

Proposta N.º  Sócio 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

**SEGURADO/SÓCIO (PS1)**

(Utilizar letra de imprensa e um caracter por quadrícula)

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

Morada

Localidade  C. Postal  -  Telefone  Fax

Telemóvel  E-mail

B. I. / Pass.  Data  Estado Civil  Sexo  M  F Data Nasci.

Profissão  Contribuinte  N.º Benef. ADSE/Outro

Sou Tomador de Seguro, ou Segurado/Pessoa Segura de outros contratos de seguro relativos ao risco ora proposto?  SIM  NÃO

Em caso afirmativo, quais?

PS1  PS2  PS3  PS4  PS5

NIB  Este NIB é utilizado para efeitos de reembolso de despesas ao abrigo do presente contrato.

**DATA DE INÍCIO DA ADEÇÃO**

(Sujeita à aceitação do Segurador)

Início  Hora

**QUADRO RELATIVO ÀS PESSOAS SEGURAS (AGREGADO FAMILIAR)**

(O Questionário Médico é de preenchimento obrigatório por todas as pessoas seguras)

	Nome	Parentesco	Data Nasc.	N.º Benef. ADSE/Outro	N.º Contribuinte
PS2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="DDMM/AA"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PS3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="DDMM/AA"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PS4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="DDMM/AA"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PS5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="DDMM/AA"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

As informações relativas à morada estão definidas no campo do Segurado/Sócio.

**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

**AUTORIZAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA BANCÁRIA**

Ramo  Apólice N.º

Banco  Balcão  NIB

Conta Bancária

Nome

Autorizo o Banco a proceder ao débito da minha conta acima indicada para pagamento das importâncias que lhes forem apresentadas pela Companhia de Seguros Açoreana, S. A., relativas à apólice mencionada. A insuficiência de saldo não responsabiliza o Banco pela execução dos pagamentos.

Tendo optado pelo pagamento do prémio por transferência bancária, solicito que os avisos de pagamento de todos os prémios de seguro, nomeadamente iniciais, contínuos, suplementares ou adicionais ou fracções dos mesmos, referentes a este contrato de seguro, caso o mesmo seja aceite pela seguradora, possam ser efectuadas através do seu envio para o meu endereço electrónico \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_,  -  -

(Local e data)

(Assinatura do Titular da Conta)

NOTA: O plano de coberturas do Seguro de Reembolso é igual para o Segurado/Sócio e para o agregado familiar.

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

#### DECLARAÇÃO DO SEGURADO/SÓCIO

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 o presente boletim de adesão, 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 neste boletim de adesão 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 ao presente boletim de adesão, sob pena de me serem aplicáveis as consequências previstas nas Condições Gerais da Apólice.

A adesão ao seguro de grupo só se considera aceite em caso de silêncio do Segurador, decorridos 14 dias contados da recepção do boletim de adesão ou da recepção de todos os documentos ou informações adicionais/complementares solicitados pelo Segurador. Para o efeito, o boletim só se considera recebido 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.

É obrigatório o preenchimento do questionário médico por cada pessoa a segurar \_\_\_\_\_, [D][D][M][M][A][A][A]

Sócio da Casa de Pessoal do IEFP N.º \_\_\_\_\_ O Segurado/Sócio, \_\_\_\_\_



**AÇOREANA**  
**SEGUROS**  
**GRUPO BANIF**

Sócio Nº \_\_\_\_\_  
Proposta Nº \_\_\_\_\_  
Apólice N.º \_\_\_\_\_  
(a preencher pela Companhia)

N.º de Titular \_\_\_\_\_  
(a preencher pela Companhia)

## Questionário Médico

Responda, por favor, às perguntas abaixo (o preenchimento é obrigatório para todas as pessoas seguras).

