

Sucursal 6107

NOVO ALTERAÇÕES N.º DE APÓLICE _____
 DATA APROVAÇÃO _____ VISTO _____

DATA INÍCIO

D	M	A

 Sujeito ao pagamento do prémio ou fracção inicial



A vida inspira-nos

Sócio da Casa do Pessoal do Instituto do Emprego e Formação Profissional com Acordo Comercial com o Millenniumbcp*

NOS TERMOS LEGAIS, HAVENDO ACEITAÇÃO DA PRESENTE PROPOSTA, A COBERTURA DOS RISCOS VERIFICA-SE, APENAS COM O PAGAMENTO DO PRÉMIO OU FRACÇÃO INICIAL.

Identificação do Aderente / Tomador de Seguro (a pessoa abaixo identificada é quem assina a Proposta de Adesão e se responsabiliza pelo pagamento dos prémios)

NOME _____ DATA DE NASCIMENTO

D	M	A

 MORADA _____ SEXO F M
 LOCALIDADE _____ C. POSTAL _____ E-MAIL _____
 TELEMÓVEL _____ TELEFONE CASA _____ TELEFONE EMPREGO _____
 BI N.º _____ N.º CONTRIBUINTE _____ PROFISSÃO _____ ESTADO CIVIL _____

Identificação das Pessoas Seguras

O Aderente é Pessoa Segura ? Sim Não
 Nome a inscrever no Cartão Médis _____ (máx. 25 caracteres)

Parentesco

CÔNJUGE

BI N.º _____ N.º CONTRIBUINTE _____ DATA DE NASCIMENTO

D	M	A

 Nome a inscrever no Cartão Médis _____ SEXO F M
 (máx. 25 caracteres)

FILHO

BI N.º _____ N.º CONTRIBUINTE _____ DATA DE NASCIMENTO

D	M	A

 Nome a inscrever no Cartão Médis _____ SEXO F M
 (máx. 25 caracteres)

FILHO

BI N.º _____ N.º CONTRIBUINTE _____ DATA DE NASCIMENTO

D	M	A

 Nome a inscrever no Cartão Médis _____ SEXO F M
 (máx. 25 caracteres)

Nota: Se houver mais Pessoas Seguras é favor preencher outra Proposta só com estes dados.

Opção Escolhida Opção 1 Opção 2 Opção 3 Opção 4 Opção 5

CoBERTuras e Capitais por Pessoa Segura / Ano

Opção Escolhida	Opção 1	Opção 2	Opção 3	Opção 4	Opção 5
Hospitalização	€ 25 000,00	€ 25 000,00	€ 10 000,00	€ 10 000,00	€ 10 000,00
Ambulatório (1)	-	€ 2 500,00	€ 1 000,00	€ 1 000,00	€ 1 000,00
Estomatologia (2)	-	-	€ 250,00	€ 250,00	€ 250,00
Comparticipação dentro da Rede Médis (3)	100%	100%	100%	100%	100%
Comparticipação fora da Rede Médis	30%	30%	30%	30%	30%
Aparelhos e Próteses Estomatológicas (4)	-	0	50/30	50/30	50/30
Medicamentos (5)	-	-	-	-	€ 250,00
Próteses e Ortóteses (6)	-	-	-	-	€ 250,00
Cobertura Internacional					
Navarra (7)	limitado 100% Participação				
Barcelona Centro Médico					
Deutsches Herzzentrum Berlin	€ 25 000,00				
Johns Hopkins (EUA)	80% Participação				
Outros (livre escolha) (8)	60% Participação				

(1) Franquia Anual de € 50,00 por Pessoa Segura (2) Franquia Anual de € 50,00 por Pessoa Segura (3) Após co-pagamentos (4) Participação de 50% dentro da Rede Médis e 30% fora da Rede Médis (5) Medicamentos com prescrição médica e comparticipados pelo SNS - € 2,5 por prescrição, participação 80% (6) Sub-limites: aros - € 75,00; lentes - € 75,00; lentes de contacto - € 150,00, participação 80% (7) A Médis comparticipa integralmente todas as despesas de saúde previamente autorizadas, e, em caso de internamento, garante ainda à Pessoa Segura e Acompanhante o financiamento das despesas de alojamento e de deslocação relativas a viagens de avião (classe económica), de comboio ou de automóvel (inclui apenas despesas de gasolina, portagens e estadia de uma noite na ida e outra no regresso). (8) Franquia de € 1.500,00 por agregado familiar por ano. Capital comum ao aplicável às unidades hospitalares referidas acima.

