

DATA DE ENTRADA

| | | | |
|--------------------------|--|--------------------------|----------------------|
| N.º Mediador | Cód. Prot. | VC | D. Com |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| EC | N.º Cotação | | % |
| <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| Visto | _____ | | |
| Data Aprovação | <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> | | |
| N.º Apólice | <input type="text"/> | | |

Produto:SASEN - Plano +55 **Motivo:**NOVO ALTERAÇÃO

Em caso de alteração, preencher apenas o número de apólice e os campos a alterar.

Nota: As zonas a tracejado são para preenchimento do Segurador. - Preencha os espaços em letra de imprensa. - Assinale com cruz "X" os casos aplicáveis.**1 TOMADOR DO SEGURO**

Se já é Cliente, indique por favor um dos seguintes elementos

N.º Cliente N.º Apólice Matrícula
N.º Contribuinte **1.1 Dados Obrigatórios**Nome

Título/Sigla Morada
 N.º Andar Código Postal - Localidade País Morada N.º Contribuinte Nacionalidade País Naturalidade Dupla Nacionalidade: Não Sim País **Cliente Individual** Data Nascimento - - Sexo: M F Profissão
Código Estatístico **Cliente Coletivo** CAE Descrição Formas de representação da empresa: Sede Social Sucursal Outro País da Sede Social Existem sócios com uma participação >= 25% no capital ou direito de voto? Não Sim (indique no mod. 5500-321 Minuta de Sócios)N.º Empregados: 1 a 4 5 a 9 10 a 19 20 a 49 50 a 199 + de 200 Telefone Telemóvel Fax E-mail **1.2 Dados Complementares****De forma a podermos melhorar o serviço ao cliente, queira por favor preencher os seguintes dados:**Contacto Preferencial: Agente Correio E-mail Fax Telefone Telemóvel Período Preferencial: Semana Fim de Semana Hora 9/18 18/21 Nome de Contacto **Cliente Individual**BI/Cidadão Carta de Condução N.º Tipo Carta Data Carta - - Estado Civil: Solteiro União de Facto Casado Separado Divorciado Viúvo N.º Filhos: Situação Profissional: Quadro superior Técnico/Profissional de Nível Médio Técnico Especializado Administrativo Pessoal de Serviços/Vendedor
Operário e Similar Doméstica Não Ativo (Estudante, Reformado, Desempregado) Outra, qual? _____Setor de Atividade: Agricultura/Pescas Transportes/Comunicações e Energia Administração Pública Banca/Seguros Hotelaria e Restauração
Construção Educação, Saúde e Ação Social Indústria Comércio Outros Serviços
Outro, qual?

Habilitações Literárias:

Ensino Básico (até 9.º ano) Ensino Secundário (até 12.º ano) Bacharelato/Licenciatura Pós-Graduação/Mestrado/Doutoramento **Cliente Coletivo**Forma Jurídica: Emp. Nome Individual Soc. Unipessoal Soc. por Quotas Soc. Anónima Outra, qual? _____Ano de Início de Atividade

DADOS DA APÓLICE

2.1 Início do Seguro

Data - - Hora

2.2 Duração do Seguro

Um Ano e Seguintes Data de Vencimento - -

2.3 Periodicidade de Pagamento *

Anual Semestral Trimestral Mensal

* Quando a periodicidade de pagamento escolhida for a MENSAL, fica desde já acordado que não haverá lugar ao envio prévio dos avisos para pagamento dos prémios, sendo as datas em que são devidas cada uma das frações e respetivos valores indicados nas Condições Particulares da Apólice.

2.4 Modalidade de Pagamento

Autorização de Débito Direto SEPA
SEPA Direct Debit Mandate

Referência da autorização (ADD) a completar pelo Credor.
Mandate reference – to be completed by the creditor.

Ao subscrever esta autorização, está a autorizar o CREDOR a enviar instruções ao seu BANCO para debitar a sua conta e, simultaneamente, a autorizar o seu BANCO a debitar a sua conta, de acordo com as instruções do CREDOR.

