

N.º Mediador Cód. Prot. D. Com %

EC N.º Cotação -

Visto

Data Aprovação - -

N.º Apólice

Produto:
SAUPG - Upgrade

Associada N.º

Plano Pretendido:

Plano UG1
Plano UG2
Plano UG3

Motivo:

NOVO
ALTERAÇÃO *

DATA DE ENTRADA

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

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 Data 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
Operário e Similar Doméstica Não Ativo (Estudante, Reformado, Desempregado) Outra, qual?

Sector de Atividade: 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

DADOS DA APÓLICE

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

* Se a periodicidade de pagamento escolhida for semestral ou trimestral, o prémio sofre um agravamento de 2%.

2.4 Modalidade de Pagamento

Sugerimos a escolha da modalidade DÉBITO DIRETO para que possa assegurar o pagamento atempado do prémio/fração. Adicionalmente, se for subscrito o Plano 3 e se o Tomador do Seguro for também Pessoa Segura, o IBAN abaixo indicado será igualmente utilizado para proceder à cobrança de eventuais valores adiantados pelo Segurador e não garantidos ao abrigo da apólice ou caso o capital tenha sido excedido ou o ato médico praticado esteja fora do âmbito da apólice.

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) / Nome de rua e número / Código Postal / Postal code* - Cidade / City* País / Country* Número de conta - IBAN / BIC SWIFT /

Identificação do Credor

Creditor identification

Nome do Credor / Identificação do Credor / Nome de rua e número / Código Postal / Postal code - 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.

Em alternativa, enviaremos o aviso de cobrança para a morada por si indicada (apenas possível para os planos 1 e 2):

Envio para a morada Morada da Cobrança (Preencher se diferente da morada do Tomador) N.º Andar Código Postal -

2.5 Questões Obrigatórias

O risco que pretende garantir está ou esteve seguro em qualquer outro Segurador? Sim Não Existem débitos por falta de pagamento dos prémios? Sim Não

PESSOAS SEGURAS - Preencher apenas se diferente do Tomador do Seguro

Se a Pessoa Segura 1 já é Cliente, indique por favor um dos seguintes elementos

N.º Cliente N.º Apólice Matrícula

N.º Contribuinte

Pessoa Segura 1 - Preencher com dados individuais quando o Tomador do Seguro é entidade coletiva

Nome

Título/Sigla Nacionalidade

Morada

N.º Andar Código Postal -

Localidade N.º Contribuinte

Data Nascimento - - Sexo M F Estado Civil B.I. / C.C.

Profissão

Telefone Telemóvel Fax

E-mail

Nome a constar no cartão

3.1 Indicação de Dados para Movimentos Financeiros

O IBAN abaixo indicado serve para efetuar o reembolso de despesas de saúde por crédito na sua conta, bem como para a cobrança de eventuais valores adiantados pelo Segurador e não garantidos ao abrigo da apólice - apenas se escolher o Plano 3 - nos termos abaixo mencionados.

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.

Ap 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**

3.1 Indicação de Dados para Movimentos Financeiros (Continuação)

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.

Pessoa Segura 2 (PS2) - Grau de Parentesco (em relação à Pessoa Segura 1): Cônjuge ou Equiparado N.º Cliente

Nome
 Título/Sigla Nacionalidade

Morada
 N.º Andar Código Postal -

Localidade N.º Contribuinte

Data Nascimento - - Sexo M F Estado Civil B.I. / C.C.

Profissão

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

Nome
 Título/Sigla Nacionalidade

Morada
 N.º Andar Código Postal -

Localidade N.º Contribuinte

Data Nascimento - - Sexo M F Estado Civil B.I. / C.C.

Profissão

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

Nome
 Título/Sigla Nacionalidade

Morada
 N.º Andar Código Postal -

Localidade N.º Contribuinte

Data Nascimento - - Sexo M F Estado Civil B.I. / C.C.

Profissão

Telefone Telemóvel Fax

E-mail

Nome a constar no cartão

4

COBERTURAS, CAPITAIS E COMPARTICIPAÇÕES

COBERTURAS/LIMITES DE INDEMNIZAÇÃO ANUAIS	OPÇÕES		
	PLANO UG1	PLANO UG2	PLANO UG3
Hospitalização			
Associado	- (1)	1.500 € (2)	1.500 € (2)
Agregado	50.000 €	50.000 €	50.000 €
Parto	-	-	2.500 €
Ambulatório	5.000 €	5.000 €	5.000 €
Estomatologia	-	400 €	400 €
Próteses e ortóteses	-	-	1.500 €
- Ortóteses oculares (com os seguintes sublimites):	-	-	250 €
• Aros oculares	-	-	100 €
• Lentes oculares	-	-	100 €
• Lentes de contacto	-	-	150 €
Medicamentos	400 €	400 €	400 €
Cobertura internacional	-	-	✓
Rede médica em Espanha	-	-	✓
Segunda opinião médica	-	✓	✓
Assistência médica ao domicílio	✓	✓	✓

(1) Relativamente ao Plano UG1, o associado não contrata qualquer cobertura de Hospitalização para si, sendo-lhe aplicável a franquia de 1.500 € prevista na Apólice de grupo da APEMIP.

