

Proposta N.º

Seguro Novo

Apólice N.º

Alteração à Apólice

É OU FOI CLIENTE DA COMPANHIA DE SEGUROS AÇOREANA?

SIM NÃO

N.º de Titular

(A preencher pela Companhia)

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 às sucursais da Companhia.

TOMADOR DE SEGURO

Nome Contribuinte N.º
Morada Localidade c. Postal
Telefone Fax E-mail

SEGURADO/PESSOA SEGURA - SÓCIO IEFP

O Segurado, no âmbito deste contrato de seguro, é o Sócio da Casa de Pessoal do IEFP cuja idade à data de adesão não exceda os 64 anos.

Serão consideradas pessoas seguras os elementos do Agregado Familiar do Sócio:

- Cônjuge ou equiparado, desde que à data de adesão ao seguro a sua idade não exceda os 64 anos;
- Filho(s) enteado(s) ou adoptado(s) que não tenha(am) completado o 24.º aniversário, que não exerçam profissão remunerada nem tenham contraído matrimónio.

A adesão ao seguro de grupo obriga ao preenchimento do Boletim Individual de Adesão e do respectivo Questionário Médico.

DURAÇÃO DO SEGURO

Ano e seguintes Início Hora

FORMA E LOCAL DE PAGAMENTO

Mensal

Uma vez que foi convencionado o pagamento do prémio em fracções iguais ou inferiores a três meses e que nas condições particulares serão indicadas as datas de vencimento das sucessivas fracções do prémio de seguro, valor a pagar e consequências do seu não pagamento, declaro de forma expressa e irrevogável que dei o meu consentimento ao Segurador para que este fique dispensada de proceder ao envio dos respectivos avisos de pagamento de cada uma das fracções.

Débito em conta bancária (Preencher e assinar autorização de transferência bancária)

Banco NIB

TIPO DE SEGURO DE GRUPO

(Obrigatório anexar cópia)

Protocolo assinado Data

Segurado/Sócio Contributivo

Agregado familiar do segurado/Sócio Contributivo

QUESTIONÁRIO-TOMADOR DE SEGURO

Sou tomador de Seguro/Pessoa Segura de outros contratos de seguro, relativos ao risco ora proposto? SIM SIM Em caso afirmativo quais:

Possui outros seguros na Açoreana? Em que ramos? SIM SIM Em caso afirmativo quais:

OBSERVAÇÕES

COBERTURAS	CAPITAL MÁXIMO ANUAL POR PESSOA SEGURA PLANO	COMPARTICIPAÇÃO DA AÇOREANA	PERÍODOS DE CARÊNCIA	OUTRAS CONDIÇÕES, FRANQUIAS E LIMITES
Assistência Médica Hospitalar - Internamento - Intervenção Cirúrgica/ Honorários Médicos	10.000 €	80%	90 dias	Limite máximo - Litotricia: 1.500,00€ - Franquia: 250€ - K máximo de 6,73€
Assistência Médica Ambulatória	1.000 €	80%	90 dias	- 37,50€, por ano e por pessoa segura - Máximo por consulta: 75,00€
Medicamentos - Com comparticipação do SNS - Sem comparticipação do SNS	250 €	80%	90 dias	- Franquia de 2,50€ por receita - Franquia de 5,00€ por receita
Estomatologia	500 €	80%	90 dias	- 45,00€, por ano e por pessoa segura
Próteses e Ortóteses - Ortóteses Oftalmológicas: • Aros • Lentes e Lentes de Contacto	500 € 200 € 75 € 150 €	80%	90 dias	-
Parto - Cesariana - Parto Normal - Interrupção da Gravidez	1.000 € 1.000 € 750 € 250 €	80%	365 dias	- K máximo de 6,73€

DECLARAÇÃO DO TOMADOR DE SEGURO

Declaro(amos) que me(nos) 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(amos) que me(nos) 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(amos) que tomei(ámos) conhecimento que estou(amos) obrigado(s) 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(nos) 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 n72/2008 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 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 por ordem do tomador.

Autorizo(amos) 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(amos) 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.

O Tomador de Seguro _____, [A][A][A][A] - [M][M] - [D][D]

OBSERVAÇÕES

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.

INTERVENÇÃO COMERCIAL

Mediador / Produtor N.º 3 | 7 | 8 | 3 | | | | Nome UNISEGUROS CORRETORES DE SEGUROS, LDA.

A PREENCHER PELOS SERVIÇOS DA COMPANHIA

Esta proposta foi: Aprovada em [A][A][A][A] - [M][M] - [D][D] Assinatura _____
Emitida em [A][A][A][A] - [M][M] - [D][D] Assinatura _____