



Seguro Novo Apólice Nº: Data de Início*:
 Alteração Mediação ME: Proposta

Seguro Saúde Médis

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: Nº 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 (máximo 25 caracteres)

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

Data de Nascimento: / / Sexo: M F B.I / Cartão de Cidadão: Nº Contribuinte:

Nome a inscrever no Cartão Médís (máximo 25 caracteres)

Cônjuge:

Data de Nascimento: / / Sexo: M F B.I / Cartão de Cidadão: Nº Contribuinte:

Nome a inscrever no Cartão Médís (máximo 25 caracteres)

Filho:

Data de Nascimento: / / Sexo: M F B.I / Cartão de Cidadão: Nº Contribuinte:

Nome a inscrever no Cartão Médís (máximo 25 caracteres)

Filho:

Data de Nascimento: / / Sexo: M F B.I / Cartão de Cidadão: Nº Contribuinte:

Nome a inscrever no Cartão Médís (máximo 25 caracteres)

Coberturas, Capitais, Comparticipações, Sublimites e Franquias por Pessoa Segura / Ano

Opções	Opção 1	Opção 2	Opção 3
Escolha a opção pretendida, colocando um X. Não dispensa a consulta da informação pré-contratual e contratual legalmente exigida.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 + Assist. Ambulatória	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 2 + Estomatologia	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3 + Estomatologia
Hospitalização			
Base	€ 15.000	€ 50.000	€ 1.000.000
Proteção Oncológica Reforçada	-	Adicional de € 50.000	Ilimitado
Parto	-	Incluído em Hospitalização	Incluído em Hospitalização
2ª Opinião ⁽¹⁾	Sim	Sim	Sim
Assistência Ambulatória			
Base	€ 1.000 (Opcional)	€ 2.500	€ 5.000
Proteção Oncológica Reforçada	-	Adicional de € 2.500	Adicional de € 5.000
Estomatologia	-	€ 250 (Opcional)	€ 1.000 (Opcional)
Oncologia - Próteses e Ortóteses			
Soutiens p/ prótese mamária	-	€ 40 (1 por anuidade)	€ 40 (1 por anuidade)
Prótese mamária bilateral ext.	-	€ 110 (1 por anuidade)	€ 110 (1 por anuidade)
Prótese mamária unilateral ext.	-	€ 95 (1 por anuidade)	€ 95 (1 por anuidade)
Cabeleiras	-	€ 500 (1 por vida)	€ 500 (1 por vida)
Produtos de apoio a ostomia	-	€ 500	€ 500
Oncologia - Serviços de Assistência			
Transporte de doentes	-	2 transportes por anuidade	2 transportes por anuidade
Apoio psicológico	-	5 consultas por anuidade	5 consultas por anuidade
Serviços de conforto	-	€ 1.000 por anuidade	1.000€ por anuidade
Enfermagem ao domicílio	-	10 utilizações por anuidade	10 utilizações por anuidade
Internacional			
Clínica Universitária de Navarra ⁽²⁾	-	-	Ilimitado
Barcelona — Berlin — EUA ⁽³⁾	-	-	€ 75.000
Restantes Clínicas	-	-	-
Doenças Graves ⁽⁴⁾	-	-	€ 1.000.000



médís

Proposta de Seguro

Saúde de Saúde Médís

Coberturas, Capitais, Comparticipações, Sublimites e Franquias por Pessoa Segura / Ano (cont.)

Comparticipações	Opção 1	Opção 2	Opção 3
Dentro da Rede (após copagamentos)	100%	100%	100%
Fora da Rede	35%	35%	35%
Próteses e Ortóteses Estomatológicas ⁽⁵⁾	-	50% na rede Médís 35% fora da rede Médís	50% na rede Médís 35% fora da rede Médís
Internacional			
Clínica Universitária de Navarra ⁽²⁾	-	-	100 %
Barcelona — Berlin — EUA ⁽³⁾	-	-	80 %
Restantes Clínicas	-	-	60 %
Doenças Graves ⁽⁴⁾	-	-	100%
Sublimites			
Fisioterapia	€ 500 ⁽⁶⁾	€ 500	€ 500
Consultas de Psiquiatria	6 Individuais ⁽⁶⁾ ou 12 em grupo	6 Individuais ou 12 em grupo	6 Individuais ou 12 em grupo
Franquias			
Assistência Ambulatória ⁽⁶⁾	€ 50	-	-
Internacional – Restantes Clínicas	-	-	€ 1.500/Agr. Familiar