(2) O capital de 1.500 € indicado na cobertura de Hospitalização para o Plano UG2 ou UG3, corresponde à compra da franquia prevista na cobertura da Apólice de grupo da APEMIP. O plafond máximo aplicável a ambas as Apólices nunca poderá ultrapassar os 50.000 €.

COMPARTICIPAÇÕES A CARGO DO SEGURADOR	PLANO UG1		PLANO UG2		PLANO UG3	
	Rede	Reembolso	Rede	Reembolso	Rede	Reembolso
Hospitalização	80%	80%	80%	80%	80%	80%
Rede internacional	-	-	-	-	80%	-
Assistência ambulatoria						
Consultas (3)	100%	60%	100%	60%	100%	60%
Outras despesas	80%	60%	80%	60%	80%	60%
Rede médica em Espanha						
Consultas	-	-	-	-	100%	-
Outras despesas	-	-	-	-	80%	-
Estomatologia						
Consultas	-	-	100%	60%	100%	60%
Outras despesas	-	-	90%	60%	90%	60%
Próteses e ortóteses	-	-	-	-	-	80%
Medicamentos	-	80%	-	80%	-	80%

(3) A comparticipação máxima a cargo do Segurador por cada consulta fora de rede é de 35 €.

5

COPAGAMENTOS A CARGO DA PESSOA SEGURA

Por consulta (rede)	18 €
Por consulta de urgência (rede)	35 €
Por consulta ao domicílio (rede)	15 €
Por visita (Estomatologia) (rede)	20 €

6

FRANQUIAS

Ambulatório (anual) (rede e/ou fora de rede)	50 €
Estomatologia (anual) (rede e/ou fora de rede)	50 €
Medicamentos (por receita) (fora da rede)	3 €

7

OBSERVAÇÕES

8

PRÉMIO

**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 respetivas coberturas ficará sempre dependente do efetivo pagamento do prémio ou fração inicial por parte do Tomador do Seguro.

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

DECLARAÇÃO DE DADOS PESSOAIS

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 inexactidão ou omissão dolosa, o contrato será anulado e os sinistros recusados. Em caso de inexactidão 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 inexacto 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 inexacto.

O Cliente/Tomador do Seguro expressamente consente que os dados pessoais facultados ao Segurador sejam objeto de tratamento pelo mesmo, mediante a respetiva integração numa base de dados, e que sejam por aquele comunicados, em regime de absoluta confidencialidade, aos prestadores de serviços por si contratados, a sociedades por si dominadas, a mediadores de seguros a si vinculados e ao NOVO BANCO, S.A., e sociedades por este dominadas, com o fim de adequar o fornecimento e publicidade dos produtos comercializados a cada pessoa.

O Cliente/Tomador do Seguro autoriza o Segurador a proceder à recolha de dados pessoais complementares junto de Organismos Públicos, empresas especializadas e outras entidades económicas, tendo em vista a confirmação ou o complemento dos elementos recolhidos necessários à gestão da relação contratual. Os dados recolhidos neste documento e no decurso da relação contratual poderão ainda ser fornecidos às autoridades judiciais ou administrativas, desde que em cumprimento de obrigação legal.

O Cliente/Tomador do Seguro poderá ter acesso à informação que lhe diga diretamente respeito, solicitando a sua correção, aditamento ou eliminação, mediante contacto direto ou por escrito, junto das nossas Lojas.

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" (Páginas 7 e 8 da Presente Proposta) com um resumo das Condições Gerais e Especiais aplicáveis ao contrato.

Declara ainda terem-lhe sido explicadas e colocadas à disposição, no ato da celebração do contrato, as Condições Gerais aplicáveis à Apólice de Seguro, as quais também lhe serão entregues, em qualquer data, numa das nossas Lojas. O Cliente/Tomador do Seguro toma ainda conhecimento que, para sua maior comodidade, as mesmas se encontram ainda disponíveis, a todo o tempo, para consulta ou impressão no sítio da internet em www.tranquilidade.pt.

Canal de Cobrança

Canal de Captação

Prestação de Serviços

Serviços Externos

 _____, _____ / _____ / _____
 CLIENTE / TOMADOR DO SEGURO

Seguradoras Unidas, S. A.