Os seus direitos 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. Preencha por favor todos os campos assinalados com *.

By signing this mandate form, you authorise the CREDITOR to send instructions to your BANK to debit your account and authorise your BANK as well to debit your account in accordance with the instructions from CREDITOR.

As part of your rights, you are entitled to a refund from your BANK under the terms and conditions of your agreement with your BANK. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited. Please complete all the fields marked *.

Identificação do Devedor

Debtor identification

Nome do(s) Devedor(es) /
Name of the debtor(s)*Nome de rua e número /
Street name and number*

Código Postal / Postal code*

 -

Cidade / City*

País / Country*

Número de conta - IBAN /
Account number - IBAN*BIC SWIFT /
SWIFT BIC

Identificação do Credor

Creditor identification

Nome do Credor /
Creditor name

GENERALI SEGUROS, S.A.A.

Identificação do Credor /
Creditor identifier

PT18100002

Nome de rua e número /
Street name and number

AV. DA LIBERDADE, 242

Código Postal / Postal code

1250 - 149

Cidade / City

LISBOA

País / Country

PORTUGAL

Tipos de pagamento

Type of payments

Pagamento recorrente / Recurrent payment

Local onde está a assinar

Location in which you are signing

Localidade / Location

Data / Date

 - -

Assinar aqui por favor:

Please sign here

Assinatura(s) / Signature(s)*

Os seus direitos, referentes à autorização acima referida, são explicados em declaração que pode obter no seu Banco.
Your rights regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.

2.5 Questões Obrigatórias

O risco que pretende garantir está ou esteve seguro em qualquer outro Segurador?

Sim Não

Existem débitos por falta de pagamento dos prémios?

Sim Não

PESSOAS SEGURAS

Se a Pessoa Segura 1 já é Cliente, indique por favor um dos seguintes elementos

N.º Cliente

N.º Apólice

Matrícula

N.º Contribuinte

Pessoa Segura 1 - Preencher apenas se diferente do Tomador do Seguro

Nome
 Título/Sigla Nacionalidade
 Morada
 N.º Andar Código Postal -
 Localidade N.º Contribuinte
 Data Nascimento - - Sexo M F Estado Civil B.I. / C.C.
 Profissão
 Telefone Telemóvel Fax
 E-mail

Pessoa Segura 2 (PS2) - Grau de Parentesco (em relação à Pessoa Segura 1): Cônjuge ou Equiparado N.º Cliente

Nome
 Título/Sigla Nacionalidade
 Morada
 N.º Andar Código Postal -
 Localidade N.º Contribuinte
 Data Nascimento - - Sexo M F Estado Civil B.I. / C.C.
 Profissão
 Telefone Telemóvel Fax
 E-mail

| COBERTURAS BASE | <input type="checkbox"/> Light | <input type="checkbox"/> Valor Mais |
|--|---|---|
| Hospitalização na rede | - | 5 000 € |
| Subsídio diário de internamento | 30 € até 60 dias por anuidade | - |
| Rede médica AdvanceCare (acesso) | ✓ | ✓ |
| Consultas na rede médica | - | 6 |
| Consultas ao domicílio | ✓ | ✓ |
| Check-up na rede médica (acesso) | - | ✓ |
| Estomatologia e medicina dentária (acesso rede Dentinet) | ✓ | ✓ |
| Rede bem-estar | ✓ | ✓ |
| Ask Best Doctors (informação médica online) | - | ✓ |
| 2ª opinião médica | - | ✓ |
| Assistência | | |
| Transporte em ambulância ou táxi | ilimitado | ilimitado |
| Custo pessoal enfermagem (a) | máx. 175 €/ano | máx. 750 €/ano |
| Envio de medicamentos | ilimitado | ilimitado |
| Aconselhamento médico telefónico | ilimitado | ilimitado |
| Aluguer acessórios hospitalares | transporte ilimitado (num raio de 100 km ida e volta) | transporte ilimitado (num raio de 100 km ida e volta) |
| Ajuda domiciliária | máx. 5 dias/ano | máx. 7 dias/ano |
| Serviços informativos (farmácias/médicos) | ilimitado | ilimitado |
| Transporte urgente familiar Pessoa Segura | máx. 1 transporte/apólice/ano | máx. 2 transportes/apólice/ano |
| Guarda de animais | máx. 10 dias (em caso de hospitalização) | máx. 10 dias (em caso de hospitalização) |
| Assistência médica no estrangeiro | | |
| Despesas médicas | - | 2 500 € |
| Transporte ou repatriamento sanitário de feridos e doentes | - | ilimitado |
| Transporte ou repatriamento de falecidos | - | ilimitado |

