.º Contribuinte:

Nome a inscrever no Cartão Médís Dental  (máx. 25 carateres)

### Coberturas e Limites por Pessoa Segura / Ano

Coberturas	Limites	Copagamentos	
<b>Dental</b>			
<b>Rede Médís Dental</b>			
Consultas	Ilimitado	€ 3 por visita	
Exodontia de Dente Decíduo	Ilimitado		
Destartarização Bimaxilar	2 por anuidade		
Aplicação Tópica de Fluoretos	2 por anuidade		
Compósitos para Selagem de Fissuras (por quadrante)	1 de 2 em 2 anos		
Controle Aparelho Fixo	3 por ano		
Primeira Sessão de Endodontia	1 por anuidade		
Ortopantomografia	1 por anuidade		
Restauração	2 por anuidade		
Pack de Estudo de Ortodontia	1 por anuidade		
Pack de Estudo de Implantologia	1 por anuidade		
<b>Comparticipações</b>	<b>Dentro da Rede</b>		<b>Fora da Rede</b>
<b>Dental</b>	100%		0%



## Proposta de Seguro Médís Dental

### Declarações, data e assinaturas

Para efeitos de celebração do presente contrato de seguro declaro que:

1. São exatas e completas as declarações prestadas, e que tomei conhecimento de todas as informações necessárias à celebração do presente contrato, tendo-me sido prestados todos os esclarecimentos sobre as condições contratuais, nomeadamente sobre garantias e exclusões aplicáveis, com as quais concordo.
2. Autorizo o tratamento pelo Segurador dos dados pessoais fornecidos, bem como da informação recolhida junto de outras entidades, com vista à gestão da relação contratual, sem prejuízo de os poder consultar, retificar ou suprimir mediante comunicação escrita dirigida ao Segurador, o qual é o responsável pelo seu tratamento.
3. Autorizo os médicos e outros prestadores de cuidados de saúde a que recorra no âmbito do contrato de seguro, a fornecer aos serviços clínicos do Segurador e a deles receber quaisquer informações relacionadas com os serviços prestados e abrangidos pelo segredo profissional, bem como o seu tratamento.
4. Autorizo o Segurador a proceder à recolha de dados pessoais relativos ao meu estado de saúde junto de médicos ou outros profissionais de saúde e de organismos públicos ou privados tais como hospitais, clínicas, consultórios, centros de saúde, institutos de medicina legal, mesmo depois do meu falecimento, tendo em vista a confirmação ou complemento da informação prestada aquando ou após a subscrição do presente seguro, com as finalidades de avaliação do risco de subscrição ou adesão ao seguro ou de gestão da relação contratual subsequente, designadamente para efeito de determinação da origem, causa e evolução de eventual doença e compreendo a essencialidade desta autorização para a celebração e funcionamento do presente contrato de seguro.
5. Autorizo a gravação das chamadas telefónicas realizadas no âmbito do contrato de seguro, para efeitos de gestão da relação contratual.
6. Autorizo ainda que a informação respeitante ao extrato de benefícios, contendo informação relativa ao prestador, data da realização do ato médico e valor das despesas realizadas, seja prestada ao Tomador do Seguro.
7. Sem prejuízo dos deveres e limites previstos nas leis de proteção de dados e concorrência, pode o Segurador facultar o acesso ou transmitir tais informações ou dados a pessoas, singulares ou coletivas, de direito público ou privado, que subcontrate para efeitos de colaboração na realização e estudos estatísticos, de inquéritos de mercado ou na viabilização da execução dos contratos, nestes se incluindo a Associação Portuguesa de Seguradores (bem como a resseguradores ou entidades que enquadrem ou realizem, licitamente, ações de cooperação, de compilação de dados, de prevenção e combate à fraude, ou estudos estatísticos ou técnico-atuariais).
8. Nos seguros celebrados por prazo igual ou superior a seis meses, o Tomador do Seguro que seja pessoa singular tem o direito à resolução do contrato, sem necessidade de invocar justa causa, nos 30 dias imediatos à data da receção da apólice.
9. O previsto no número anterior não se aplica aos seguros de grupo.

### Tomei ainda conhecimento de que:

10. Nos termos legais, havendo aceitação da presente proposta, a cobertura dos riscos verifica-se, apenas, com o pagamento do prémio ou fração devidos.
11. As prestações garantidas constantes desta Proposta referem-se exclusivamente a cada ano de vigência do contrato.
12. As Reclamações do Tomador do Seguro/Pessoa Segura ou outras partes interessadas podem ser apresentadas aos serviços do Segurador, no Livro de Reclamações, Provedor do Cliente, Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões [www.asf.com.pt](http://www.asf.com.pt), Comissão do Mercado de Valores Mobiliários ou ainda, em caso de litígio, as partes podem ainda recorrer à Entidade de Resolução Alternativa de Litígios: CIMPAS – Centro de Informação, Mediação, Provedoria e Arbitragem de Seguros

Tomador do Seguro

O Mediador / Corretor

Pessoa Segura

Pessoa Segura

Pessoa Segura

Pessoa Segura

Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**[www.medis.pt](http://www.medis.pt)**

Médís – Companhia Portuguesa de Seguros de Saúde, S.A. Sede: Av. Dr. Mário Soares (Tagus Park), Edifício 10, Piso 1, 2744-002 Porto Salvo. Pessoa coletiva n.º 503 496 944, matriculada sob esse número na Conservatória do Registo Comercial de Lisboa, com o capital social de € 12.000.000,00.