QUESTÕES	PESSOAS SEGURAS				
	PS 1 SÓCIO	PS 2 CÔNJUGE	PS 3 FILHO(A)	PS 4 FILHO(A)	PS 5 FILHO(A)
<b>A. SOFRE OU SOFREU DE DOENÇAS DO CORAÇÃO</b>	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO
1. Doenças do Músculo Cardíaco / Miocardias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Endocardites, Pericardites, Arritmias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Doenças das Coronárias: Angina de Peito ou Enfarte Agudo do Miocárdio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Doenças das Válvulas: Próteses Valvulares ou Prolapsos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B. SOFRE OU SOFREU DE DOENÇAS DO APARELHO DIGESTIVO</b>	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO
1. Doenças Crónicas do Fígado: Cirrose, Hepatite B, Hepatite C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Pancreatite, Colite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Úlceras Pépticas, Hérnias, Diverticulites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Litíases / Cálculos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>C. SOFRE OU SOFREU DE DOENÇAS DOS RINS, VIAS URINÁRIAS E GENITAIS</b>	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO
1. Insuficiência Renal ou Diálise ou Amiloidose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Útero, Ovários, Próstata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Rim Único por Nefrectomia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Tuberculose Renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Litíase Renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>D. SOFRE OU SOFREU DE DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO</b>	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO
1. Efisema Pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Asma, Insuficiência Respiratória	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Bronquite Crónica, Preuresia, Pneumotorax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Tuberculose Pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Bronquiectasias / Hemóptises	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>E. SOFRE OU SOFREU DE DOENÇAS DOS VASOS OU DO SANGUE</b>	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO
1. Hemofília	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Linfomas, Mielomas, Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Arterioesclerose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hipertensão Arterial em tratamento, Acidente Vascular Cerebral (AVC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Colesterol em tratamento, Ácido Úrico - Cota	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Insuficiência Venosa / Varizes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>F. SOFRE OU SOFREU DE DOENÇAS DOS OSSOS OU ARTICULAÇÕES</b>	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO
1. Artroses, Coxartrose ou Gonartrose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Reumatismo Articular: Artrite Úrtica, Artrite reumatóide ou outras Artrites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hérnias Discais da Coluna Vertebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>G. SOFRE OU SOFREU DE DOENÇAS NEUROLÓGICAS OU MENTAIS</b>	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO
1. Doença de Alzheimer ou Encefalopatia Espongiforme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Doença de Parkinson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Doenças do Neurónio Motor / Escleroses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Encefalites ou Meningites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Epilépsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Neuropatias Periféricas: Dor Ciática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>H. SOFRE OU SOFREU DE DOENÇAS METABÓLICAS OU ENDÓCRINAS</b>	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO
1. Diabetes, Obesidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Doenças das Suprarrenais / Doença de Cushing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Doença da Tiróideia / Bócio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>I. SOFRE OU SOFREU DE DOENÇAS IMUNOLÓGICAS OU INFECCIOSAS DA PELE</b>	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO
1. Muscoviscidose ou Miopatia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. SIDA - Síndrome de Imunodeficiência Adquirida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Lúpus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Fibrose Quística	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Psoríases ou Urticária Inespecífica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>J. SOFRE OU SOFREU DE DOENÇAS DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS</b>	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO
1. Visão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a) Glaucoma e Deslocamentos da Retina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Cataratas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Audição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a) Diminuição da Acuidade Auditiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Otites Crónicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Otoesclerose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Questionário Médico (CONTINUAÇÃO)

### QUESTÕES

Para responder às questões coloque um X na quadrícula respectiva **SIM** ou **NÃO**.  
No caso de responder SIM, indique quais na alínea respectiva colocando um X.

### PESSOAS SEGURAS

<b>PS 1</b> SÓCIO	<b>PS 2</b> CÔNJUGE	<b>PS 3</b> FILHO(A)	<b>PS 4</b> FILHO(A)	<b>PS 5</b> FILHO(A)
----------------------	------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------

#### L. CANCRO OU OUTROS TUMORES MALIGNOS

<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
---	---	---	---	---

#### M. OUTRAS DOENÇAS (Caso não constem nos grupos anteriores)

<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
---	---	---	---	---

Se respondeu SIM indique obrigatoriamente:

PS	Diagnóstico / Doença	(Mês / Ano)	Consultas	(Mês / Ano)
[ ]	Nome do Médico _____ Especialidade _____	M M   A A   A A   A	_____	M M   A A   A A   A
	Morada _____			
[ ]	Nome do Médico _____ Especialidade _____	M M   A A   A A   A	_____	M M   A A   A A   A
	Morada _____			
[ ]	Nome do Médico _____ Especialidade _____	M M   A A   A A   A	_____	M M   A A   A A   A
	Morada _____			
[ ]	Nome do Médico _____ Especialidade _____	M M   A A   A A   A	_____	M M   A A   A A   A
	Morada _____			
[ ]	Nome do Médico _____ Especialidade _____	M M   A A   A A   A	_____	M M   A A   A A   A
	Morada _____			

### N. SOBRE O PESO E ALTURA

1. Peso (em quilogramas)

[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------

2. Altura (em centímetros)

[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------

### DECLARAÇÃO DE DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES

Ambas as partes acordam de forma expressa e irrevogável que o contrato de seguro de doença, que terá como base o presente boletim de adesão, não cobre nenhum risco relacionado com a prestação de cuidados de saúde decorrentes de qualquer doença pré-existente, à data da sua celebração, nomeadamente as doenças pré-existentes declaradas no questionário do presente boletim de adesão de seguro.