 SEDE Av. da Liberdade, 242
 1250-149 LISBOA

 Capital Social 182 000 000 € (realizado 84 000 000 €)
 N.º único de Matricula CRC Lisboa NIPC 500 940 231

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 APEMIP**

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. Também poderá consultá-las no sítio da internet da Associação dos Profissionais e Empresas de Mediação Imobiliária de Portugal em www.apemip.pt.

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 da Apólice, o período de carência poderá ser alargado para 365, 540 ou 730 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

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, acidente ou gravidez pré-existente;
- Doenças ou malformações congénitas;
- Consultas, exames, tratamentos e/ou cirurgias de carácter estético ou plástico, de emagrecimento e do foro nutricionista;
- Curas de repouso, exames de rotina e check-up;
- Consultas e/ou tratamentos de infertilidade ou qualquer método de fecundação artificial e suas consequências e ainda quaisquer despesas com métodos contraceptivos, métodos de controlo de natalidade e planeamento familiar;
- Alcoolismo e tratamentos relativos à toxicod dependência, bem como todas as doenças ou lesões adquiridas pela Pessoa Segura sob influência de álcool, estupefacientes ou outras drogas;
- Doenças resultantes dos efeitos de radioatividade;
- Hemodiálise;
- Transplante de órgãos e suas implicações;
- S.I.D.A. e suas implicações;
- Tratamento às varizes;
- Intervenção cirúrgica às amígdalas e aos adenoides em crianças menores de quatro (4) anos;
- Internamento/tratamento refrativo à miopia, astigmatismo e hipermetropia (cirúrgico ou laser);
- Cirurgias para correção da roncopatia ou apneia do sono;
- Cirurgias a hérnias de qualquer natureza;
- Doenças epidémicas oficialmente declaradas;
- Acidentes de trabalho e doenças profissionais;
- Acidentes derivados da prática de desportos motorizados ou perigosos a título amador e ainda a prática de qualquer tipo de desporto a título profissional;
- Quaisquer lesões resultantes de calamidades naturais, atos de terrorismo, atos de guerra e intervenção em atos criminosos;
- 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;
- Tratamentos não reconhecidos oficialmente pela Ordem dos Médicos portuguesa;
- Serviços que não sejam clinicamente necessários;
- Aquisição ou aluguer dos artigos medicinais indicados nas Condições Gerais, Especiais e Particulares da Apólice;
- Despesas de natureza particular e enfermagem privativa;
- Consultas e tratamentos de apoio e orientação psicológica;
- Próteses estomatológicas.

Renovação e denúncia do contrato

Quando o contrato for celebrado por um ano a continuar pelos seguintes, considera-se sucessivamente renovado por períodos anuais, salvo se, previamente à data de vencimento, qualquer das partes manifestar a vontade de lhe por fim mediante comunicação escrita, com trinta (30) dias de antecedência em relação à data de efeito.

Livre resolução

Quando o contrato for celebrado por uma duração igual ou superior a seis (6) meses, o Tomador do Seguro, sendo pessoa singular, dispõe de um prazo de trinta (30) dias a contar da receção da Apólice para poder resolver o contrato sem invocar justa causa, mediante envio de comunicação escrita ao Segurador, em suporte de papel ou outro meio duradouro disponível e acessível ao Segurador.

A livre resolução do contrato tem efeito retroativo, tendo porém o Segurador direito ao:

- a) Valor do Prémio relativo ao período de tempo já decorrido, na medida em que tenha suportado o risco;
- b) Montante das despesas razoáveis que o Segurador tenha efetuado com exames médicos sempre que esses valores sejam imputados contratualmente ao Tomador do Seguro.

Regime de transmissão de contrato

A transmissão da posição contratual do Tomador do Seguro, nos casos em que seja possível, depende sempre do consentimento do Segurador.

Modo de efetuar reclamações

O Segurador dispõe de uma unidade orgânica responsável pela gestão de reclamações à qual poderão ser dirigidas quaisquer questões relacionadas com o presente Contrato.

Em caso de divergência com o Segurador, o Tomador do Seguro e/ou Pessoa Segura podem também apresentar reclamação no Livro de Reclamações, bem como solicitar a intervenção da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões, sem prejuízo ainda da possibilidade do recurso à arbitragem ou aos tribunais, de acordo com as disposições legais em vigor.

Autoridade de supervisão

Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões.

Lei aplicável

O Contrato rege-se pela Lei portuguesa.

Seguradoras Unidas, S. A.

SEDE Av. da Liberdade, 242
1250-149 LISBOA

Capital Social 182 000 000 € (realizado 84 000 000 €)
N.º único de Matricula CRC Lisboa NIPC 500 940 231

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