Copagamentos

Hospitalização	10% no mínimo de € 200 e máximo de € 500	Anatomia Patológica e Raio X	€ 7,50
Quimioterapia	10% por sessão no máximo de € 500	Medicina Nuclear	10%
Parto normal	€ 250	TAC	€ 27,50
Cesariana	€ 600	Ressonância Magnética	€ 65
Consultas	€ 15	Estomatologia (por ato médico) ⁽⁵⁾	€ 15
Urgências	€ 40	Outros Meios Complementares de Diagnóstico	10%
Domicílios	€ 25	Cirurgias, tratamentos e outros Atos Médicos em Ambulatório	10%
Análises (por análise)	€ 1,50	Oncologia – apoio psicológico	€ 10 por consulta
Ecografias	€ 12,50	Oncologia – enfermagem ao domicílio	€ 10 por utilização

Períodos de Carência

60 dias - Assistência Ambulatória, Estomatologia e Oncologia-Próteses e Ortóteses. **90 dias** - Hospitalização. **180 dias** - Doenças Graves; Tratamento cirúrgico ou por outros métodos invasivos da hipertrofia benigna da próstata, patologia benigna do útero, cistocelo e rectocelo. **365 dias** - Parto; Tratamento cirúrgico de varizes dos membros inferiores e da hérnia discal; Hemorroidectomia e outros tratamentos da doença hemorroidária e tratamento cirúrgico da fístula perianal; Tratamento de patologia articular por via artroscópica; Amigdalectomia, adenoidectomia, miringotomias com ou sem aplicação de tubos de ventilação, septoplastia, rinoseptoplastia e tratamento cirúrgico da apneia do sono; Excisão cirúrgica de lesões benignas da pele e tecido celular subcutâneo e tratamentos com laser a lesões benignas da pele.

www.medis.pt

⁽¹⁾ Acesso através da Linha Médís e serviço prestado pela Clínica Universitária de Navarra. ⁽²⁾ A Médís comparticipa integralmente todas as despesas de saúde previamente autorizadas e, **em caso de internamento**, garante ainda à Pessoa Segura e Acompanhante o financiamento das despesas de alojamento e deslocação relativas a viagens de avião (classe económica), de comboio ou de automóvel (inclui apenas despesas de combustível, portagens e estadia de uma noite na ida e outra no regresso). ⁽³⁾ Barcelona Centro Médico (Espanha); Deutsches Herzzentrum Berlin (Alemanha); Clínica Johns Hopkins (EUA). ⁽⁴⁾ As prestações ao abrigo desta cobertura são válidas na Rede de Prestadores convenccionados fora do território nacional. São consideradas como Doenças Graves, ao abrigo desta cobertura, as patologias constantes nas condições contratuais. ⁽⁵⁾ Aplicável apenas quando subscrita a cobertura opcional de Estomatologia. ⁽⁶⁾ Aplicável quando subscrita a cobertura opcional de Assistência Ambulatória.

Opção de pagamento, duração e periodicidade de pagamento do prémio

Escolha a opção de pagamento:

Mediador/Corretor Direto (Multibanco/Cheque) Por Débito em Conta (Preencher Autorização de Débito em Conta)

Duração: Ano e seguintes **Periodicidade de Pagamento do Prémio** Anual Semestral Trimestral Mensal*

Ao 1º recibo de prémio, acresce o custo de apólice e respetivos encargos legais, no total de € 5,38

* (só possível por Débito em Conta)



médís

Proposta de Seguro

Saúde de Saúde Médís

Autorização de Débito Direto / Crédito Sepa

Titular da Conta: _____

Autorizo o Banco a proceder ao pagamento à Médís – Companhia Portuguesa de Seguros de Saúde, S.A., do prémio relativo ao Seguro contratado através da presente Proposta e na periodicidade acordada.

