

Identificação do Credor

Creditor identification

Nome do Credor /
Creditor name

SEGURADORAS UNIDAS, S.A.

Identificação do Credor /
Creditor identifier

PT18100002

Nome de rua e número /
Street name and number

AV. DA LIBERDADE, 242

Código Postal / Postal code

1250 - 149

Cidade / City

LISBOA

País / Country

PORTUGAL

Tipos de pagamento

Type of payments

Pagamento recorrente / Recurrent payment ☒**Local onde está a assinar**

Location in which you are signing

Localidade / Location

Data / Date

Assinar aqui por favor:

Please sign here

Assinatura(s) / Signature(s)*

Os seus direitos, referentes à autorização acima referida, são explicados em declaração que pode obter no seu Banco.
Your rights regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.**3****AGREGADO FAMILIAR****Pessoa Segura 2 (PS2) - Grau de Parentesco (em relação à Pessoa Segura 1): Cônjuge ou Equiparado N.º Cliente**Transferência de seguro de saúde? Não ☐ Sim ☐ Qual a data de início desse seguro? - - Indique o valor do capital de Hospitalização coberto por esse seguro: . . . €Nome Título/Sigla N.º Contribuinte Morada N.º Andar Código Postal - Localidade Nacionalidade Data Nascimento - - Sexo M ☐ F ☐ Estado Civil B.I. / C. C. Data preferencial de contacto (resposta ao questionário clínico): . . (dia útil)Horário: 9h-12h ☐ 12h-14h ☐ 14h-16h ☐ 16h-18h ☐ 18h-20h ☐Contacto preferencial: Telefone ☐ Telemóvel ☐Telefone Telemóvel Fax E-mail Nome a constar no Cartão **Pessoa Segura 3 (PS3) - Grau de Parentesco (em relação à Pessoa Segura 1): Descendente**

N.º Cliente

Transferência de seguro de saúde? Não ☐ Sim ☐ Qual a data de início desse seguro? - - Indique o valor do capital de Hospitalização coberto por esse seguro: . . . €Nome Título/Sigla N.º Contribuinte Morada N.º Andar Código Postal - Localidade Nacionalidade Data Nascimento - - Sexo M ☐ F ☐ Estado Civil B.I. / C. C. Data preferencial de contacto (resposta ao questionário clínico): - - (dia útil)Horário: 9h-12h ☐ 12h-14h ☐ 14h-16h ☐ 16h-18h ☐ 18h-20h ☐Contacto preferencial: Telefone ☐ Telemóvel ☐Telefone Telemóvel Fax E-mail Nome a constar no Cartão **Pessoa Segura 4 (PS4) - Grau de Parentesco (em relação à Pessoa Segura 1): Descendente**

N.º Cliente

Transferência de seguro de saúde? Não ☐ Sim ☐ Qual a data de início desse seguro? - - Indique o valor do capital de Hospitalização coberto por esse seguro: . . . €Nome Título/Sigla N.º Contribuinte Morada

QUESTIONÁRIO CLÍNICO

PARTICIPANTE (PS1) _____ N.º Apólice _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Responda por favor, às perguntas efetuadas para cada Pessoa Segura, assinalando com um "X" a resposta correta.

