

É OU FOI CLIENTE DA COMPANHIA DE SEGUROS AÇOREANA?

SIM NÃO

Apólice N.º

Os dados recolhidos serão processados e armazenados informaticamente e destinam-se à utilização nas relações contratuais com a Companhia e seus Subcontratados. As omissões, inexactidões e falsidades, quer no que respeita a dados de fornecimento obrigatório, quer facultativo, são da responsabilidade do cliente. Os interessados podem ter acesso à informação que lhes diga directamente respeito solicitando a sua correcção, aditamento ou eliminação, mediante contacto directo ou por escrito, junto das delegações da Companhia.

TOMADOR DE SEGURO

Titular N.º

Nome _____ (Nunca abreviar os dois primeiros e os dois últimos nomes)

Morada _____

Localidade _____ C. Postal _____ - _____ Telefone _____

Profissão/Actividade _____ Empres. N.I. N.º _____ Contribuinte _____ CAE _____

Sou tomador de seguro ou segurado de outros contratos de seguro que garantam risco ora proposto? SIM NÃO Em caso afirmativo, em que companhia? _____

Possui outros seguros na Açoreana? NÃO SIM Em caso afirmativo, Em que ramo(s)? _____

DURAÇÃO DO SEGURO, FORMA E LOCAL DE PAGAMENTO

Anual Ano e seguintes Débito em Conta bancária Banco _____ NIB _____

PLANO DE SEGURO - COBERTURAS E CAPITALS

CLASSIC

TOP

| | | |
|--|----------|----------|
| Internamento Hospitalar | 10.000 € | 30.000 € |
| Assistência Médica em Portugal | Sim | Sim |
| Assistência Médica em Portugal em Internamento | Sim | Sim |
| Assistência em Viagem no Estrangeiro | Sim | Sim |
| Assistência no Lar - Serviços Técnicos | Sim | Sim |
| Assistência a Animais Domésticos | Sim | Sim |
| Serviços de Conforto | Sim | Sim |

PESSOAS A SEGUIR

OBRIGATÓRIO PREENCHIMENTO DO(S) QUESTIONÁRIO(S) CLÍNICO(S)

Pessoa 1 - PS1

Nome _____ Data de Nascimento [A][A][A][A] - [M][M] - [D][D]

BI/Passaporte _____ Estado Civil _____ Profissão/Actividade _____ Contribuinte _____

Pessoa 2 - PS2

Nome _____ Data de Nascimento [A][A][A][A] - [M][M] - [D][D]

BI/Passaporte _____ Estado Civil _____ Profissão/Actividade _____ Contribuinte _____

Pessoa 3 - PS3

Nome _____ Data de Nascimento [A][A][A][A] - [M][M] - [D][D]

BI/Passaporte _____ Estado Civil _____ Profissão/Actividade _____ Contribuinte _____

Pessoa 4 - PS4

Nome _____ Data de Nascimento [A][A][A][A] - [M][M] - [D][D]

BI/Passaporte _____ Estado Civil _____ Profissão/Actividade _____ Contribuinte _____

Pessoa 5 - PS5

Nome _____ Data de Nascimento [A][A][A][A] - [M][M] - [D][D]

BI/Passaporte _____ Estado Civil _____ Profissão/Actividade _____ Contribuinte _____

Pessoa 6 - PS6

Nome _____ Data de Nascimento [A][A][A][A] - [M][M] - [D][D]

BI/Passaporte _____ Estado Civil _____ Profissão/Actividade _____ Contribuinte _____

Pessoa 7 - PS7

Nome _____ Data de Nascimento [A][A][A][A] - [M][M] - [D][D]

BI/Passaporte _____ Estado Civil _____ Profissão/Actividade _____ Contribuinte _____

Pessoa 8 - PS8

Nome Data de Nascimento - -
 BI/Passaporte Estado Civil Profissão/Actividade Contribuinte

Pessoa 9 - PS9

Nome Data de Nascimento - -
 BI/Passaporte Estado Civil Profissão/Actividade Contribuinte

Pessoa 10 - PS10

Nome Data de Nascimento - -
 BI/Passaporte Estado Civil Profissão/Actividade Contribuinte

É obrigatório o envio dos Boletins Individuais de Adesão e listagem de pessoas a segurar para emissão da apólice, com uma antecedência mínima de 15 dias úteis, face à data de início do contrato.