Número da conta: _____

IBAN BIC / SWIFT

Tipo de pagamento: Pagamento recorrente Pagamento pontual

Ao subscrever esta autorização, está a autorizar (i) a Médís – Companhia Portuguesa de Seguros de Saúde, S.A. a enviar instruções ao seu Banco para debitar a sua conta e (ii) o seu Banco a debitar a sua conta, de acordo com as instruções da Médís – Companhia Portuguesa de Seguros de Saúde, S.A. Os seus direitos, referentes à autorização acima referida, são explicados em declaração que pode obter no seu Banco e incluem a possibilidade de exigir do seu Banco o reembolso do montante debitado, nos termos e condições acordados com o seu Banco. O reembolso deve ser solicitado até um prazo de oito semanas, a contar da data do débito na sua conta. Alertamos, no entanto, para o facto de que a satisfação do pedido de reembolso por parte do seu Banco não extingue a obrigação de pagamento do prémio em causa, nem as eventuais responsabilidades decorrentes do consequente incumprimento do contrato de Seguro. Na situação de pagamento de quaisquer valores decorrentes do presente contrato de seguro, deverá ser feito o crédito na mesma conta, salvo instruções expressas em contrário.

No caso de subscrição em contas conjuntas ou mistas, é necessário o acordo expresso dos contitulares aos termos da subscrição, devendo a presente instrução de pagamento ser assinada de acordo com as condições de movimentação da conta de depósito à ordem.

Local e data: _____, _____ de _____ de _____

Assinatura dos Titulares da Conta: _____

(Conforme Ficha de Assinaturas, ou Documento de Identificação, e de acordo com as condições de movimentação da conta de depósito à ordem)

Autorização da Recolha de Dados Pessoais relativos à saúde

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.

Pessoa Segura

Pessoa Segura

Pessoa Segura

Pessoa Segura

Declarações, consentimentos, data e assinaturas

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

1. Tomamos conhecimento das condições do contrato de seguro e foram-nos prestados todos os esclarecimentos necessários e legalmente exigíveis, declarando ter recebido para este efeito os anexos a esta proposta: Documento de informação sobre o produto de seguros e Condições Gerais e Especiais.
2. 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.
3. O previsto no número anterior não se aplica aos seguros de grupo.

Tomámos ainda conhecimento de que:

4. A aceitação do seguro, relativamente a cada Pessoa Segura, fica dependente da análise do respetivo Questionário Individual de Saúde, considerando-se o seguro aceite se, no prazo máximo de 14 dias a contar da data de receção da Proposta e respetivo Questionário Individual de Saúde pelos Serviços de Subscrição Médica do Segurador, este não notificar a Pessoa Segura da não aceitação do risco proposto ou da necessidade de obtenção de elementos adicionais para a sua apreciação.
5. A análise do Questionário Individual de Saúde e dos restantes fatores caracterizadores do risco proposto condicionam a sua aceitação por parte do Segurador ou dos termos em que a mesma possa ocorrer.
6. Tratando-se de uma transferência de risco anteriormente coberto por outro contrato de seguro, serão aplicadas exclusões particulares e períodos de carência às novas coberturas e à diferença de capitais face à apólice anterior, com exceção da cobertura de Parto que fica sujeita ao período de carência previsto nas Condições Gerais da apólice, ou seja, de 365 dias. As exclusões particulares e preexistências serão consideradas com base na informação clínica existente, ou seja, nas Condições Particulares/Certificados Individuais em vigor à data da transferência. Na ausência da referida informação a subscrição será realizada com base no preenchimento de um questionário médico e reportada à data da contratação deste seguro Médís. As preexistências serão reportadas com início à data em que o questionário médico de suporte à subscrição deste seguro foi preenchido.
7. Em caso de alteração das condições da apólice, serão aplicados períodos de carência às novas coberturas e à diferença de capital que exceda o da opção anterior. Serão consideradas preexistências e exclusões particulares com base na informação clínica existente (Questionário Individual de Saúde, Condições Particulares/ Certificado Individual e informação adicional resultante da utilização do seguro), para as novas coberturas ou para a diferença de capital que exceda o da opção anterior.
8. Nos termos legais, havendo aceitação da presente proposta, a cobertura dos riscos verifica-se, apenas, com o pagamento do prémio ou fração devidos.
9. As prestações garantidas constantes desta Proposta referem-se exclusivamente a cada ano de vigência do contrato.



médís

Proposta de Seguro

Seguro Saúde Médís

Declarações, consentimentos, data e assinaturas (cont.)