	PS1	PS2	PS3	PS4	PS5
1. Peso?					
2. Altura?					
3. Já alguma vez foi hospitalizado?	☐	☐	☐	☐	☐
4. Já alguma vez foi submetido a alguma intervenção cirúrgica?	☐	☐	☐	☐	☐
5. Teve algum tratamento por alcoolismo ou consumo de drogas?	☐	☐	☐	☐	☐
6. Participa nalguma atividade de risco, recreativa, desportiva ou relacionada com sua ocupação?	☐	☐	☐	☐	☐
7. Toma regularmente algum medicamento?	☐	☐	☐	☐	☐
8. APARELHO RESPIRATÓRIO (Alergias, asma, bronquite, tuberculose ou outras)	☐	☐	☐	☐	☐
9. APARELHO DIGESTIVO (Gastrites, úlceras, hepatite B ou C, colite, doenças da vesícula ou outras)	☐	☐	☐	☐	☐
10. APARELHO URINÁRIO (Infecções, cálculos ou outras)	☐	☐	☐	☐	☐
11. APARELHO GENITAL FEMININO E MAMA (Miomas, quistos, nódulos, displasia ou outras)	☐	☐	☐	☐	☐
12. APARELHO GENITAL MASCULINO (Fimose, próstata ou outras)	☐	☐	☐	☐	☐
13. OSSOS E ARTICULAÇÕES (Hérnia discal, reumatismo, dor ciática, artrose, joanetes ou outras)	☐	☐	☐	☐	☐
14. DOENÇAS ENDÓCRINAS, METABÓLICAS OU DO SANGUE (Tiróide, bócio, obesidade, anemia, hemofilia, púrpura, linfoma, mieloma, infeção com HIV ou outras)	☐	☐	☐	☐	☐
15. DIABETES, HIPERTENSÃO	☐	☐	☐	☐	☐
16. DOENÇAS NEUROLÓGICAS OU MENTAIS (Epilepsia, depressões ou outras)	☐	☐	☐	☐	☐
17. DOENÇAS DA PELE (Sinais com alteração, eczema, quistos ou outras)	☐	☐	☐	☐	☐
18. VARIZES (Má circulação, derrames e flebites)	☐	☐	☐	☐	☐
19. HÉRNIAS, HEMORRÓIDAS OU FÍSTULAS	☐	☐	☐	☐	☐
20. CORAÇÃO E APARELHO CIRCULATORIO (Enfarte, angina de peito ou outras doenças do coração ou vasos sanguíneos)	☐	☐	☐	☐	☐
21. OLHOS (Estrabismo ou outras, exceto miopia)	☐	☐	☐	☐	☐
22. OUVIDOS, NARIZ E GARGANTA (Oíte, sinusite, desvios do septo nasal, amigdalites frequentes e outras)	☐	☐	☐	☐	☐
23. DOENÇAS DO FORO ONCOLÓGICO (Cancro, tumor, quisto ou outras)	☐	☐	☐	☐	☐
24. POSSUI OU SOFRE DE ALGUMA DEFICIÊNCIA FÍSICA OU DOENÇA CONGÉNITA	☐	☐	☐	☐	☐
25. OUTRAS DOENÇAS	☐	☐	☐	☐	☐
26. A Pessoa Segura alguma vez tentou subscrever um seguro de vida que não tenha sido aceite pelo Segurador?	☐	☐	☐	☐	☐

N.º Mediador	Cód. Prot.	VC	D. Com
EC	N.º Cotação		
Visto			
Data Aprovação			
N.º Apólice			

DATA DE ENTRADA

Motivo:NOVO ☐ALTERAÇÃO ☐TRANSFERÊNCIA ☐

Em caso de alteração, preencher apenas o número de apólice e os campos a alterar.

Produto:

SATRQ - Individual

☒**Nota:** As zonas a tracejado são para preenchimento do Segurador. - Preencha os espaços em letra de imprensa. - Assinale com cruz "X" os casos aplicáveis.**1****TOMADOR DO SEGURO**

Se já é Cliente, indique por favor um dos seguintes elementos

N.º Cliente N.º Apólice Matrícula
N.º Contribuinte **1.1 Dados Obrigatórios**

Nome Título/Sigla

Morada N.º Andar Código Postal -

Localidade País Morada

N.º Contribuinte Nacionalidade

País Naturalidade Dupla Nacionalidade: Não ☐ Sim ☐ País

Cliente Individual Data Nascimento - - Sexo: M ☐ F ☐

Profissão Código Estatístico

Cliente Coletivo CAE Descrição

Formas de representação da empresa: Sede Social ☐ Sucursal ☐ Outro ☐ País da Sede Social

Existem sócios com uma participação >= 25% no capital ou direito de voto? Não ☐ Sim ☐ (indique no mod. 5500-321 Minuta de Sócios)

N.º Empregados: 1 a 4 ☐ 5 a 9 ☐ 10 a 19 ☐ 20 a 49 ☐ 50 a 199 ☐ + de 200 ☐

Telefone Telemóvel Fax

E-mail

1.2 Dados Complementares**De forma a podermos melhorar o serviço ao cliente, queira por favor preencher os seguintes dados:**

Contacto Preferencial: Agente ☐ Correio ☐ E-mail ☐ Fax ☐ Telefone ☐ Telemóvel ☐

Período Preferencial: Semana ☐ Fim de Semana ☐ Hora 9/18 ☐ 18/21 ☐

Nome de Contacto

Cliente Individual

BI/C.Cidadão

Carta de condução N.º Tipo Carta Valid. Carta - -

Estado Civil: Solteiro ☐ União de Facto ☐ Casado ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Viúvo ☐ N.º Filhos:

Situação Profissional: Quadro superior ☐ Técnico/Profissional de Nível Médio ☐ Técnico Especializado ☐ Administrativo ☐ Pessoal de Serviços/Vendedor ☐

Setor de Atividade: Operário e Similar ☐ Doméstica ☐ Não Ativo (Estudante, Reformado, Desempregado) ☐ Outra, qual?