DECLARAÇÃO DO TOMADOR DO SEGURO

Declaro que me foram transmitidas nos termos legais todas as informações pré-contratuais necessárias e prestados todos os devidos esclarecimentos sobre o contrato de seguro proposto e bem assim sobre as condições gerais e especiais aplicáveis.

Mais declaro que me foram entregues as Condições Gerais e Especiais aplicáveis ao contrato, caso o segurador aceite a presente proposta, nas quais se inclui, toda a informação pré contratual anteriormente prestada.

Declaro que tomei conhecimento que estou obrigado a responder com exactidão e veracidade a todas as questões colocadas nesta proposta e a declarar todas as circunstâncias ou factos que conheça e que sejam significativos para a avaliação do risco proposto, mesmo que não tenham sido solicitados expressamente no questionário, devendo-o fazer no campo assinalado para o efeito ou em declaração anexa à presente proposta, sob pena de me serem aplicáveis as consequências previstas nas Condições Gerais da Apólice.

O contrato de seguro de grupo só se considera aceite em caso de silêncio do Segurador, decorridos 14 dias contados da recepção da proposta ou da recepção de todos os documentos ou informações adicionais/complementares, incluindo o questionário médico, solicitados pelo Segurador. Para o efeito, a proposta só se considera recebida pelo Segurador no momento em que for entregue na Sede, nos Serviços Centrais ou numa das Sucursais do Segurador, pessoalmente, por correio registado ou através de fax. **Antes de decorrido o referido prazo o seguro não está aceite.**

De acordo com o previsto na legislação em vigor, designadamente nos artigos 59º e 61º do Dec. Lei nº 72/2008 de 16 de Abril, o prémio ou fracção inicial é devido na data de celebração do contrato ou na data estabelecida nas condições particulares, ficando a eficácia do contrato dependente do pagamento efectivo do prémio ou fracção inicial.

A falta de pagamento de prémio ou fracção, de acerto, de parte de prémio de montante variável ou de prémio adicional fundado num agravamento superveniente do risco, na data indicada no aviso ou no documento contratual referido no número anterior, determina a não renovação ou a resolução automática e imediata do contrato na data em que o pagamento seja devido não produzindo quaisquer efeitos e não assumindo a COMPANHIA DE SEGUROS AÇOREANA, S.A. nenhuma responsabilidade em caso de ocorrência de sinistro.

Quando o pagamento do prémio ou fracção for efectuado por meio de cheque ou débito em conta, a cobertura dos riscos fica subordinada à boa cobrança do cheque ou à não anulação posterior do débito por ordem do tomador.

Autorizo a Companhia 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 contratual.

Autorizo igualmente a consulta dos dados pessoais disponibilizados, sobre regime de absoluta confidencialidade, às empresas que integram o Grupo, desde que compatível com a finalidade de recolha dos mesmos.

ENTREGA DA APÓLICE E COMUNICAÇÕES EM SUPORTE ELECTRÓNICO

Declaro que autorizo que a entrega da apólice de seguro (correspondente ao conjunto das Condições Gerais, Especiais e Particulares aplicáveis ao contrato) seja efectuada por meio de suporte electrónico duradouro, através do envio para o seguinte endereço electrónico: _____@_____ assim como através do acesso que me é facultado à página da Internet do Segurador com o endereço www.acoreanaseguros.pt, através da utilização como "password" do número da apólice, cuja introdução permitirá igualmente o acesso automático às Condições Gerais e Especiais aplicáveis ao contrato, as quais estarão disponíveis na referida página durante a vigência do contrato de seguro.