(a) Se subscrever o serviço Teleassistência24 (MEO) os limites máximos desta cobertura aumentam para 300 €/ano na opção Light e para 1 000 €/ano na opção Valor Mais.

5

COPAGAMENTOS

| | Light | Valor Mais |
|------------------------|-------|------------|
| Hospitalização na rede | - | 50% |
| Consultas na rede | - | 15 € |
| Consultas ao domicílio | 15 € | 15 € |

6

NOTAS IMPORTANTES

ACEITAÇÃO DO CONTRATO - De acordo com o estipulado no Art. 5º das Condições Gerais, a receção da presente Proposta pelo Segurador não pressupõe a aceitação automática deste Contrato de Seguro, podendo o Segurador ainda solicitar informações clínicas, relatórios ou questionários médicos complementares para efeitos de avaliação de risco.

PRAZO PARA APRESENTAÇÃO DAS DESPESAS - As despesas de saúde realizadas no âmbito de prestações indemnizatórias deverão ser apresentadas a pagamento no prazo máximo de 180 dias. Quando a despesa for reclamada fora do prazo acima previsto e desde que, em relação à Pessoa Segura e Tomador do Seguro não tenham existido impedimentos objetivos de o fazer no prazo acordado, ao valor da indemnização a pagar serão deduzidas as perdas e os danos decorrentes de tal incumprimento que, para o efeito, poderão variar entre 5% e 10% do valor indemnizável, atendendo ao valor da despesa em causa e data de apresentação a pagamento.

7

OBSERVAÇÕES

Valor a Pagar na Primeira Anuidade

 €

O valor indicado poderá sofrer um ligeiro ajuste em relação ao valor a constar no aviso de cobrança.

CONSEQUÊNCIA DE FALTA DE PAGAMENTO DO VALOR A PAGAR

Acordados entre as partes os termos e condições em que o contrato vigorará, a produção de efeitos do mesmo e respetivas coberturas ficará sempre dependente do efetivo pagamento do prémio ou fração inicial por parte do Tomador do Seguro.

O não pagamento do prémio determinará, em relação ao prémio ou fração inicial, a resolução automática do contrato a contar da respetiva data de celebração, em relação aos restantes prémios, a resolução automática do contrato na data em que o mesmo era devido ou a não renovação do contrato.

DECLARAÇÃO

O Cliente/Tomador do Seguro garante a exatidão e completude das declarações prestadas na presente Proposta sob pena de incorrer nas consequências previstas nos artigos 25.º e 26.º do Regime Jurídico do Contrato de Seguro (DL n.º 72/2008 de 16 de abril). Nesta conformidade, caso se trate de uma inexactidão ou omissão dolosa, o contrato será anulado e os sinistros recusados. Em caso de inexactidão ou omissão negligente, o contrato será alterado e os sinistros garantidos na proporção da diferença entre o prémio pago e o prémio que seria devido se o facto inexacto ou omitido fosse conhecido, sem prejuízo da possibilidade do Segurador poder anular o contrato caso se comprove que em caso algum o teria celebrado se tivesse conhecido o facto omitido ou inexacto.

Qualquer alteração à morada ou sede do Tomador do Seguro acima indicada deverá ser comunicada, por carta registada com aviso de receção, ao Segurador no prazo de 30 dias a contar da data em que se verifica, sob pena das comunicações ou notificações que o Segurador venha a efetuar para a morada desatualizada serem consideradas válidas e eficazes.

