Critical Advantage®

Proposta de Adesão

AmTrust

Dados Pessoais do Tomador do Seguro

Nome: _____ Apelido: _____

Morada: _____

Localidade: _____ Código Postal: _____

Telefone: _____ Telemóvel: _____ Fax: _____

Email: _____

BI: ☐☐☐☐☐☐☐☐ NIF: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Dados Pessoais dos Candidatos a Incluir na Apólice

	Nome	Apelido	Data de nascimento
1º			
2º			
3º			
4º			
5º			
6º			

Forma de Pagamento

☐ Junto envio cheque cruzado no valor de _____Euros à ordem de _____ (só para pagamento anual).

☐ Pago o valor anual através do cartão de crédito indicado a seguir. A minha adesão renovar-se-á automaticamente, salvo instruções minhas em contrário.

Nº: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Validar: M M / A A C.V.V. (Código de Verificação do Cartão): ☐☐☐ (últimos tres cligitos no verso do car

☐ Pago o valor anual / semestral / trimestral / mensal (riscar o que não interessa) de Euros através do Sistema de Débitos Diretos. A minha adesão renovar-se-á automaticamente salvo instruções em contrário. Se optar por débito direto, preencha por favor os dados abaixo.

Autorização de Pagamento por Débito Direto (a preencher pelo Tomador do Seguro)

Exmos. Senhores, por débito da conta com o NIB abaixo indicado, autorizo a procederem a pagamentos das importâncias que forem apresentadas pelo

Banco: _____

Balcão: _____

Nome do Titular: _____

Nº de identificação credora: ☐☐☐☐☐☐ Nº de Autorização Débito em Conta (a preencher pela Companhia): ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

NIB: ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐ Frequência de pagamento: Mensal ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual ☐

aumento 5% aumento 3% aumento 2%

Em cumprimento do Aviso 10/2005 do Banco de Portugal, informa-se que é dever do devedor, conferir, através de procedimentos electrónicos, nomeadamente no multibanco, os elementos que compõem as autorizações de débito em conta concedidas.

Cada candidato/Tomador do Seguro está obrigado a, previamente à adesão à Apólice, declarar com exatidão, por escrito à Seguradora, através do Questionário de Saúde disponibilizado por esta, todas as circunstâncias que conheça e razoavelmente deva ter por significativas para a apreciação do risco pela Seguradora. A Apólice exclui expressamente qualquer doença ou condição clínica que tenha sido diagnosticada ou para a qual a Pessoa Segura/Tomador do Seguro tenha recebido tratamento anteriormente à data de adesão ao Contrato de Seguro ou durante o Período de Carência. O tratamento dos dados pessoais por parte da Best Doctors e da Seguradora terá como finalidade a realização dos atos preparatórios à celebração do Contrato de Seguro, tais como a gestão necessária da Apólice, tendo em vista o respetivo desenvolvimento, manutenção, cumprimento e controlo, incluindo avaliar e determinar se o risco é passível de ser segurado, determinar o valor do Prémio, bem como para a tramitação do processo de Sinistro, se for caso disso. O interessado reconhece que a Seguradora se reserva o direito de aceitar ou rejeitar qualquer Proposta de Adesão ao seguro Critical Advantage - Plano Internacional de Doenças Graves. Tendo em conta a finalidade acima descrita, o candidato/Tomador do Seguro consente expressamente que os seus dados pessoais, inclusive os dados de saúde, sejam recolhidos/tratados pela Best Doctors e transmitidos à Seguradora, entidade responsável pelo tratamento, sendo por esta última processados e armazenados informaticamente, em conformidade com a correspondente Lei da Proteção de Dados Pessoais. A falta de consentimento dos termos expostos impossibilita a subscrição do Contrato de Seguro. De igual modo, o candidato/Tomador do Seguro consente expressamente que os seus dados pessoais sejam comunicados a terceiras entidades, quando estritamente necessário e com as finalidades acima descritas. O candidato/Tomador do Seguro poderá ter acesso à informação que lhe diga diretamente respeito, na posse da Seguradora, solicitando a sua correção, aditamento ou eliminação, através de declaração nesse sentido a enviar por carta, devidamente assinada, juntamente com uma cópia do seu B.I./C.C. para: BEST DOCTORS UNDERWRITING EUROPE - MEDIAÇÃO DE SEGUROS, UNIPESSOAL LDA, na Rua Tierno Galvan, Amoreiras Torre 3 – 8º andar, 1070-274 Lisboa, Portugal ou para o seguinte e-mail arco@bestdoctors.com.

Assinatura do Tomador do Seguro Local e Data , / /

AmTrust Europe Limited - Registada em Inglaterra No 202189- ISP nº 4683 - Market Square House, St James's Street, Nottingham NG1 6FG United Kingdom.

BEST DOCTORS UNDERWRITING EUROPE - MEDIAÇÃO DE SEGUROS, UNIPESSOAL LDA, integra o grupo Best Doctors Inc., e atua, para efeitos do presente Contrato, na qualidade de Agente de Seguros em representação da AmTrust Europe Limited., uma Companhia de Seguros do Reino Unido, para contratar Apólices de SEGURO DE DOENÇAS GRAVES, assim como administrar e gerir sinistros de seguro.

Best Doctors e o Logo Best Doctors são marcas registadas de Best Doctors, Inc., nos Estados Unidos e em outros países, e são usados sob licença. Best Doctors © Todos os direitos reservados 2014.

BEST DOCTORS UNDERWRITING EUROPE - MEDIAÇÃO DE SEGUROS, UNIPESSOAL LDA atuando na qualidade de Agente de Seguros em representação da Companhia de Seguros AmTrust Europe Limited