



N.º Apólice: DI56252574

Canal: www.medis.pt

Contrato: Novo

TOMADOR DO SEGURO

Nome: COMPAN GAUTHIER**Morada:** RUA DA CORREDOURA**Código Postal:** 4990-599 FACHA**Data de Nascimento:** 02-01-2001**Sexo:** Masculino**Estado Civil:** Solteiro**Número de Identificação Fiscal:** 332974375**Passaporte:** 23KK72124**E-mail:** yazhgar30@gmail.com

DADOS DA TRANSFERÊNCIA

O risco que se pretende segurar já esteve anteriormente seguro: Não

OPÇÕES/COBERTURAS

Opção Base: Opção I - Base

IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA SEGURA

✓ I.ª Pessoa Segura

Nome: COMPAN GAUTHIER**Sexo:** Masculino**Data de Nascimento:** 02-01-2001**Número de Identificação Fiscal:** 332974375**Passaporte:** 23KK72124**Nome a inscrever no Cartão Médis:** COMPAN GAUTHIER**Grau de Parentesco:** Titular**Prémio Total Anual (Pessoa Segura):** € 151,26**Periodicidade:** Mensal

Questionário médico - I.ª Pessoa

Qual é a sua altura e o seu peso

Altura (m): 1.88

Peso (Kg): 81

Usa óculos ou lentes de contacto? Sim

Qual a graduação?

Não sei qual a minha graduação Não

Toma alguma medicação regularmente? Não

Nos últimos 3 anos teve alguma doença em que precisasse de acompanhamento médico regular por um período superior a 3 meses Não

Foi operado ou esteve internado num hospital nos últimos 5 anos? Não

Questionário médico - I ª Pessoa (continuação)

Leia com atenção a seguinte lista de doenças/condições médicas:

Cancro/Neoplasia maligna

Inclui leucemia ou linfoma

Doenças Cardiovasculares

Exemplo: hipertensão arterial, angina de peito, insuficiência cardíaca, enfarte do miocárdio

Acidentes Vasculares Cerebrais

Exemplo: trombose, embolia

Diabetes Mellitus

Exemplos: Diabetes Mellitus Tipo 1, Diabetes Mellitus Tipo 2

Doença Respiratória Crónica

Exemplo: asma, enfisema ou bronquite crónica

Teve ou tem alguma destas doenças?

Não

Pesquise e selecione todas as suas doenças

DATA INÍCIO, TIPO DE CONTRATO E PRÉMIOS

Data Início: 01-11-2025 (sujeito ao pagamento do prémio ou fração inicial)

Tipo de Contrato: Um Ano e Seguintes

Periodicidade de Pagamento do Prémio: Mensal

Forma de Pagamento: Débito Bancário

Campanha: Oferta novembro 2025: 30€ Marketplace Médis + 100€ Clínica Médis (direto site)

Prémio Total / Prestação (1º Ano): € 12,60⁽¹⁾

⁽¹⁾ Ao primeiro pagamento acresce € 5,38 do custo da Apólice (estes valores já incluem encargos legais)

AUTORIZAÇÃO PARA PAGAMENTO DO PRÉMIO (DÉBITO DIRETO/TRANSFERÊNCIA)

Titular da Conta: COMPAN GAUTHIER

Autorizo o Banco a proceder ao pagamento à Médis - Companhia Portuguesa de Seguros de Saúde, S.A., do prémio relativo ao Seguro contratado através da presente Proposta e na periodicidade acordada, através de débito direto nos termos da autorização seguinte ou, caso o pagamento do prémio inicial ou a primeira fração deste não seja compatível com aquele serviço de pagamento atendendo à data de início do seguro e o Banco adiante indicado seja simultaneamente o Mediador do presente Seguro, mediante transferência a crédito para a conta da Médis - Companhia Portuguesa de Seguros de Saúde, S.A. com o IBAN PT50 0033 0000 00170575083 05, por débito na minha conta adiante indicada.

Banco

Número de Conta - IBAN PT50 3560 0001 90018109231 26

BIC SWIFT

Tipo de pagamento: Pagamento recorrente ou Pagamento pontual

Ao subscrever esta autorização, está a autorizar (i) a Médis - 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 Médis - 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.

DECLARAÇÕES, CONSENTIMENTOS, DATA E ASSINATURAS

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

1. Tomei conhecimento das condições do contrato de seguro e foram-me 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. Autorizo ainda que a informação relativa ao extrato de benefícios, contendo informação relativa ao prestador, data da realização do ato médico e valor das despesas realizadas, seja prestada diretamente ao Tomador do Seguro.
3. 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 estúdios estatísticos ou técnico-atuariais).
4. 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.
5. O previsto no número anterior não se aplica aos seguros de grupo.