Agricultura/Pescas ☐ Transportes/Comunicações e Energia ☐ Administração Pública ☐ Banca/Seguros ☐ Hotelaria e Restauração ☐

Construção ☐ Educação, Saúde e Ação Social ☐ Indústria ☐ Comércio ☐ Outros Serviços ☐

Outro, qual?

Habilitações Literárias: Ensino Básico (até 9.º ano) ☐ Ensino Secundário (até 12.º ano) ☐ Bacharelato/Licenciatura ☐ Pós-Graduação/Mestrado/Doutoramento ☐

Cliente Coletivo

Forma Jurídica: Emp. Nome Individual ☐ Soc. Unipessoal ☐ Soc. por Quotas ☐ Soc. Anónima ☐ Outra, qual?

Ano de Início de Atividade

2.1 Início do Seguro

Data - -
 Hora

2.2 Duração do Seguro

Um Ano e Seguintes ☒Data de Vencimento - -

2.3 Periodicidade de Pagamento *

Anual ☐ Semestral ☐ Trimestral ☐ Mensal ☐

* Quando a periodicidade de pagamento escolhida for a MENSAL, fica desde já acordado que não haverá lugar ao envio prévio dos avisos para pagamento dos prémios, sendo as datas em que são devidas cada uma das frações e respetivos valores indicados nas Condições Particulares da Apólice.

2.4 Modalidade de Pagamento

Autorização de Débito Direto SEPA ☒
SEPA Direct Debit Mandate

Referência da autorização (ADD) a completar pelo Credor.
 Mandate reference – to be completed by the creditor.

Ao subscrever esta autorização, está a autorizar o CREDOR a enviar instruções ao seu BANCO para debitar a sua conta e, simultaneamente, a autorizar o seu BANCO a debitar a sua conta, de acordo com as instruções do CREDOR.
 Os seus direitos incluem a possibilidade de exigir do seu BANCO o reembolso do montante debitado, nos termos e condições acordados com o seu BANCO. O reembolso deve ser solicitado até um prazo de oito semanas, a contar da data do débito na sua conta. Preencha por favor todos os campos assinalados com *.

By signing this mandate form, you authorise the CREDITOR to send instructions to your BANK to debit your account and authorise your BANK as well to debit your account in accordance with the instructions from CREDITOR.
 As part of your rights, you are entitled to a refund from your BANK under the terms and conditions of your agreement with your BANK. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited. Please complete all the fields marked *.

Identificação do Devedor
 Debtor identification

Nome do(s) Devedor(es) /
 Name of the debtor(s)*

Nome de rua e número /
 Street name and number*

Código Postal / Postal code* - Cidade / City*

País / Country*

Número de conta - IBAN /
 Account number - IBAN*

BIC SWIFT /
 SWIFT BIC

Identificação do Credor
 Creditor identification

Nome do Credor /
 Creditor name **SEGURADORAS UNIDAS, S.A.**

Identificação do Credor /
 Creditor identifier **PT18100002**

Nome de rua e número /
 Street name and number **AV. DA LIBERDADE, 242**

Código Postal / Postal code **1250 - 149** Cidade / City **LISBOA**

País / Country **PORTUGAL**

Tipos de pagamento
 Type of payments

Pagamento recorrente / Recurrent payment ☒

Local onde está a assinar
 Location in which you are signing

Localidade / Location Data / Date - -

Assinar aqui por favor:
 Please sign here

Assinatura(s) / Signature(s)*

Os seus direitos, referentes à autorização acima referida, são explicados em declaração que pode obter no seu Banco.
 Your rights regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.