Pagamento do Prémio

PERIODICIDADE ANUAL SEMESTRAL TRIMESTRAL MENSAL

* A preencher apenas por sócios da Casa do Pessoal do Instituto de Emprego e Formação Profissional no âmbito do Acordo Comercial com o Millenniumbcp, devendo anexar comprovativo (fotocópia do cartão de sócio).

“A ACEITAÇÃO DO SEGURO, RELATIVAMENTE A CADA PESSOA SEGURA, FICA DEPENDENTE DA ANÁLISE DOS RESPECTIVOS QUESTIONÁRIOS INDIVIDUAIS DE SAÚDE QUE SERÃO ENVIADOS APÓS A RECEPÇÃO DA PROPOSTA DE SEGURO/ADESÃO COM A IDENTIFICAÇÃO DAS PESSOAS A SEGURAR.”

Autorização de Débito em Conta

TITULAR DA CONTA _____ BANCO _____
 MORADA _____ BALCÃO _____
 LOCALIDADE _____ C. POSTAL _____ LOCALIDADE _____

Ao Banco _____
 por débito, em sistema de débitos directos, na minha conta com o NIB n.º _____
 queiram proceder ao pagamento do prémio à Ocidental – Companhia Portuguesa de Seguros, SA, relativo ao(s) seguro(s) contratado(s) através da respectiva Proposta.

(Local e data)

(Titular da Conta)

Sub-Limites (Cobertura Ambulatório)

Fisioterapia € 500,00

Consultas Psiquiatria

6 individuais, 12 em grupo

Co-Pagamentos e Períodos de Carência**CO-PAGAMENTOS****OPÇÃO 1**

Hospitalização € 200,00

OPÇÕES 2, 3, 4, e 5

Hospitalização € 200,00

Consultas de Cuidados Primários (4) € 12,50

Consultas de Especialidade € 15,00

Urgências € 37,50

Domicílios € 25,00

Análises (por análise) € 1,50

Anatomia Patológica € 5,00

Raio X € 5,00

Ecografias € 10,00

Medicina Nuclear € 12,50

TAC € 25,00

Ressonância Magnética € 62,50

Estomatologia (por acto médico) € 15,00

Outros Meios Complementares de Diagnóstico 10%

Cirurgias e Outros Actos Médicos em Ambulatório 10%

PERÍODOS DE CARÊNCIA

60 dias, para qualquer despesa médica (ambulatório), incluindo Estomatologia

90 dias, para hospitalização

ESTÃO SUJEITOS A UM PERÍODO DE CARÊNCIA DE 12 MESES

- Esclerose e/ou tratamento cirúrgico de Varizes
- Tratamento cirúrgico de Hérnia Discal
- Hemorroidectomia e outros tratamentos às hemorroidas
- Artroscopia
- Septoplastia

ESTÃO SUJEITOS A UM PERÍODO DE CARÊNCIA DE 18 MESES

- Amigdalectomia, Adenoidectomia, Mirringotomias com ou sem aplicação de tubos de ventilação
- Rinoseptoplastia
- Excisão cirúrgica de lesões benignas da pele
- Tratamentos com laser e lesões benignas da pele
- Tratamento Cirúrgico da Apneia do Sono

(4) Consultas de Cuidados Primários: Medicina Geral e Familiar (antiga Clínica Geral), Medicina Interna, Pediatria, Ginecologia / Obstetria, Oftalmologia e Medicina Dentária/Estomatologia.