10. A Médís - Companhia Portuguesa de Seguros de Saúde, S.A. presta aconselhamento. As informações fornecidas pelo cliente relativamente às suas exigências e necessidades são especificadas na proposta seguro e/ou na proposta de adesão, bem como em eventuais simulações e questionários adicionais, e nortearam o aconselhamento prestado.

11. 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, 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 Seguro.

Médís - Companhia Portuguesa de Seguros de Saúde, S.A. (doravante referida como "Médís") é a entidade responsável pelo tratamento dos dados pessoais do tomador de seguro (se pessoa singular) ou do(s) representante(s) do tomador de seguro (se pessoa coletiva), demais pessoas seguras e/ou beneficiários ("Titulares dos dados"), no âmbito da subscrição de produtos de seguro, recolhidos através do presente documento, bem como aqueles que vierem a ser fornecidos posteriormente, nomeadamente no âmbito da participação de um sinistro, ainda que estes tenham sido recolhidos junto de terceiros. Os dados pessoais disponibilizados são necessários à subscrição e gestão do seguro, incluindo a emissão de apólice, gestão do seguro, gestão de sinistros e anulação da apólice, sendo tratados apenas para esta(s) finalidade(s). Neste contexto, a Médís trata as seguintes categorias de dados: dados de identificação e contacto, dados de saúde, dados financeiros e demais dados necessários à celebração do contrato de seguro. A Médís para a prossecução da(s) finalidade(s) descrita(s) poderá comunicar os dados pessoais recolhidos a entidades subcontratantes, parceiros comerciais e entidades do setor segurador, tais como a Associação Portuguesa de Seguradores, distribuidores de seguros, resseguradores. A Médís poderá ainda comunicar os dados pessoais, quando julgar tais comunicações de dados como necessárias ou adequadas (i) à luz da lei aplicável, (ii) no cumprimento de obrigações legais/ordens judiciais, ou (iii) para responder a solicitações de autoridades públicas ou governamentais. A prestação de produtos e serviços pela Médís pode implicar a transferência dos dados pessoais para países terceiros (que não pertençam à União Europeia ou ao Espaço Económico Europeu).

Nesses casos, a Médís implementará as medidas necessárias e adequadas à luz da lei aplicável para assegurar a proteção dos dados pessoais objeto de uma tal transferência. A Médís guarda os dados pelo período da relação contratual estabelecida, exceto se obrigada por lei a conservar os dados por prazo superior. Os Titulares dos dados poderão solicitar, a todo o tempo, o acesso aos dados pessoais que lhe digam respeito, bem como a sua retificação, eliminação ou a limitação do seu tratamento, a portabilidade dos seus dados, ou opor-se ao seu tratamento (com exceção dos dados estritamente necessários para a prestação do serviço) mediante pedido escrito dirigido à Médís para o endereço de email apoioaocliente@medis.pt ou para a morada Avenida Dr. Mário Soares (Tagus Park), Edifício 10, piso 1, 2744-002, Porto Salvo. Caso deseje contactar o Encarregado de Proteção de Dados poderá fazê-lo para o endereço de e-mail dpo@medis.pt. Sem prejuízo de qualquer outra via de recurso administrativo ou judicial, os Titulares dos dados têm direito a apresentar uma reclamação à CNPD ou a outra autoridade de controlo competente nos termos da lei, caso considerem que os seus dados não estão a ser objeto de tratamento legítimo por parte da Médís. A Médís poderá tratar os dados pessoais de forma a avaliar o nível de risco associado à subscrição de seguro com base no tratamento automatizado (i.e. sem intervenção humana) dos dados pessoais, consubstanciando uma decisão que poderá produzir efeitos na esfera jurídica do titular, designadamente no que respeita à cotação do seguro. Neste sentido, a Médís compromete-se a adotar as medidas adequadas para salvaguardar os direitos, liberdades e interesses legítimos dos titulares de dados, designadamente o direito de obter intervenção humana por parte da Ocidental Seguros, manifestar o seu ponto de vista e contestar a decisão em causa.