2.5 Contactos para resposta a questionário clínico

Data preferencial de contacto: - -

Contacto preferencial: Telefone ☐ Telemóvel ☐

Horário: 9h-12h ☐ 12h-14h ☐ 14h-16h ☐ 16h-18h ☐ 18h-20h ☐

4

ACEITAÇÃO DO CONTRATO

De acordo com o estipulado no Art. 9.º das Condições Gerais, a aceção da presente Proposta pelo Segurador não pressupõe a aceitação automática deste Contrato de Seguro, podendo o Segurador ainda solicitar informações clínicas, relatórios ou questionários médicos complementares para efeitos de avaliação do risco (preencher o modelo S500-220 – Declaração Individual de Saúde e preencher ou responder através de entrevista telefónica ao Questionário Clínico).

PRAZO PARA APRESENTAÇÃO DAS DESPESAS

As despesas de saúde realizadas no âmbito de prestações indemnizatórias deverão ser apresentadas a pagamento no prazo máximo de 180 dias, exceto em situações em que tenham existido impedimentos objetivos de o fazer no prazo estipulado.

5

6

Valor a Pagar na Primeira Anuidade

								€
--	--	--	--	--	--	--	--	---

O valor indicado poderá sofrer um ligeiro ajuste em relação ao valor a constar no aviso de cobrança.

CONSEQUÊNCIA DE FALTA DE PAGAMENTO DO VALOR A PAGAR

Acordados entre as partes os termos e condições em que o contrato vigorará, a produção de efeitos do mesmo e respectivas coberturas ficará sempre dependente do efetivo pagamento do prêmio ou fração inicial por parte do Tomador do Seguro.

O não pagamento do prêmio determinará, em relação ao prêmio ou fração inicial, a resolução automática do contrato a contar da respectiva data de celebração, em relação aos restantes prêmios, a resolução automática do contrato na data em que o mesmo era devido ou a não renovação do contrato.

DECLARAÇÃO

O Cliente/Tomador do Seguro garante a exatidão e completude das declarações prestadas na presente Proposta sob pena de incorrer nas consequências previstas nos artigos 25.º e 26.º do Regime Jurídico do Contrato de Seguro (DL n.º 72/2008 de 16 de abril). Nesta conformidade, caso se trate de uma inexistência ou omissão dolosa, o contrato será anulado e os sinistros recusados. Em caso de inexistência ou omissão negligente, o contrato será alterado e os sinistros garantidos na proporção da diferença entre o prémio pago e o prémio que seria devido se o facto inexistente ou omitido fosse conhecido, sem prejuízo da possibilidade do Segurador poder anular o contrato caso se comprove que em caso algum o teria celebrado se tivesse conhecido o facto omitido ou inexistente.

Qualquer alteração à morada ou sede do Tomador do Seguro acima indicada deverá ser comunicada, por carta registada com aviso de receção, ao Segurador no prazo de 30 dias a contar da data em que se verifica, sob pena das comunicações ou notificações que o Segurador venha a efetuar para a morada desatualizada serem consideradas válidas e eficazes.

O Cliente/Tomador do Seguro declara terem-lhe sido prestadas todas as informações relevantes para a subscrição do presente Contrato, nomeadamente as suas principais características, âmbito das garantias e exclusões e demais esclarecimentos exigíveis nos termos previstos no artigo 18.º do DL n.º 72/2008, de 16 de abril, bem como ter recebido a "Nota Informativa" (Página 5 a 6 da Presente Proposta) com um resumo das Condições Gerais e Especiais aplicáveis ao contrato.

Declaro ainda terem-lhe sido explicadas e colocadas à disposição, no ato da celebração do contrato, as Condições Gerais aplicáveis à Apólice de Seguro, que, para sua maior comodidade, se encontram disponíveis, a todo o tempo, para consulta ou impressão em tranquilidade.pt.

Canal de Cobrança		Canal de Captação		Prestação de Serviços		Serviços Externos _____, ____/____/____ CLIENTE / TOMADOR DO SEGURO	
		Tipo de Venda: A1 - Articulada NB VD - Direta NB		Indexador Externo:			

Seguradoras Unidas, S. A.
SEDE Av. da Liberdade, 242
1250-149 LISBOA

Capital Social 182 000 000 € (realizado 84 000 000 €)

☎ Linha Clientes:
707 240 707 / 211 520 310
Apoio Comercial 8h30/20h - dias úteis
Assistência 24h - 7 dias/semana
clientes@tranquilidade.pt
clientes@acoreana.pt

NOTA INFORMATIVA**ADVANCECARE SAÚDE**

A presente Nota Informativa não substitui a leitura das Condições Gerais e Especiais aplicáveis ao presente Contrato, constituindo apenas um resumo das mesmas.

