

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"/>		
Visto			
Data Aprovação	<input type="text"/>		
N.º Apólice	<input type="text"/>		

DATA DE ENTRADA

Produto:
SASMC - Individual

Motivo:
NOVO
ALTERAÇÃO
TRANSFERÊNCIA

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
Email
N.º de Cartão Contínente

1.2 Dados Complementares

De forma a podermos melhorar o serviço ao cliente, queira por favor preencher os seguintes dados:

Contacto Preferencial: Agente Correio Email Fax Telefone Telemóvel
Período Preferencial: Semana Fim de Semana Hora 9/18 18/21
Nome de Contacto
Cliente Individual
BI/C. 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
Setor de Atividade: Operário e Similar Doméstica Não Ativo (Estudante, Reformado, Desempregado) Outra, qual? _____
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

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

Fica desde já acordado entre as partes que o Segurador apenas enviará um aviso no início de cada anuidade com a indicação dos valores a pagar.

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 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.

3 COBERTURAS, CAPITAIS E COPAGAMENTOS

COBERTURAS	<input type="checkbox"/> Keep Simples		<input type="checkbox"/> Keep Mais		<input type="checkbox"/> Keep Top		
	Capital	Copagamento (a cargo do cliente) Rede	Capital	Copagamento (a cargo do cliente) Rede	Capital	Copagamento (a cargo do cliente) Rede	
Hospitalização Parto	Acesso Rede	(a)	20 000 € Incluído Hospitalização	500 € por sinistro	50 000 € Incluído Hospitalização	500 € por sinistro	
Ambulatório	Rede AdvanceCare	Valores contratados Rede Médica	Rede AdvanceCare	Valores contratados Rede Médica	Rede AdvanceCare		
Consultas		25 €		25 €		25 €	
Consultas de Urgência ^(b)		50 €		50 €		50 €	
Fisioterapia, cinesioterapia e terapia da fala ^(c)		(a)		(a)		(a)	10 €
Análises Clínicas (por análise)		(a)		(a)		(a)	2 €
Anatomia patológica e Raio X ^(d)		(a)		(a)		(a)	7,50 €
Ecografia ^(d)		(a)		(a)		(a)	15 €
TAC ^(d)		(a)		(a)		(a)	25 €
Ressonância Magnética ^(d)		(a)		(a)		(a)	50 €
Restantes atos	(a)	(a)	(a)	10%			
Rede Medicina Dentária ^(e)	Incluído	Valores contratados Rede Médica	Incluído	Valores contratados Rede Médica	Incluído	Valores contratados Rede Médica	
Médico online e avaliador de sintomas	Incluído	Gratuito	Incluído	Gratuito	Incluído	Gratuito	
Envio Médico ao Domicílio	Incluído	Gratuito	Incluído	Gratuito	Incluído	Gratuito	

Notas:

- (a) Nos atos médicos indicados aplicam-se os valores contratados na Rede Médica.
- (b) Copagamento único por consulta independentemente do número de especialistas consultado.
- (c) Valor pago por sessão.
- (d) Valor pago por ato médico.
- (e) Com a utilização do seguro, a Pessoa Segura acumula 15% do valor pago em Cartão Continente.

4 NOTAS IMPORTANTES

ACEITAÇÃO DO CONTRATO

De acordo com o estipulado no Art. 9.º 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 do risco (a avaliação de risco é feita através de questionário online nas opções Keep Mais e Keep Top).

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, exceto em situações em que tenham existido impedimentos objetivos de o fazer no prazo estipulado.

5 OBSERVAÇÕES

6 PRÉMIO

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 5 a 6 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 www.keepwells.pt.

Serviços Externos

_____, ____/____/____
CLIENTE / TOMADOR DO SEGURO

Canal de Cobrança

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Canal de Captação

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tipo de Venda:

A1 - Articulada NB

VD - Direta NB

Prestação de Serviços

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Indexador Externo:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NOTA INFORMATIVA

SAÚDE KEEPWELLS

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.keepwells.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 prestações convencionadas ou indemnizatórias 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 noventa (90) dias.

Em relação a algumas situações específicas previstas nas Condições Gerais e Especiais da Apólice, o período de carência poderá ser alargado até 365 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 aplicáveis

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:

- Doença ou lesões consequentes de acidente pré-existente;
- Gravidez pré-existente;
- Interrupção voluntária da gravidez;
- Doenças ou malformações congénitas, exceto quando verificadas as condições previstas nas Condições Gerais;
- Consultas, exames, tratamentos e/ou cirurgias de carácter estético ou plástico, exceto quando consequência de acidente ocorrido ou doença manifestada durante a vigência do contrato;
- Consultas, exames ou tratamento de emagrecimento e rejuvenescimento, tratamentos ou cirurgias para correção de obesidade/obesidade mórbida;
- Consultas, exames e tratamento do foro da nutrição e dietética;
- Consultas, exames e/ou tratamentos de infertilidade ou qualquer método de fecundação artificial e suas consequências, nomeadamente, interrupções involuntárias da gravidez;
- Alcoolismo e tratamentos relativos à toxicodependência, bem como todas as doenças ou lesões adquiridas pela Pessoa Segura sob influência de álcool, estupefacientes ou outras drogas ou produtos tóxicos não prescritos por receita médica;
- Doenças resultantes dos efeitos de radioatividade;
- Tratamentos de Hemodiálise;
- Transplante de órgãos ou tecidos 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;
- Doenças epidémicas oficialmente declaradas;
- Acidentes de trabalho e doenças profissionais bem como lesões que devam ficar garantidos por seguro obrigatório;
- Quaisquer lesões resultantes de calamidades naturais, atos de terrorismo (incluindo efeitos de armas bacteriológicas, agentes químicos e contaminação de meio ambiente) atos de guerra, perturbações da ordem pública, intervenção em atos criminosos, rixas (exceto em caso de legítima defesa de bens ou pessoas);
- Acidentes derivados da prática de desportos perigosos (conforme descrição detalhada nas Condições Gerais), competições desportivas e respetivos treinos e desportos motorizados;
- 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 estado de saúde;

Exclusões aplicáveis (Continuação)

- Curas de repouso, exames gerais e de check-up;
- Despesas de saúde ou tratamento com finalidade meramente paliativa, convalescença, reabilitação psicomotora ou motivos sociais;
- Métodos contraceptivos ou realizados com essa finalidade, incluindo controlo de natalidade e planeamento familiar;
- Consultas e/ou tratamentos não reconhecidos oficialmente pela Ordem dos Médicos portuguesa;
- Despesas associadas a procedimentos médicos experimentais, assim como técnicas e/ou tecnologias cuja evidência de eficácia clínica ainda não se encontre devidamente comprovada;
- Serviços que não sejam clinicamente necessários;
- Aquisição ou aluguer dos artigos medicinais indicados nas Condições Gerais, Especiais e Particulares da Apólice;
- Tratamento de enfermagem prestados no domicílio ou em internamento hospitalar não contemplados nos serviços do hospital;
- Atos realizados por profissionais de saúde que sejam cônjuge, pais, filhos ou irmãos da Pessoa Segura;
- Despesas com acompanhantes, exceto no caso de internamento de menores de 14 anos;
- Despesas de natureza particular (comunicações, aluguer e equipamentos de som e/ou imagem, etc.);
- Deslocações e alojamento em Portugal e no estrangeiro, salvo se expressamente contratadas.

Para além das acima referidas, aplicar-se-ão igualmente as exclusões especificamente previstas nas Condições Especiais, para cada uma das garantias contratadas.

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.