DECLARAÇÕES, CONSENTIMENTOS, DATA E ASSINATURAS (continuação)

6. Com a subscrição deste seguro, o Tomador do Seguro aceita que toda a documentação emitida a partir desta data referente a este e a todos os seus contratos atualmente em vigor na Médis lhe seja disponibilizada por correio eletrónico para o endereço por si indicado para efeitos de relação contratual.

A documentação poderá ainda ser enviada por correio, mediante solicitação por mensagem para o e-mail apoioaocliente@medis.pt ou através da Linha Médis 218 458 888, 2^a a 6^a feira das 8h00 às 20h00 e custo de chamada para a rede fixa nacional.

Tomei ainda conhecimento de que:

7. 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 15 dias a contar da data de receção da Proposta e respetivo 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.
8. 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.
9. 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 Médis. As preexistências serão reportadas com início à data em que o questionário médico de suporte à subscrição deste seguro foi preenchido.
10. 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 Médico, Condições Particulares/Certificado Individual e informação adicional resultante da utilização do seguro), para as novas coberturas ou para a diferença de capital que excede o da opção anterior.
11. Nos termos legais, havendo aceitação da presente Proposta, a cobertura dos riscos verifica-se, apenas, com o pagamento do prémio ou fração devidos.
12. As prestações garantidas constantes desta Proposta referem-se exclusivamente a cada ano de vigência do contrato.
13. As reclamações emergentes do contrato podem ser apresentadas por escrito ao departamento de gestão de reclamações do Segurador (nomeadamente através do e-mail: reclamacoes@medis.pt ou por correio para: Praça Príncipe Perfeito 2, 1990-278 Lisboa), no Livro de Reclamações, ao Provedor do Cliente (nomeadamente através do e-mail: provedor.medis@mm-advogados.com) e à Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões, em www.asf.com.pt. Em caso de litígio, além do recurso às restantes Entidades de Resolução Alternativa de Litígios, nos termos previstos na legislação aplicável, as partes podem recorrer ao CIMPAS – Centro de Informação, Mediação e Arbitragem de Seguros, de que o Segurador é aderente - www.cimpas.pt - ou aos tribunais judiciais. A Política de Tratamento de Clientes do Segurador e restante informação relativa à Gestão de Reclamações e litígios está disponível

DECLARAÇÕES, CONSENTIMENTOS, DATA E ASSINATURAS (continuação)

em www.medis.pt.

- 14.** Todas as comunicações e notificações endereçadas à(s) Pessoa(s) Segura(s) serão efetuadas diretamente nos canais digitais da Médis (Área de Cliente acessível em www.medis.pt e APP Médis) ou enviadas por e-mail, SMS ou correio para o(s) contacto(s) fornecido(s) pela(s) própria(s) ou pelo Tomador do Seguro.

A Médis - Companhia Portuguesa de Seguros de Saúde, S.A. (doravante referida como "Médis") é 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 Médis 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 Médis 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 Médis poderá ainda comunicar os dados pessoais, quando julgue talas 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 Médis pode implicar a transferência dos dados pessoais para países terceiros (que não pertençam à União Europeia ou ao Espaço Económico Europeu). Nesses casos, a Médis implementará as medidas necessárias e adequadas à luz da lei aplicável para assegurar a proteção dos dados pessoais objeto de uma tal transferência. A Médis 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 Médis para o endereço de e-mail apoioaocliente@medis.pt ou para a morada Praça Príncipe Perfeito 2, 1990-278 Lisboa. Caso deseje contactar o Encarregado de Proteção de Dados (DPO) 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 Médis.

A Médis 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 Médis 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 Médis, manifestar o seu ponto de vista e contestar a decisão em causa.

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.

DECLARAÇÕES, CONSENTIMENTOS, DATA E ASSINATURAS (continuação)

Mediante o seu consentimento (se pessoa singular), a Médis, utilizará os dados recolhidos para o envio de comunicações promocionais, divulgação de campanhas relativas a produtos e serviços da Médis 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., Ageas Portugal - Companhia de Seguros, S.A. (marca Ocidental), Ocidental - Companhia Portuguesa de Seguros de Vida, S.A., Médis - Companhia Portuguesa de Seguros de Saúde, S.A., Ageas - 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 estabelecida. 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.

Tomador do Seguro/Pessoa Segura

- 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 Médis, para as finalidades descritas e nos termos acima dispostos.