Mais declaro que concordo e aceito que todas as comunicações ou notificações do Segurador, ao abrigo do presente contrato de seguro, me sejam preferencialmente dirigidas para o endereço electrónico acima indicado.

A presente autorização não prejudica que, por opção do Segurador, as mesmas comunicações ou notificações possam também ser validamente efectuadas para a morada constante na presente proposta de seguro.

Data Assinatura do Tomador _____

Tomador do Seguro _____, - -

INTERVENÇÃO COMERCIAL

Mediador/Produtor Nº Esta proposta foi aprovada em: - -

Açoreana Seguros S.A. • Sede Social: Largo da Matriz, 45 / 52 • 9500-094 Ponta Delgada • Fax: 296 302 800

Serviços Centrais: Av. Duque d'Ávila, n.º 171 • 1069-031 Lisboa • Fax: 213 554 021 • Tel.: 707 201 248 • Site: www.acoreanaseguros.pt • E-mail: acoreana@acoreana.pt
Pessoa Colectiva N.º 512 004 048 • Capital Social: 107.500.000€ • Matriculada na Conservatória do Registo Comercial de Ponta Delgada

A consulta destas informações não dispensa a leitura das informações pré-contratuais/condições Gerais e Especiais da Apólice que prevalecem para todos os efeitos legais e Contratuais.

COBERTURA DE INTERNAMENTO HOSPITALAR
DESDE QUE SUPERIOR A 24 HORAS

PESSOA SEGURA: A pessoa cuja a saúde ou integridade física se segura e no interesse da qual o contrato de seguro é celebrado, designado nas condições particulares da apólice no caso de inclusão do agregado familiar também é considerada pessoa segura cada um dos seus membros. A idade limite de permanência são os 65 anos.

DOENÇA: Toda a alteração involuntária do estado de saúde, não causada por acidente e verificada por uma autoridade médica.

CAPITAL SEGURO: De acordo com o plano de seguro contratado.

FRANQUIA: Parte fixa da despesa médica a cargo da Pessoa Segura. **Classic - 1.000€; TOP - 3.000€**

ÂMBITO DA COBERTURA

Por esta Condição Especial, o presente contrato garante:

1. A comparticipação, até ao limite para o efeito fixado nas Condições Particulares, das seguintes despesas médicas suportadas pela Pessoa Segura em caso de Internamento Hospitalar:

- 1.1. Diária Hospitalar;
- 1.2. Honorários médicos e cirúrgicos (cirurgião, anestesista e ajudantes);
- 1.3. Enfermagem geral;
- 1.4. Medicamentos;
- 1.5. Exames complementares de diagnóstico, nomeadamente análises clínicas, exames bacteriológicos e radiodiagnóstico incluindo radiografias, angiografias, ecotomografias e termografias;
- 1.6. Piso de sala de operações e material utilizado;
- 1.7. Transporte de ambulância de e para a unidade hospitalar.

EXCLUSÕES

Além das exclusões mencionadas nas Condições Gerais, excluem-se desta garantia:

1. Despesas com acompanhantes, excepto em caso de Internamento de crianças com idade inferior a 12 anos;
2. Despesas de natureza particular;
3. Enfermagem privativa;
4. Próteses, óculos e outras ortóteses;
5. Tratamentos e cirurgia do foro estomatológico, excepto cirurgias efectuadas em consequência de acidente abrangido por este contrato e ocorrido durante a sua vigência;
6. Parto, cesariana e interrupção da gravidez.

PERÍODO DE CARÊNCIA

Salvo disposição expressa em contrário, esta cobertura fica sujeita a um período de carência de 90 dias, excepto em caso de acidente, em que não será aplicado qualquer período de carência. As situações de excepção aos 90 dias encontram-se identificadas na informação pré-contratual/condições gerais/condição especial 01 da cobertura de assistência médica hospitalar, no ponto 4.2.