PS 1 \_\_\_\_\_, [ D | D | M | M | A | A | A | A ]

PS 2 \_\_\_\_\_ PS 3 \_\_\_\_\_

PS 4 \_\_\_\_\_ PS 5 \_\_\_\_\_

### DECLARAÇÃO DA(S) PESSOA(S) SEGURA(S)

A adesão ao Seguro de Grupo só se considera aceite em caso de silêncio do Segurador, decorridos 14 dias contados da recepção do boletim de adesão ou da recepção de todos os documentos ou informações adicionais/complementares solicitadas pelo Segurador. Para o efeito, o boletim de adesão só se considera recebido 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 de entrega o seguro não está aceite.**

Autorizo(amos) expressamente os médicos e outros prestadores de cuidados de saúde que possuam elementos reportados à minha/nossa situação clínica, a que possam fornecer todos esses elementos clínicos aos serviços clínicos do Segurador, sem que tal consubstancie qualquer quebra da respectiva confidencialidade, bem assim como a prestação de todas e quaisquer informações relacionadas com os serviços médicos e de saúde que me (nos) tenham sido prestados.

Autorizo(amos) também o tratamento automatizado de todos estes elementos recolhidos, inclusive sobre o meu (ou nosso) estado de saúde e respectivos elementos do poder consultar e corrigir a todo o tempo. O Segurador poderá transmitir os dados pessoais de identificação reportados ao tomador do seguro e a cada uma das pessoas seguras bem como do respectivo contrato, a entidades subcontratadas para assegurarem especificamente o serviço de assistência.

Autorizo(amos) expressamente o Segurador a transmitir, sob regime de absoluta confidencialidade às entidades subcontratadas para efeitos de Gestão de Sinistros de contratos de seguro de doença, todos os dados e elementos recolhidos, inclusive sobre o meu (ou nosso) estado de saúde e respectivos elementos clínicos. Autorizo(amos) também, para fins específicos deste contrato, a interconexão de dados entre os ficheiros do segurador e os das entidades anteriormente referidas. Declaro(amos) que me (nos) foram transmitidos pelo Tomador de Seguro, 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.

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 autor do pagamento.

Mais declaro(amos) que me (nos) foram entregues as Condições Gerais e Especiais aplicáveis ao contrato, caso o Segurador aceite o presente boletim de adesão, nas quais se inclui, toda a informação pré-contratual anteriormente prestada. Mais fui (fomos) informado(s) que poderei(mos) solicitar directamente ao Segurador todas as informações adicionais que considere(mos) necessárias.

Declaro(amos) que tomei(amos) conhecimento que estou(amos) obrigados a responder com exatidão e veracidade a todas as questões colocadas neste boletim de adesão e a declarar todas as circunstâncias ou factos que conheça(mos) e que sejam significativos para a avaliação do risco proposto, mesmo que não tenham sido solicitados expressamente no questionário médico, devendo-o fazer no campo assinalado para o efeito ou em declaração a solicitar anexa ao presente boletim de adesão sob pena de me(nos) serem aplicáveis as consequências previstas nas Condições Gerais da Apólice.

### ASSINATURA(S) DA(S) PESSOA(S) SEGURA(S)

PS 1 \_\_\_\_\_, [ D | D | M | M | A | A | A | A ]

PS 2 \_\_\_\_\_ PS 3 \_\_\_\_\_

PS 4 \_\_\_\_\_ PS 5 \_\_\_\_\_

**Observações:** Tratando-se de agregado familiar que integre menores, a assinatura deve ser do seu representante legal.

Mediador / Produtor / Cobrador nº [ 3 7 8 3 ] Nome [ U N I S E G U R O S C O R R E T O R E S D E S E G U R O S , L D A . ]