

8. QUESTÕES RELATIVAS AS PESSOAS SEGURAS

Utiliza	Sim	Não
Veículo motorizado de duas rodas?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Aeroraves não comerciais?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Pratica algum desporto como amador?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Participa em provas integradas em campeonatos oficiais?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Pratica algum desporto de elevado risco?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Declarações do Estado de Saúde

Declaro que a Pessoa Segura se encontra de boa saúde, não sofre nem sofre nenhuma doença que o torne mais susceptível a acidentes, nem possui qualquer incapacidade física certificada clinicamente ou não.

Actualmente a Pessoa Segura não recebe qualquer aconselhamento ou tratamento médico - excepto gripes comuns e alergias - nem prevê vir a consultar um médico no futuro próximo com esse propósito.

Declaro ainda não ter sido recusado, adiado ou aceite em condições especiais qualquer seguro de Acidentes, Saúde ou Vida e que a presente Declaração foi firmada com sinceridade, não omitindo qualquer informação que possa afectar a aceitação da presente proposta de seguro, sob pena da mesma ou do contrato que eventualmente lhe dar lugar, não produzir qualquer efeito.

9. BENEFICIÁRIOS EM CASO DE MORTE

Herdeiros Legais ☒

Clausula Beneficiária Genérica ☐

Clausula Beneficiária Específica ☐

Nome	NIF	Parentesco	Data de Nascimento
Morada	Localidade		Código Postal
Nome	NIF	Parentesco	Data de Nascimento
Morada	Localidade		Código Postal
Nome	NIF		Data de Nascimento
Morada	Localidade	Parentesco	Código Postal

Prefero que seja mantida a confidencialidade em relação aos Beneficiários deste contrato ☐

10. QUESTIONÁRIO

O risco proposto está seguro por outro(s) Segurador(es)?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input checked="" type="checkbox"/>	Quais?	Nº Apólice(s)
Este seguro corresponde a uma transferência?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input checked="" type="checkbox"/>	Data de anulação na congenera	/ / Motivo da anulação
Registaram-se sinistros nos últimos 5 anos?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input checked="" type="checkbox"/>	Data do último sinistro	/ / Valor?

11. OUTRAS INFORMAÇÕES COM INFLUÊNCIA NA CARACTERIZAÇÃO DO RISCO

O tomador do seguro ou o segurado obriga-se a prestar toda a informação necessária a adequada avaliação do risco, mesmo que não expressamente questionada nesta proposta, sob pena de incorrerem nas consequências previstas nos Arts. 25º e 26º do DL 72/2008 de 16 de Abril. Tratando-se de omissão ou inexactidão dolosas, o contrato será anulado e os sinistros recusados. Em caso de omissão ou inexactidão negligentes, o contrato será alterado e os sinistros cobertos na proporção da diferença entre o prémio pago e o que seria devido se o facto omitido ou declarado inexactamente fosse conhecido, sem prejuízo da possibilidade do segurador poder anular o contrato quando se demonstrar que, em caso algum, o tenha celebrado se tivesse conhecido o facto omitido ou inexacto.

12. OUTRAS DECLARAÇÕES

Os dados recolhidos são processados e armazenados informaticamente e destinam-se às relações contratuais com a Lusitania, seus subcontratados e empresas com as quais tenha uma parceria comercial estabelecida. Os dados poderão ser fornecidos às autoridades judiciais ou administrativas em cumprimento da obrigação legal a cargo da Lusitania.

As omissões, inexactões e falsidades, quer no que respeita ao fornecimento obrigatório, quer facultativo, são da responsabilidade do tomador do seguro.

Os interessados podem ter acesso às informações que lhes digam respeito, solicitando a sua correcção, aditamento ou eliminação, mediante contacto directo ou por escrito, junto do segurador.

Autorizo a Lusitania a proceder à recolha de dados pessoais complementares junto de Organismos Públicos, empresas especializadas e outras entidades económicas, tendo em vista a confirmação ou complemento dos elementos recolhidos, necessários à gestão da relação contratual. Autorizo igualmente a consulta dos dados pessoais disponibilizados, sob regime de confidencialidade, às empresas que integrem o respectivo Grupo Económico, desde que compatível com a finalidade de recolha dos mesmos.