Para efeitos de reembolso de despesas efectuadas ao abrigo desta garantia, devem ser apresentados os seguintes documentos:

1. Relatório exaustivo do médico dos actos praticados (Original devidamente assinado e identificado, forma legal de identificação da Ordem). Tem que constar obrigatoriamente a data do início da doença e que motivou o internamento.
2. Documentos originais de todas as despesas efectuadas, não sendo aceites documentos em que declaram que estão conforme os originais.

COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ÀS PESSOAS

| Garantias | Capitais/Serviços |
|--|--|
| Assistência Médica em Portugal | |
| Aconselhamento médico Envio de médico ao domicílio Envio medicamentos ao domicílio Informação sobre farmácias de serviço Envio de profissional de enfermagem ao domicílio Envio de ambulância Ajuda domiciliária Procura e envio de doméstica ao domicílio Marcação de consultas e meios complementares de diagnóstico Check - Up Aluguer de material ortopédico Acolhimento e acompanhamento de crianças Baby sitting Recolha e entrega de roupa para lavar e engomar Transmissão mensagens | Ilimitado Co-pagamento 15 €/consulta Ilimitado c/Co-pagamento 1 € Ilimitado 10 dias máximo de 300 €/ano Ilimitado 60 €/dia máximo de 900 €/ano Ilimitado Ilimitado 1 p/ano c/Co-pagamento 60 € 250 €/ano Ilimitado Ilimitado Ilimitado Ilimitado |
| Assistência Médica em Portugal em caso de Internamento Hospitalar | |
| Transporte da Pessoa Segura Acompanhamento da Pessoa Segura pelo médico assistente Acompanhamento da Pessoa Segura por um familiar ou outro acompanhante Falecimento da Pessoa Segura internada Alta (check up) Alta sob vigilância médica | Ilimitado Ilimitado Ilimitado Ilimitado Ilimitado Ilimitado |
| Assistência em Viagem no Estrangeiro | |
| Despesas médicas, cirúrgicas, farmacêuticas e de hospitalização no estrangeiro Transporte ou repatriamento sanitário em consequência de acidente ou doença súbita no estrangeiro Acompanhamento durante o transporte ou repatriamento sanitário Acompanhamento da Pessoa Segura hospitalizada Bilhete de ida e volta para um familiar e respectiva estadia Prolongamento de estadia em hotel Transporte ou repatriamento de falecidos e das Pessoas Seguras acompanhantes Coberturas adicionais Assistência ao roubo de bagagem no estrangeiro Adiantamento de fundos no estrangeiro Cancelamento e interrupção de viagem Atraso na recepção de bagagem Atraso no voo Perda de ligações aéreas Transmissão de mensagens | Até 3.500 € Ilimitado Ilimitado 75 €/dia no máximo 750 € 75 €/dia no máximo 750 € 75 €/dia no máximo 750 € Ilimitado Ilimitado Até 500 € Até 1.000 € Até 100 € 75 €/dia no máximo 750 € 75 €/dia no máximo 750 € Ilimitado |
| Assistência a Animais Domésticos | |
| Envio de Veterinário ao domicílio, incluindo vacinação Envio de transporte urgente para animais Aconselhamento médico telefónico Envio de medicamentos ao domicílio Banhos e tosquias Guarda de animais domésticos (cães e gatos) Marcação e aviso de consultas Serviço Informativo | Co-pagamento de 25 €/envio Ilimitado Ilimitado Ilimitado Ilimitado Máximo 750 €/ano Ilimitado Ilimitado |
| Assistência no Lar | |
| Informação e/ou envio de profissionais Serviços de conforto Aconselhamento jurídico em caso de roubo | Ilimitado Ilimitado Ilimitado |

Para mais informações, contacte-nos através do número de telefone **808 202 005**, marcando de seguida opção 2 e seleccionando do menu seguinte a opção 4 - Linha Saúde e Assistência. Esta linha encontra-se disponível, todos os dias úteis, das 8h30 às 18h30.