Consinto que as entidades do Grupo Ageas Portugal (abaixo identificadas) tenham acesso aos meus dados pessoais conservados no âmbito da relação estabelecida com a(s) entidade(s) do Grupo Ageas Portugal, nos termos anteriormente referidos:

- Ageas Portugal - Companhia de Seguros, S.A. (marca Ageas Seguros)
- Ageas Portugal - Companhia de Seguros de Vida, S.A. (marca Ageas Seguros)
- Ageas Portugal - Companhia de Seguros, S.A. (marca Ocidental)
- Ocidental - Companhia Portuguesa de Seguros de Vida, S.A.
- Médis - Companhia Portuguesa de Seguros de Saúde, S.A.
- Ageas - Sociedade Gestora de Fundos de Pensões, S.A.
- Ageas Portugal - Companhia de Seguros, S.A. (marca Seguro Directo)

Consinto no tratamento dos meus dados pessoais pelas entidades do Grupo Ageas Portugal (abaixo identificadas), para efeitos de envio de comunicações de marketing através dos diferentes canais de comunicação, quer físicos quer digitais, nomeadamente notificações eletrónicas, carta, SMS ou e-mail, ajustadas ao meu perfil, nos termos anteriormente referidos e melhor descritos nas várias Políticas de Privacidades disponíveis nos seus websites:

DECLARAÇÕES, CONSENTIMENTOS, DATA E ASSINATURAS (continuação)

- Ageas Portugal - Companhia de Seguros, S.A. (marca Ageas Seguros)
- Ageas Portugal - Companhia de Seguros de Vida, S.A. (marca Ageas Seguros)
- Ageas Portugal - Companhia de Seguros, S.A. (marca Ocidental)
- Ocidental - Companhia Portuguesa de Seguros de Vida, S.A.
- Médis - Companhia Portuguesa de Seguros de Saúde, S.A.
- Ageas - Sociedade Gestora de Fundos de Pensões, S.A.
- Ageas Portugal - Companhia de Seguros, S.A. (marca Seguro Directo)

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 do 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 possibilidade de celebração do presente contrato de seguro.



Médis - Companhia Portuguesa de Seguros de Saúde, S.A., sede Praça Príncipe Perfeito 2, 1990-278 Lisboa. Matrícula / Pessoa Coletiva 503496944. CRC Lisboa. Capital Social 12.000.000 Euros. Registo ASF 1131, www.asf.com.pt





Documento para entrega ao Cliente. Não deve ser digitalizado.

N.º Apólice: DI56252574

Canal: www.medis.pt

Contrato: Novo

TOMADOR DO SEGURO

Nome: COMPAN GAUTHIER

OPÇÕES, COBERTURAS E CAPITAIS SEGUROS

Opção: Opção I - Base

Coberturas	Capitais Seguros	Comparticipação (%)		Franquia	Copagamentos (a cargo da pessoa segura)
		Dentro da Rede	Fora da Rede		
Hospitalização	€ 15.000,00	100%	35%		
Prestadores Rede Médis					10%, Mín. € 250,00 e Máx. € 500,00
Unidades CUF e Luz Saúde					10%, Mín. € 400,00 e Máx. € 600,00
Quimioterapia		100%	35%		10% máx. € 500
Médico online		100%			-
Medicina Geral e Familiar	Ilimitado				€ 0,00
Pediatria	Ilimitado				€ 0,00
2.ª Opinião (I)	Incluído				-

(I) Acesso através da Linha Médis e serviço prestado pela Clínica Universitária de Navarra.



PERÍODOS DE CARÊNCIA (aplicáveis em função das coberturas subscritas)

Considera-se "Período de Carência", o período que medeia entre a data de início do seguro e a data em que as respetivas coberturas podem ser acionadas.

A aplicação dos períodos de carência ocorre desde a data de início da adesão de cada Pessoa Segura. No entanto, não são aplicados em situações de acidente.

- Hospitalização - 90 dias

PERÍODOS DE CARÊNCIA (aplicáveis em função das coberturas subscritas) (continuação)

Estão sujeitos a um período de carência de 180 dias:

- Tratamento cirúrgico ou por outros métodos invasivos da hipertrofia benigna da próstata, patologia benigna do útero, cistocelo e rectocelo.

Estão sujeitos a um período de carência de 365 dias:

- Tratamento cirúrgico de varizes dos membros inferiores e da hérnia discal;
- Hemorroidectomia e outros tratamentos da doença hemorroidária e tratamento cirúrgico da fistula 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.

Não dispensa a consulta da informação pré-contratual e contratual legalmente exigida.



Médis - Companhia Portuguesa de Seguros de Saúde, S.A., sede Praça Príncipe Perfeito 2, 1990-278 Lisboa. Matrícula / Pessoa Coletiva 503496944.
CRC Lisboa. Capital Social 12.000.000 Euros. Registo ASF 1131, www.asf.com.pt

