

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.Identificação do Credor /
Creditor identifier PT18100002Nome 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

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
B.I./C.C. Data Nascimento - - Sexo M F
Profissão Estado Civil
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
B.I./C.C. Data Nascimento - - Sexo M F
Profissão Estado Civil
Telefone Telemóvel Fax
E-mail

Pessoa Segura 3 (PS3) - Grau de Parentesco (em relação à Pessoa Segura 1): Descendente

N.º Cliente

Nome
 Título Nacionalidade
Morada
 N.º Andar Código Postal -
Localidade N.º Contribuinte
B.I./C.C. Data Nascimento - - Sexo M F
Profissão Estado Civil
Nome a constar no Cartão

Pessoa Segura 4 (PS4) - Grau de Parentesco (em relação à Pessoa Segura 1): Descendente

N.º Cliente

Nome
 Título Nacionalidade
Morada
 N.º Andar Código Postal -
Localidade N.º Contribuinte
B.I./C.C. Data Nascimento - - Sexo M F
Profissão Estado Civil
Nome a constar no Cartão

Pessoa Segura 5 (PS5) - Grau de Parentesco (em relação à Pessoa Segura 1): Descendente

N.º Cliente

Nome
 Título Nacionalidade
Morada
 N.º Andar Código Postal -
Localidade N.º Contribuinte
B.I./C.C. Data Nascimento - - Sexo M F
Profissão Estado Civil
Nome a constar no Cartão

(Página propositadamente deixada em branco)

**TRAN
QUILI
DADE**

NOTA INFORMATIVA**ADVANCECARE SAÚDE PLANO SORRISO**

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 o disposto nas Condições Gerais, Especiais e Particulares da Apólice, o presente Contrato garante:

- O pagamento das despesas de saúde de cuidados dentários realizadas junto da Rede de Prestadores, em consequência de doença ou acidente ocorrido durante a vigência do contrato, devendo a Pessoa Segura, para o efeito, liquidar ao Prestador por ela escolhido o valor do copagamento a seu cargo, indicado na Tabela de copagamentos anexa;
- O pagamento de um Subsídio diário por internamento em consequência de doença ou acidente ocorrido durante a vigência do contrato;
- O acesso direto por parte da Pessoa Segura, em condições privilegiadas, a um conjunto de Prestadores integrados na Rede Bem-Estar (ligados às áreas do bem-estar, lazer e saúde) ficando a cargo da Pessoa Segura a responsabilidade pela escolha do prestador em questão e pelo pagamento dos respetivos honorários;
- A Assistência médica ao domicílio, nomeadamente através do envio ao domicílio da Pessoa Segura de um médico de clínica geral, para consulta e eventual aconselhamento quanto à orientação a seguir.

Entrada em vigor das garantias

A entrada em vigor das garantias ocorre na data em que se verificar a aceitação do contrato, não havendo lugar à aplicação de qualquer período de carência.

Exclusões aplicáveis

1. Fica sempre excluído deste Contrato o pagamento de:

- Despesas de internamento, sejam quais forem as causas ou circunstâncias;
- Despesas relacionadas com medicamentos.

2. Fica igualmente excluído o pagamento de subsídio por internamento quando este:

- For motivado por Doenças ou Acidentes pré-existentes, ou por doenças congénitas;
- For motivado por cirurgias e tratamentos do foro estomatológico ou maxilofacial;
- Ocorrer em Hospitais Militares, paramilitares e similares, exceto se a Pessoa Segura for sujeita a intervenção cirúrgica;
- For motivado por gravidez e suas consequências;
- For motivado por tratamentos ou cirurgias de caráter estético, de emagrecimento ou rejuvenescimento;
- For motivado por alcoolismo ou toxicod dependência;
- Tiver finalidade meramente paliativa, for efetuado para convalescença, reabilitação psicomotora ou por motivos sociais;
- For motivado por SIDA e suas implicações;
- For motivado por doenças epidémicas oficialmente declaradas;
- For motivado por Acidente de Trabalho ou Doença Profissional;
- For motivado por quaisquer lesões resultantes de:
 - Calamidades naturais;
 - Atos de terrorismo, incluindo aqueles que se consubstanciem na utilização de armas bacteriológicas ou agentes químicos ou ainda na contaminação do meio ambiente;
 - Atos de guerra, guerra civil e perturbações da ordem pública;
 - Intervenção em atos criminosos;
 - Intervenção em rixas, salvo em caso de legítima defesa, própria ou alheia de bens e pessoas;
- For motivado por acidentes derivados de:
 - Prática de esqui e outros desportos na neve, mergulho, esqui aquático, motonáutica, canoing, equitação, tauromaquia, pugilismo, artes marciais, espeleologia, escalada, rappel, alpinismo, bungee-jumping, parapente e paraquedismo;
 - Prática profissional de desportos;
 - Prática de desportos motorizados, a título profissional ou amador, pontualmente ou com caráter de regularidade;
- For motivado por acidentes inerentes à utilização de veículos motorizados, incluindo os de duas rodas, quando as despesas deles resultantes devam ser indemnizadas no âmbito da responsabilidade civil automóvel;
- Tiver ocorrido em consequência de doença ou acidente que tenha sido intencionalmente provocado pela Pessoa Segura, incluindo a tentativa de suicídio ou o agravamento do seu estado de saúde.

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.

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.