Para sua maior comodidade, o Segurador disponibiliza ainda, a todo o tempo, no seu sítio da internet em www.tranquilidade.pt, as Condições Gerais aplicáveis ao seu contrato para consulta ou impressão.

Âmbito do risco

De acordo com as coberturas subscritas pelo Tomador do Seguro, o presente Contrato garante, até ao limite dos capitais seguros indicados na proposta, o pagamento de prestações convencionadas ou indemnizatórias em consequência de doenças ou acidentes sofridos pela(s) Pessoa(s) Segura(s) durante a vigência do contrato.

Períodos de carência aplicáveis

Salvo disposição em contrário nas Condições Particulares, a entrada em vigor das garantias, em relação a cada uma das Pessoas Seguras, só se verificará, em caso de doença, após o decurso de um período de carência de noventa (90) dias.

Em relação a algumas situações específicas previstas nas Condições Gerais e Especiais da Apólice, o período de carência poderá ser alargado até 365 dias.

Em relação à Condição Especial de "Doenças Graves", quando subscrita, será sempre aplicado, em relação às despesas aí garantidas, um período de carência de 6 meses (180 dias).

Não haverá lugar à aplicação de qualquer período de carência em caso de acidente que requeira tratamento de urgência em hospital. Considera-se tratamento de urgência aquele que deva ser efetuado no prazo máximo de 48 horas após o sinistro.

Exclusões aplicáveis

Ao presente Contrato são aplicáveis as exclusões constantes nas Condições Gerais, Especiais e Particulares da Apólice que deverão, para seu conhecimento, ser consultadas e das quais se destacam:

- Doença ou lesões consequentes de acidente pré-existente;
- Gravidez pré-existente;
- Interrupção voluntária da gravidez;
- Doenças ou malformações congénitas, exceto quando verificadas as condições previstas nas Condições Gerais;
- Consultas, exames, tratamentos e/ou cirurgias de carácter estético ou plástico, exceto quando consequência de acidente ocorrido ou doença manifestada durante a vigência do contrato;
- Consultas, exames ou tratamento de emagrecimento e rejuvenescimento, tratamentos ou cirurgias para correção de obesidade/obesidade mórbida;
- Consultas, exames e tratamento do foro da nutrição e dietética;
- Consultas, exames e/ou tratamentos de infertilidade ou qualquer método de fecundação artificial e suas consequências, nomeadamente, interrupções involuntárias da gravidez;
- Alcoolismo e tratamentos relativos à toxicodependência, bem como todas as doenças ou lesões adquiridas pela Pessoa Segura sob influência de álcool, estupefacientes ou outras drogas ou produtos tóxicos não prescritos por receita médica;
- Doenças resultantes dos efeitos de radioatividade;
- Tratamentos de Hemodiálise;
- Transplante de órgãos ou tecidos e suas implicações;
- S.I.D.A. e suas implicações;
- Tratamento às varizes;
- Internamento/tratamento refrativo à miopia, astigmatismo e hipermetropia (cirúrgico ou laser);
- Cirurgias para correção da roncopia;
- Doenças epidémicas oficialmente declaradas;
- Acidentes de trabalho e doenças profissionais bem como lesões que devam ficar garantidos por seguro obrigatório;
- Quaisquer lesões resultantes de calamidades naturais, atos de terrorismo (incluindo efeitos de armas bacteriológicas, agentes químicos e contaminação de meio ambiente) atos de guerra, perturbações da ordem pública, intervenção em atos criminosos, rixas (exceto em caso de legítima defesa de bens ou pessoas);
- Acidentes derivados da prática de desportos perigosos (conforme descrição detalhada nas Condições Gerais), competições desportivas e respetivos treinos e desportos motorizados;
- Os acidentes inerentes à utilização de veículos motorizados, quando as despesas deles resultantes recaiam no âmbito da responsabilidade civil automóvel;
- Atos médicos praticados em consequência de doença ou acidente que tenha sido intencionalmente provocado pela Pessoa Segura, incluindo tentativa de suicídio ou o agravamento do estado de saúde;