☐ Não autorizo a Lusitania a fornecer dados pessoais disponibilizados, sob regime de absoluta confidencialidade, a qualquer outro tipo de empresas que não as acima mencionadas e para fins não compatíveis com a finalidade de recolha dos mesmos.

Declaro que as informações prestadas são exactas e verdadeiras e que tomei conhecimento das Condições Gerais e Especiais aplicáveis a este contrato e ter sido informado sobre as condições do seguro, nomeadamente quanto ao âmbito do risco, exclusões e limitações das coberturas e recebido, em geral, todos os esclarecimentos legalmente exigíveis (Artº 18º do DL 72/2008, 16 de Abril) e constantes desta proposta e da nota informativa anexa.

Declaro também aceitar a entrega das Condições Gerais e Especiais aplicáveis ao contrato no sítio da internet indicado nas Condições Particulares.

O Proponente

Nenhum contrato se torna efectivo antes da aceitação do Segurador

Bank Account Debit Authorization

LUSITANIA

Grupó Montepio

Exemplar para a Companhia (Financeira) - Original Exemplary to the Company

Nome do Tomador do Seguro / Subscritor
CARLOS MANUEL MONTEIRO COUTO

Morada / Address
RUA D AFONSO HENRIQUES 873 1º

Cód Postal / P. Corte
4 4 3 5 - 0 0 6 RIO TINTO

Nome do Titular da Conta (se diferente do Tomador de Seguro)
 Name of Account Holder (if not the subscriber)

CLAUDIA DA SILVA JORGE

Nº de Conta Bancária (NIB) Bank Account No.

A preencher pelos serviços da Lusitania *only by Lusitania Services*

Assinatura do Titular da Conta, Signature of Account Holder

* Cláudia da Silva Jorge

5 DOENÇAS, DISTÚRBIOS OU PROBLEMAS DE SAÚDE (preenchimento completo e obrigatório)

5.3 Aparelho Gastro-Intestinal Hémia do trato ulcero gastr-duodenal gastrite azia vômitos colite ulcerosa doença de Crohn hemorragias digestivas colite apendicite, diverticulite polipos intestinais hémia inguinal hemorroidas e outras	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Especifique
5.4 Fígado Vias Biliares e Pâncreas Hepatite viral (A,B,C) icterícia, cirrose hepática pancreatite (aguda/crónica) e outras.	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Especifique
5.5 Aparelho Genito-Urinário Insuficiência renal (aguda/crónica), nefrite, cálculos renais, colícos renais infecções urinárias de repetição doenças da bexiga doenças da próstata infertilidade masculina e outras	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Especifique
5.6 Aparelho Osteo Articular Artrite, artrose osteólise, osteo espondilose lombalgias, ciática, hémia discal juntas e outras	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Especifique
5.7 Pele Psoríase eczemas, alergias, micose de repetição úlceras de perna herpes (primitiva) e outras	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Especifique
5.8 Sistema Nervoso Convulsões, insónias, paralisia, epilepsia doença de Parkinson, esquizofrenia, depressão ansiedade, anorexia nervosa demência esquizofrenia e outras	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Especifique
5.9 Sangue Anemia mieloma múltiplo púrpuras hemofilia e outras	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Especifique
5.10 Sistema Endócrino Doenças da tiróide doenças da supra-renal, diabetes, obesidade e outras	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Especifique
5.11 Sistema Imunológico Artrite reumatóide, lúpus, esclerodermia, dermatomiosite, espondilite anquilosante, vasculites e outras	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Especifique
5.12 Metabolismo Cálculo da urina 1 glicídios elevados, urico ácido elevado (gota) e outras	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Especifique
5.13 Olhos Diminuição da acuidade visual (miopia, astigmatismo, hipermetropia), uso de óculos graduados ou lentes de contacto, estrabismo, cataratas, glaucoma, doenças da retina e outras	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Especifique
5.14 Doenças dos Ouvidos, Nariz e Garganta Diminuição da actividade auditiva (grau), uso de próteses auditivas, otites de repetição, vertigens, zumbidos, sinusite, alterações do olfacto do seio nasal amigdalite e adenoidite de repetição e outras	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Especifique
5.15 Doenças Ginecológicas Nódulos da mama, cistos dos ovários, endometriose, mioma, hemorragias uterinas recorrentes, infertilidade feminina, tratamento hormonal da menopausa e outras	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Especifique
5.16 Doenças dos dentes e Cavidade oral Cáries não tratadas, uso de próteses e aparelhos, inflamação das gengivas ou língua e outras	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Especifique
5.17 Doenças Infecciosas Tuberculose (pulmão), desintoxicação, sífilis, sida ou seropositividade, sífilis, mononucleose, hepatite e outras	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Especifique
5.18 Gravidez - Está grávida? Tempo de gravidez, complicações, tipo de parto, esperado (normal ou cesariana)	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Especifique
5.19 Gravidez - Já esteve grávida? Número de filhos, teve algum problema durante a gravidez, parto ou puerpério como gravidez ectópica, hipertensão arterial, diabetes, gêmeos, cesariana	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Especifique
5.20 Cancro, Tumores e Quistos Leucemia, linfoma, pulmão, mama, útero, próstata, pele e outras	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Especifique
5.21 Doenças Congénitas Cardíaca, pulmonar, intestinal, renal e outras	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Especifique