Outras Condições

- A aceitação do Seguro, relativamente a cada Pessoa Segura, fica dependente da análise dos respectivos Questionários Individuais de Saúde, considerando-se o seguro aceite se, no prazo máximo de 15 dias a contar da data de recepção da Proposta e respectivo Questionário Individual de Saúde pelos Serviços da Subscrição Médica, a Seguradora não notificar a Pessoa Segura da recusa ou da necessidade de obtenção de elementos adicionais.
- A aceitação por parte da Seguradora, depende da análise do Questionário Individual de Saúde e da identificação do risco, podendo resultar agravamento no prémio devido ao índice de massa corporal ou porventura exclusão particular de determinadas condições de saúde.
- A data do início de adesão ao contrato de Seguro é sempre o dia 1 ou 15 do mês seguinte ao da recepção da Proposta e do Questionário Individual de Saúde na Seguradora, consoante tal recepção tenha lugar respectivamente até ao dia 15 ou depois do dia 15 de um dado mês.
- Os Seguros de Saúde integram prazos de diferimento da entrada em vigor das garantias, denominados como períodos de carência, bem como exclusões de riscos na sua contratação vertida nas respectivas Condições Contratuais, os quais impedem o accionamento das garantias relativamente a certas e determinadas condições de saúde, nomeadamente e a título meramente explicativo, aquelas que já se tenham manifestado anteriormente à data da subscrição. A subscrição da presente Proposta de Adesão não dispensa a leitura das Condições Gerais do seguro aplicáveis.
- As prestações garantidas constantes desta Proposta referem-se exclusivamente a cada ano de vigência do contrato.
- Este contrato pode ser denunciado pelo Tomador de Seguro mediante pré-aviso de 30 dias face à data de vencimento. A adesão ao presente contrato poderá ser denunciada pelo Aderente, tratando-se de um seguro de Grupo Contributivo, mediante pré-aviso de 30 dias face à data do vencimento.
- A Seguradora só poderá cessar o contrato ou não renovar a cobertura de qualquer Pessoa Segura na data do vencimento ou com fundamento previsto na lei, permanecendo obrigada às prestações garantidas pelo período de um ano e até se esgotar o capital anualmente seguro, relativamente a doenças manifestadas ou acidentes ocorridos durante o período de vigência da Apólice, desde que cobertos pelo contrato, e declarados até 8 dias após o termo.

Nota: O presente texto não dispensa a leitura das Condições Contratuais a que o mesmo se reporta.**Declaração, Data e Assinaturas**

Para efeitos de celebração do(s) presente(s) contrato(s) de seguro, declaro que:

1. São exactas e completas as declarações por mim prestadas e que tomei conhecimento de todas as informações necessárias à celebração do presente contrato, tendo-me sido entregues as respectivas Condições Gerais e Especiais, para delas se tomar integral conhecimento e prestados todos os esclarecimentos sobre as mesmas condições, nomeadamente sobre garantias e exclusões com as quais estou de acordo.
 2. Autorizo a cedência dos dados pessoais disponibilizados, sob o regime de absoluta confidencialidade, às empresas que integram o Millennium Bcp, à Ocidental – Companhia Portuguesa de Seguros de Vida, SA e à Ocidental – Companhia Portuguesa de Seguros, SA, desde que compatível com a finalidade de recolha dos mesmos.
 3. Autorizo a Seguradora a proceder à recolha de dados pessoais complementares junto de organismos públicos, empresas especializadas e outras unidades económicas, tendo em vista a confirmação ou complemento dos elementos recolhidos necessários à gestão da relação comercial.
 4. Autorizo a Seguradora a efectuar, se assim o entender, o registo magnético das chamadas telefónicas que forem realizadas, no âmbito da relação contratual ora proposta, quer na fase de formação do contrato, quer durante a vigência do mesmo, e bem assim a proceder à sua utilização para quaisquer fins lícitos, nomeadamente, para execução dos serviços contratados, para melhoramento e controlo dos mesmos e como meio de prova.
 5. O risco proposto não se encontra, total ou parcialmente abrangido por contrato de seguro em vigor para a data de início mencionada, nem existe prémio, fracção de prémio ou outra quantia de dívida.
 6. Autorizo os médicos e outros prestadores de cuidados de saúde a que recorra, no âmbito deste contrato, a fornecer aos serviços clínicos da Seguradora, sem quebra da respectiva confidencialidade, quaisquer informações relacionadas com os serviços prestados e abrangidos pelo segredo profissional, bem como o tratamento automatizado desses dados e do constantes do Questionário Individual de Saúde, com a finalidade exclusiva de estatística, análise e tarificação de riscos, sem prejuízo de os poder consultar e corrigir a todo o tempo.
- Os dados recolhidos serão processados e armazenados informaticamente destinam-se à utilização nas relações contratuais com a Companhia e os seus subcontratados. As omissões, inexactidões e falsidades, quer no que respeita a dados de fornecimento obrigatório, quer facultativo são da responsabilidade do Cliente.
 - De acordo com o previsto no DL 142/2000 de 15 de Julho, os dados agora recolhidos, referentes ao seguro Plano Protecção Vida poderão ser comunicados à Associação Portuguesa de Seguradores para constituição da Base de Dados «Prémios Não Pagos», sempre que sem fundada justificação, os Proponentes/Pessoas Seguras não satisfizerem as suas obrigações de pagamento relativamente aos contratos de seguro que celebrarem.
 - 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 com a Seguradora.

_____/_____/_____

(O Aderente)