keepwells

Declaração Individual de Saúde
Saúde Keepwells

DATA DE ENTRADA

Motivo: **Data Efeito:** **Data Aprovação:** **Visto**

Inclusão ☐ __ - __ - ____ __ - __ - ____ _____

Alteração ☐ __ - __ - ____ Em caso de alteração, preencher apenas o número de apólice e os campos a alterar.

Exclusão ☐ __ - __ - ____

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 CLIENTE / TOMADOR DO SEGURO

Nome

Plano N.º Apólice

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

PARTICIPANTE - Pessoa Segura 1 (PS1) - Preencher apenas se diferente do Tomador do Seguro

Nome

Título/Sigla

Morada

N.º Andar Código Postal -

Localidade País Morada

N.º Contribuinte Nacionalidade

Pais 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

2 INDICAÇÃO DE DADOS PARA MOVIMENTOS FINANCEIROS

O IBAN abaixo indicado serve para efetuar o reembolso de despesas de saúde por crédito na sua conta, conforme referido na Proposta, bem como para a cobrança de eventuais valores adiantados pelo Segurador e não garantidos ao abrigo da apólice - em caso de Extensão Territorial a Espanha e/ou Estados Unidos da América ou Angola - nos termos mencionados em baixo.

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* 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* X

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.

IMPORTANTE Quando necessário, o Questionário Clínico constante das páginas 3 e 4 deverá ser preenchido pelas Pessoas Seguras e entregue em anexo à Declaração Individual.

3 AGREGADO FAMILIAR

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

Nome

Título/Sigla N.º Contribuinte

Morada

N.º Andar Código Postal -

Localidade Nacionalidade

Data Nascimento - - Sexo M F Estado Civil B.I. / C. C.

Telefone Telemóvel Fax

E-mail

Nome a constar no Cartão

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

Nome

Título/Sigla N.º Contribuinte

Morada

N.º Andar Código Postal -

Localidade Nacionalidade

Data Nascimento - - Sexo M F Estado Civil B.I. / C. C.

Telefone Telemóvel Fax

E-mail

Nome a constar no Cartão

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

Nome

Título/Sigla N.º Contribuinte

Morada

N.º Andar Código Postal -

Localidade Nacionalidade

Data Nascimento - - Sexo M F Estado Civil B.I. / C. C.

Telefone Telemóvel Fax

E-mail

Nome a constar no Cartão

Pessoa Segura 5 (PS5) - Grau de Parentesco (em relação à Pessoa Segura 1): Descendente **N.º Cliente**

Nome

Título/Sigla **N.º Contribuinte**

Morada

N.º Andar Código Postal -

Localidade Nacionalidade

Data Nascimento - - Sexo M F Estado Civil B.I. / C. C.

Telefone Telemóvel Fax

E-mail

Nome a constar no Cartão

Nota: As comunicações que lhe enviarmos, no âmbito do novo seguro, serão feitas para o email que indicar nesta declaração.
Se já recebe a documentação por email, através do serviço Cliente Verde, o email que nos indicar agora será ainda utilizado para atualizarmos o seu registo neste serviço. Caso não pretenda esta atualização, por favor contacte a nossa Linha Clientes.

4 OBSERVAÇÕES

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.

DECLARAÇÃO

O Participante/Pessoa Segura 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 inexatidão ou omissão dolosa, o contrato será anulado e os sinistros recusados. Em caso de inexatidão 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 inexato 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 inexato.

Qualquer alteração à morada ou sede do Participante/Pessoa Segura 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.

DECLARAÇÃO DE DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES
O Tomador do Seguro declara ter sido informado de que o presente contrato de seguro de saúde, que terá como base a proposta e respetivos questionários clínicos, não cobre nenhum risco relacionado com a prestação de cuidados de saúde decorrente de qualquer doença pré-existente à data da sua celebração, nomeadamente as doenças pré-existentes declaradas no questionário do boletim de adesão e/ou informação complementar que possa ter sido facultada pela Pessoa Segura.