6 HISTÓRIA FAMILIAR

Alguns dos seus familiares faleceu, sofreu ou sofreu de diabetes, hipertensão arterial, tuberculose, doença nervosa ou mental, doença cardiovascular, doença renal, doenças metabólicas, epilepsia, cancro ou outras. Sim ☐ Não ☒ Especifique e indique o parentesco

7 PAGAMENTO DE INDEMNIZAÇÕES

Para maior comodidade e celeridade no recebimento de indemnizações
queira indicar nos o seu NIB para efeitos do crédito em conta

8 OBSERVAÇÕES

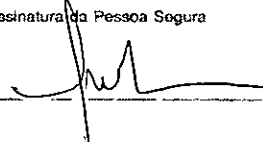
A Pessoa Segura obriga-se a prestar toda a informação necessária à adequada avaliação do risco, mesmo que não expressamente questionada

As declarações inexatas ou reticentes ou a omissão de factos tornam o pedido de adesão nulo e sem qualquer efeito ou, na vigência do contrato, libertam a Lusitania do pagamento de qualquer indemnização.

Declaro que as minhas respostas foram dadas de uma forma exacta, nada tendo omitido que se refira ao meu estado de saúde e antecedentes

Autorizo o meu médico ou médicos assistentes a prestar todas as informações ou elementos que se tornem necessários. Tomei conhecimento de que doenças, lesões e deficiências existentes nesta data estão excluídas do âmbito da Cobertura do Seguro de Saúde

Assinatura da Pessoa Segura





Grupo Montepio

PROPOSTA DE SEGURO DE SAUDE PLENO
Individual / familiar

Aceitação

Cotação n.º 0000/0000

NOVA ☒

ALTERAÇÃO ☐

CLIENTE 0000000000 PLANO: 000000

RAMO: 300120 APÓLICE 000000

1 TOMADOR DO SEGURO / SEGURADO (preenchimento completo e obrigatório)

Nome completo: **CARLOS MANUEL MONTEIRO COUTO**

Título / R. Social: ☐ Sexo: ☒ M ☐ X Profissão / Ramo Actividade: **ESCRITURARIO** Perf: CAE: N.º Contribuinte: **2091885203** N.º BI / Cartão Cidadão: **101083652**

Data de Nascimento: **19/7/30** Nacionalidade: **PORTUGUES** Cartão de Cidadão: N.º: 1.ª Data de Emissão:

Estado civil: Solteiro ☒ Casado ☐ Viúvo ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐

Morada: **RUA D AFONSO HENRIQUES 873 1º** Localidade: **RIO TINTO**

Cód. Postal: **41435-10** País: **PORTUGAL** Telefone: Telex:

Email: **cmm.couto@gmail.com** Telemóvel: **933154585**

2 MEDIAÇÃO

Cobrador:

Mediador: **MANUEL DUARTE DA SILVA MOREIRA** 8411 TC:

3 INICIO E DURAÇÃO DO CONTRATO

Início do seguro: 1.º dia do mês seguinte ao da recepção da proposta na Lusitania Termo do seguro: Por 1 ano a cont. pr. seguintes Vencimento Anual: 01-01

4 VALOR E PAGAMENTO DOS PREMIOS

Fraccionamento: Mensal (Débito em conta) ☒ Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual ☐

Cobrança por débito em conta (Presençar impresso modelo n.º 619) ☐

Premio Total: €

O prémio total indicado inclui as taxas fiscais, parafiscais e de fraccionamento. Ao primeiro recibo acresce o custo de apólice/acta e respectivas cargas fiscais.