Mediante o seu consentimento (se pessoa singular), a Médís, utilizará os dados recolhidos para o envio de comunicações promocionais, divulgação de campanhas relativas a produtos e serviços da Médís ajustados ao perfil do titular.

Mediante o seu consentimento, as entidades do Grupo Ageas Portugal (a saber: Ageas Portugal - Companhia de Seguros, S.A., Ageas Portugal - Companhia de Seguros de Vida, S.A., Ocidental - Companhia Portuguesa de Seguros, S.A., Ocidental - Companhia Portuguesa de Seguros de Vida, S.A., Médís - Companhia Portuguesa de Seguros de Saúde, S.A., Ocidental - Sociedade Gestora de Fundos de Pensões, S.A.) irão ter acesso aos seus dados pessoais, para o envio de comunicações promocionais, divulgação de campanhas relativas aos seus próprios produtos e serviços ajustados ao seu perfil, atuando essas entidades como responsáveis autónomas pelo tratamento que cada uma delas leve a cabo. Poderá solicitar, a todo o tempo, o acesso aos dados pessoais que lhe digam respeito, bem como a sua retificação, eliminação ou a limitação do seu tratamento, a portabilidade dos seus dados, ou opor-se ao seu tratamento mediante pedido escrito dirigido às entidades responsáveis pelo tratamento para os contactos acima identificados. Poderá ainda entrar em contacto com o DPO do Grupo Ageas Portugal através do endereço de email dpo@ageas.pt. Poderá ainda gerir os consentimentos que tenha prestado através da sua Área Reservada. Caso queira saber mais acerca da forma como as entidades do Grupo Ageas Portugal tratam os seus dados pessoais deverá consultar as respetivas Políticas de Privacidade, constantes nos websites de cada uma delas.

O perfil será criado com base, nomeadamente, em variáveis demográficas como idade e género, zona de residência, preferências pessoais indicadas, assim como os produtos subscritos, sendo o perfil ajustado ao longo da relação que tenha estabelecido com alguma(s) das entidades do Grupo Ageas Portugal. Os dados pessoais serão conservados para a finalidade de marketing enquanto o titular dos dados não retirar o consentimento. Todas as nossas comunicações contêm um link através do qual o titular poderá, a qualquer momento, retirar o seu consentimento, o que não invalida, no entanto, o tratamento efetuado até essa data com base no consentimento previamente dado.

O Tomador de Seguro (pessoa singular ou coletiva), ao disponibilizar dados de terceiros, nomeadamente pessoa(s) segura(s) e/ou beneficiário(s), compromete-se a prestar as informações relativas ao tratamento de dados pessoais acima descritas, bem como a recolher o(s) consentimento(s) eventualmente aplicáveis.

- Consinto que as entidades do Grupo Ageas Portugal (acima identificadas) tenham acesso aos meus dados pessoais conservados no âmbito da relação estabelecida com a(s) entidade(s) do Grupo Ageas, nos termos acima referidos.
- Consinto no tratamento dos meus dados pessoais pelas entidades do Grupo Ageas Portugal (acima descritas), para efeitos de envio de comunicações de marketing através dos diferentes canais de comunicação, quer físicos quer digitais, nomeadamente notificações eletrónicas, carta, SMS ou email, ajustadas ao meu perfil, nos termos acima referidos e melhor descritos nas várias Políticas de Privacidades disponíveis nos seus websites.
- Declaro ser o representante legal e titular das responsabilidades parentais do(s) menor(es) identificado(s) ou estar devidamente autorizado pelo representante legal e titular das responsabilidades parentais do(s) menor(es) identificado(s), e que fui informado dos termos do tratamento de dados pessoais, pela Ocidental Seguros, para as finalidades descritas e nos termos acima dispostos.

Tomador do seguro

O Mediador / Corretor

Pessoa Segura

Pessoa Segura

Pessoa Segura

Pessoa Segura

Local e data: _____, _____ de _____ de _____

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. www.medis.pt