_____, _____/_____/_____

O CLIENTE / TOMADOR DO SEGURO

_____

O PARTICIPANTE / PESSOAS SEGURAS

PS1 _____

PS2 _____

PS3 _____

PS4 _____

PS5 _____

QUESTIONÁRIO CLÍNICO

PARTICIPANTE (PS1) _____ N.º Apólice

Responda por favor, às perguntas efetuadas para cada Pessoa Segura, assinalando com um "X" a resposta correta.

	PS1		PS2		PS3		PS4		PS5	
1. Peso?										
2. Altura?										
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
3. Já alguma vez foi hospitalizado?										
4. Já alguma vez foi submetido a alguma intervenção cirúrgica?										
5. Teve algum tratamento por alcoolismo ou consumo de drogas?										
6. Participa nalguma atividade de risco, recreativa, desportiva ou relacionada com sua ocupação?										
7. Toma regularmente algum medicamento?										
Sofre ou sofreu de:										
8. APARELHO RESPIRATÓRIO (Alergias, asma, bronquite, tuberculose ou outras)										
9. APARELHO DIGESTIVO (Gastrites, úlceras, hepatite B ou C, colite, doenças da vesícula ou outras)										
10. APARELHO URINÁRIO (Infeções, cálculos ou outras)										
11. APARELHO GENITAL FEMININO E MAMA (Miomas, quistos, nódulos, displasia ou outras)										
12. APARELHO GENITAL MASCULINO (Fimose, próstata ou outras)										
13. OSSOS E ARTICULAÇÕES (Hérnia discal, reumatismo, dor ciática, artrose, joanetes ou outras)										
14. DOENÇAS ENDÓCRINAS, METABÓLICAS OU DO SANGUE (Tiróide, bócio, obesidade, anemia, hemofilia, púrpura, linfoma, mieloma, infeção com HIV ou outras)										
15. DIABETES, HIPERTENSÃO										
16. DOENÇAS NEUROLÓGICAS OU MENTAIS (Epilepsia, depressões ou outras)										
17. DOENÇAS DA PELE (Sinais com alteração, eczema, quistos ou outras)										
18. VARIZES (Má circulação, derrames e flebites)										
19. HÉRNIAS, HEMORRÓIDAS OU FÍSTULAS										
20. CORAÇÃO E APARELHO CIRCULATÓRIO (Enfarte, angina de peito ou outras doenças do coração ou vasos sanguíneos)										
21. OLHOS (Estrabismo ou outras, exceto miopia)										
22. OUVIDOS, NARIZ E GARGANTA (Otite, sinusite, desvios do septo nasal, amigdalites frequentes e outras)										
23. DOENÇAS DO FORO ONCOLÓGICO (Cancro, tumor, quisto ou outras)										
24. POSSUI OU SOFRE DE ALGUMA DEFICIÊNCIA FÍSICA OU DOENÇA CONGÉNITA										
25. OUTRAS DOENÇAS										
26. A Pessoa Segura alguma vez tentou subscrever um seguro de vida que não tenha sido aceite pelo Segurador?										

Se respondeu SIM, em alguma situação, preencha, obrigatoriamente, os quadros abaixo

N.º Pessoa Segura	N.º da Resposta	Diagnóstico (mês/ano) / Atividade de Risco	Nome do Médico e Especialidade

Qual a doença, quais os tratamentos realizados e quais os medicamentos que toma regularmente?

N.º Pessoa Segura	N.º da Resposta	Descrição

Qual o estado atual?

N.º Pessoa Segura	N.º da Resposta	Descrição

Prevê que possa vir a necessitar de tratamentos e/ou intervenção cirúrgica?

N.º Pessoa Segura	N.º da Resposta	Descrição

O Participante/Pessoa Segura 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 inexatidão ou omissão dolosa, o contrato será anulado e os sinistros recusados. Em caso de inexatidão 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 inexato 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 inexato.

Qualquer alteração à morada ou sede do Participante/Pessoa Segura 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 PARTICIPANTE / PESSOAS SEGURAS

PS1 _____ PS2 _____ PS3 _____

PS4 _____ PS5 _____