A falta de pagamento do prémio inicial determina a resolução automática do contrato a partir da data da sua celebração. A falta de pagamento de um prémio subsequente determina, na data do respectivo vencimento, a resolução automática da apólice, ou a sua não renovação. O não pagamento de um prémio adicional resultante de uma modificação contratual determina a ineficácia da alteração ou, se tal não for possível, a resolução do contrato.

5 PLANO DE COBERTURAS

Coberturas	Saúde Pleno						Aplicável a todos os planos	
	Plano 1 <input type="checkbox"/>	Plano 1+ <input type="checkbox"/>	Plano 2 <input checked="" type="checkbox"/>	Plano 2+ <input type="checkbox"/>	Plano 3 <input type="checkbox"/>	Plano 3+ <input type="checkbox"/>	Comparticipação Rede (e)	Períodos de Carencia (b)
Internamento Hospitalar	15 000 €	30 000 €	20 000 €	40 000 €	30 000 €	60 000 €	100%	55%
Pequena Cirurgia em Ambiente Hospitalar (sublimite)	1 000 €	2 000 €	1 500 €	3 000 €	2 500 €	5 000 €		90 dias
Assistência Ambulatorial (-)			1 500 €	3 000 €	2 500 €	5 000 €	100%	55%
Tratamentos de Fisioterapia (sublimite)			500 €	500 €	500 €	500 €		90 dias
Medicamentos					150 €	300 €		60%
Estomatologia					250 €	500 €	100%	55%
Proteses/Ortoses					1 500 €	3 000 €		70%
Aíros (sublimite)					75 €	150 €		90 dias
Lentes (sublimite)					100 €	200 €		
Lentes de Contacto (sublimite)					125 €	250 €		
Parto (d)			1 500 €	3 000 €	2 500 €	5 000 €	100%	55%
Benefício Diário (50 € / dia - máximo 60 dias)	3 000 €	3 000 €	3 000 €	3 000 €	3 000 €	3 000 €	100%	100%
2.ª Opinião Médica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
Rede Bem-Estar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
Linha de Emergência	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
Assistência Domiciliar			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
Rede Global Espanha			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		

6 REDE GLOBAL ESPANHA

Opicional em todos os Planos

☐ Doenças Graves em Portugal 50 000 € 65% 85% 180 dias

(a) Valor es por anuidade e pessoa segurada (b) Indica se ainda o período alargado de 540 dias as situações previstas na cláusula 5.ª das Condições Gerais (c) Inclui 6 curas / sessões de fisioterapia por anuidade (d) Apenas válido para Titular ou Cônjuge (e) Apólice co-pagamento

Ao abrigo desta garantia a Lusitania, ou a entidade administradora da rede, fica autorizada a proceder a cobrança, através do Sistema de Débito Directo (SDD), dos valores por estes avançados relativamente a despesas médicas realizadas na Rede hna - Espanha, pelas Pessoas Seguras por este contrato.

NIB: 003506510050529660071

Assinatura Titular da Carta: *Cláudia da Silva Jorge*

O tomador do seguro será posteriormente informado do n.º, incluindo a presente autorização, bem como do código de entidade credora.

Co-pagamentos	Rede
Internamento Hospitalar	10%
Pequena Cirurgia em Ambiente Hospitalar (sublímite)	10%
Parto	250 €
Consultas em Consultório Médico	15 €
Consultas ao Domicílio	15 €
Consulta de Urgência	30 €
Visitas em Estomatologia	15 €
Tratamentos e Meios Auxiliares de Diagnóstico Amulatório e Estomatologia	15%

Franquias	Rede	Fora da Rede
Benefício Diário (anuidade)	5 dias	5 dias
Medicamentos (por medicamento/embalagem)		2,5 €

Limites Máximos	Fora da Rede
Honorários Médicos	K = 7 €
Consultas	40 €

7 PAGAMENTO DE INDEMNIZAÇÕES

Para maior comodidade e celeridade no recebimento das indemnizações, o segurado deve indicar nos 0 seu NIE para efeitos de crédito em conta