O Cliente/Tomador do Seguro declara terem-lhe sido prestadas todas as informações relevantes para a subscrição do presente Contrato, nomeadamente as suas principais características, âmbito das garantias e exclusões e demais esclarecimentos exigíveis nos termos previstos no artigo 18.º do DL n.º 72/2008, de 16 de abril, bem como ter recebido a "Nota Informativa" (Página 7 a 8 da Presente Proposta) com um resumo das Condições Gerais e Especiais aplicáveis ao contrato.

Declara ainda terem-lhe sido explicadas e colocadas à disposição, no ato da celebração do contrato, as Condições Gerais aplicáveis à Apólice de Seguro, que, para sua maior comodidade, se encontram disponíveis, a todo o tempo, para consulta ou impressão em tranquilidade.pt.

_____, ____/____/____

CLIENTE / TOMADOR DO SEGURO

| | | |
|---|--|--|
| <p>Canal de Cobrança <input type="text"/></p> <p>Canal de Captação <input type="text"/></p> <p>Prestação de Serviços <input type="text"/></p> | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-bottom: 5px;">Serviços Externos</div> <p>Tipo de Venda: A1 - Articulada NB <input type="checkbox"/> VD - Direta NB <input type="checkbox"/></p> <p>Indexador Externo: <input type="text"/></p> | |
|---|--|--|



grupo Generali Seguros, S.A.
 Sede: Av. da Liberdade, 242 1250-149 Lisboa
 Capital Social 182.000.000 € (realizado 84.000.000 €)
 N.º Único de Matricula CRC Lisboa/NIPC 500 940 231

E clientes@tranquilidade.pt
W tranquilidade.pt

(Página propositadamente deixada em branco)

**TRAN
QUILI
DADE**

NOTA INFORMATIVA**ADVANCECARE SAÚDE PLANO +55**

A presente Nota Informativa não substitui a leitura das Condições Gerais e Especiais aplicáveis ao presente Contrato, constituindo apenas um resumo das mesmas.

Para sua maior comodidade, o Segurador disponibiliza ainda, a todo o tempo, no seu sítio da internet em www.tranquilidade.pt, as Condições Gerais aplicáveis ao seu contrato para consulta ou impressão.

Âmbito do risco

De acordo com as coberturas subscritas pelo Tomador do Seguro, o presente Contrato garante, até ao limite dos capitais seguros indicados na proposta, o pagamento de despesas de saúde realizadas em regime de prestações convencionadas em consequência de doenças ou acidentes sofridos pela(s) Pessoa(s) Segura(s) durante a vigência do contrato.

Períodos de carência aplicáveis

Salvo disposição em contrário nas Condições Particulares, a entrada em vigor das garantias, em relação a cada uma das Pessoas seguras, só se verificará, em caso de doença, após o decurso de um período de carência de sessenta (60) dias.

Não haverá lugar à aplicação de qualquer período de carência em caso de acidente que requeira tratamento de urgência em hospital. Considera-se tratamento de urgência aquele que deva ser efetuado no prazo máximo de 48 horas após o sinistro.

Exclusões

Ao presente Contrato são aplicáveis as exclusões constantes nas Condições Gerais, Especiais e Particulares da Apólice que deverão, para seu conhecimento, ser consultadas e das quais se destacam:

- Sinistros anteriores ao início do contrato;
- Tratamentos e/ou cirurgias de carácter estético ou plástico, exceto quando consequência de acidente garantido;
- Tratamentos ou exames de emagrecimento e rejuvenescimento;
- Curas de repouso e exames de rotina;
- Alcoolismo e tratamentos relativos à toxicod dependência, bem como todas as doenças ou lesões adquiridas pela Pessoa Segura sob influência de álcool, estupefacientes ou outras drogas;
- Doenças resultantes dos efeitos de radioatividade;
- Hemodiálise;
- Transplante de órgãos e suas implicações;
- S.I.D.A. e suas implicações;
- Tratamento às varizes;
- Internamento/tratamento refrativo à miopia, astigmatismo e hipermetropia (cirúrgico ou laser);
- Cirurgias para correção da roncopatia ou apneia do sono;
- Cirurgias a hérnias de qualquer natureza;
- Doenças epidémicas oficialmente declaradas;
- Acidentes de trabalho e doenças profissionais;
- Acidentes derivados da prática de desportos motorizados ou perigosos a título amador e ainda a prática de qualquer tipo de desporto a título profissional;
- Quaisquer lesões resultantes de calamidades naturais, atos de terrorismo, atos de guerra e intervenção em atos criminosos;
- Intervenção em rixas, salvo em caso de legítima defesa, própria ou alheia;
- Os acidentes inerentes à utilização de veículos motorizados, quando as despesas deles resultantes recaiam no âmbito da responsabilidade civil automóvel;
- Atos médicos praticados em consequência de doença ou acidente que tenha sido intencionalmente provocado pela Pessoa Segura, incluindo tentativa de suicídio ou o agravamento do seu estado de saúde;
- Tratamentos não reconhecidos oficialmente pela Ordem dos Médicos portuguesa;
- Serviços que não sejam clinicamente necessários;
- Despesas de natureza particular e enfermagem privativa;
- Consultas e tratamentos de apoio e orientação psicológica;
- Consultas, tratamento de cirurgias do foro estomatológico.

Renovação e denúncia do contrato

Quando o contrato for celebrado por um ano a continuar pelos seguintes, considera-se sucessivamente renovado por períodos anuais, salvo se, previamente à data de vencimento, qualquer das partes manifestar a vontade de lhe por fim mediante comunicação escrita, com trinta (30) dias de antecedência em relação à data de efeito.

Resolução do contrato

O contrato pode ser resolvido por qualquer das partes a todo o tempo, havendo justa causa para o efeito.

O prémio a devolver será sempre calculado tendo em conta o período de tempo não decorrido até à data de vencimento, salvo quando tenha havido lugar ao pagamento de prestações decorrentes de sinistro.

Livre resolução

Quando o contrato for celebrado por uma duração igual ou superior a seis (6) meses, o Tomador do Seguro, sendo pessoa singular, dispõe de um prazo de trinta (30) dias a contar da receção da Apólice para poder resolver o contrato sem invocar justa causa, mediante envio de comunicação escrita ao Segurador, em suporte de papel ou outro meio duradouro disponível e acessível ao Segurador.

A livre resolução do contrato tem efeito retroativo, tendo porém o Segurador direito ao:

- a) Valor do Prémio relativo ao período de tempo já decorrido, na medida em que tenha suportado o risco;
- b) Montante das despesas razoáveis que o Segurador tenha efetuado com exames médicos sempre que esses valores sejam imputados contratualmente ao Tomador do Seguro.

Regime de transmissão de contrato

A transmissão da posição contratual do Tomador do Seguro, nos casos em que seja possível, depende sempre do consentimento do Segurador.

Modo de efetuar reclamações

O Segurador dispõe de uma unidade orgânica responsável pela gestão de reclamações à qual poderão ser dirigidas quaisquer questões relacionadas com o presente Contrato.

Em caso de divergência com o Segurador, o Tomador do Seguro e/ou Pessoa Segura podem também apresentar reclamação no Livro de Reclamações, bem como solicitar a intervenção da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões, sem prejuízo ainda da possibilidade do recurso à arbitragem ou aos tribunais, de acordo com as disposições legais em vigor.

Autoridade de supervisão

Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões.

Lei aplicável

O Contrato rege-se pela Lei portuguesa.



Grupo
Generali Seguros, S.A.
Sede: Av. da Liberdade, 242 1250-149 Lisboa
Capital Social 182.000.000 € (realizado 84.000.000 €)
N.º Único de Matrícula CRC Lisboa/NIPC 500 940 231

E clientes@tranquilidade.pt
W tranquilidade.pt