0 0 3 5 0 6 5 1 0 0 5 0 5 2 9 6 6 0 0 7 1

8 AGREGADO FAMILIAR - A inclusão de um descendente no seguro, implica a inclusão de todo o Agregado Familiar

Nº de pessoas que constituem o agregado familiar	Parentesco com o titular	Estado civil	Data de Nascimento
1 Titular Nome			
2 Nome			
3 Nome			
4 Nome			
5 Nome			
6 Nome			
7 Nome			

A exclusão da pessoa segurada titular implica a anulação da apólice e consequentemente do respectivo agregado familiar

9 QUESTIONÁRIO (preenchimento obrigatório)

O risco proposto está seguro por outro(s) Segurador(es)? Sim ☐ Não ☒ Quais? _____ Nº Apólice(s) _____

Este seguro corresponde a uma transferência? Sim ☐ Não ☒ Segurador _____ Motivo de anulação _____

Data de início _____ Data de anulação congemere _____

Relativamente ao mesmo seguro existe qualquer débito por falta de pagamento de prémios ou fracções de prémios? Sim ☐ Não ☒

10 INFORMAÇÕES COM INFLUÊNCIA NA CARACTERIZAÇÃO DO RISCO

O tomador do seguro ou o segurado obriga-se a prestar toda a informação necessária e adequada avaliação do risco, mesmo que não expressamente questionada nesta proposta sob pena de incorrer nas consequências previstas nos Arts 25º e 26º do DL 72/2008 de 16 de Abril. Tratando-se de omissão ou inexactidão dolosa, o contrato será anulado e os sinistros recusados. Em caso de omissão ou inexactidão negligentes, o contrato será aliado e os sinistros pagos na proporção da diferença entre o prémio pago e o prémio que seria devido se o facto omitido ou declarado inexactamente fosse conhecido, sem prejuízo da possibilidade do segurador poder anular o contrato quando se demonstrar que, em caso algum, o facto celebrado se tivesse conhecido o facto omitido ou inexacto.

11 OUTRAS DECLARAÇÕES

Os dados recolhidos são processados e armazenados eletronicamente e destinam-se às relações contratuais com a Lusitania, seus subcontratados e empresas com as quais tenha uma parceria comercial estabelecida. Os dados poderão ser fornecidos às autoridades judiciais ou administrativas em cumprimento de obrigação legal a cargo da Lusitania.

As omissões, inexactidões e falsidades, quer no que respeita ao fornecimento obrigatório quer facultativo, são da responsabilidade do tomador do seguro e respectivas pessoas seguras.

Os interessados podem ter acesso às informações que lhes digam respeito, solicitando a sua correção, adiamento ou eliminação mediante contacto directo ou por escrito, junto do segurador.

Autorizo a Lusitania a proceder à recolha de dados pessoais complementares junto de Organismos Públicos, empresas especializadas e outras entidades económicas tendo em vista a confirmação ou complemento dos elementos recolhidos, necessários à gestão da relação contratual. Autorizo igualmente a consulta dos dados pessoais disponibilizados, sob regime de confidencialidade, às empresas que integrem o respectivo Grupo Económico desde que compatível com a finalidade a que se destinam.

☐ Não autorizo a Lusitania a fornecer dados pessoais disponibilizados sob regime de absoluta confidencialidade, a qualquer outro tipo de empresas que não as acima mencionadas e para fins não compatíveis com a finalidade de recolha dos mesmos.

A adesão ao Seguro de Saúde obriga a que cada uma das pessoas a segurar, preencha um questionário médico (mod. 621) que ficará sujeito a aceitação dos Serviços Técnicos da Lusitania e que só produz efeitos após o primeiro dia do mês seguinte ao da recepção pelo segurador. Os candidatos com mais de 50 anos deverão ainda apresentar o mod. 622 de admissão e preenchido pelo respectivo médico assistente.

Declaro que as informações prestadas são exactas e verdadeiras e que tomei conhecimento das Condições Gerais e Especiais aplicáveis a este contrato e ter sido informado sobre as condições do seguro nomeadamente quanto ao âmbito do risco, exclusões e limitações das coberturas e recebido, em geral, todos os esclarecimentos legalmente exigíveis (Artº 18º do DL 72/2008, 16 de Abril) e constantes desta proposta e da nota informativa anexa.

Declaro também aceitar a entrega das Condições Gerais e Especiais aplicáveis ao contrato no sítio da internet indicado nas Condições Particulares

O Proprietário