



médís

Proposta de Seguro Médís Dental

Seguro Novo

☐

Apólice N.º:

Data de Início*:

Alteração

☐

Mediação ME:

Proposta:

OCIDENTAL
SEGUROS

Nome do Mediador: _____

*O contrato terá início no dia 1 ou no dia 15 do mês seguinte ao da aceitação do risco pelo Segurador

Tomador do Seguro (A Pessoa abaixo identificada é quem assina a Proposta de seguro e se responsabiliza pelo pagamento do prémio)

Nome: _____

Morada: _____

Código Postal: _____ Localidade: _____ E-mail: _____

Estado civil: _____ Profissão: _____

Data de nascimento:

Sexo:

☐ F ☐ M

B.I./C. Cidadão:

N.º Contribuinte:

Telemóvel:

Telefone (Emprego):

Telefone (Casa):

Identificação das Pessoas Seguras (Se houver mais Pessoas Seguras é favor preencher outra Proposta só com estes dados)

O Tomador é Pessoa Segura? ☐ Sim ☐ Não

Nome a inscrever no Cartão Médís Dental (máx. 25 carateres)

Titular (Não precisa de preencher se assinalou "Sim" em como o Tomador é Pessoa Segura):

Data de Nascimento: / / Sexo: ☐ M ☐ F B.I. / Cartão de Cidadão: N.º Contribuinte:

Nome a inscrever no Cartão Médís Dental (máx. 25 carateres)

Cônjuge:

Data de Nascimento: / / Sexo: ☐ M ☐ F B.I. / Cartão de Cidadão: N.º Contribuinte:

Nome a inscrever no Cartão Médís Dental (máx. 25 carateres)

Filho:

Data de Nascimento: / / Sexo: ☐ M ☐ F B.I. / Cartão de Cidadão: N.º Contribuinte:

Nome a inscrever no Cartão Médís Dental (máx. 25 carateres)

Filho:

Data de Nascimento: / / Sexo: ☐ M ☐ F B.I. / Cartão de Cidadão: N.º Contribuinte:

Nome a inscrever no Cartão Médís Dental (máx. 25 carateres)

Coberturas e Limites por Pessoa Segura / Ano

| Coberturas | Limites | Copagamentos |
|---|-----------------------|---------------------|
| Dental | | |
| Rede Médís Dental | | |
| Consultas | Ilimitado | |
| Exodontia de Dente Decíduo | Ilimitado | |
| Destartarização Bimaxilar | 2 por anuidade | |
| Aplicação Tópica de Fluoretos | 2 por anuidade | |
| Compósitos para Selagem de Fissuras (por quadrante) | 1 de 2 em 2 anos | |
| Controle Aparelho Fixo | 3 por ano | |
| Primeira Sessão de Endodontia | 1 por anuidade | |
| Ortopantomografia | 1 por anuidade | |
| Restauração | 2 por anuidade | |
| Pack de Estudo de Ortodontia | 1 por anuidade | |
| Pack de Estudo de Implantologia | 1 por anuidade | |
| Comparticipações | Dentro da Rede | Fora da Rede |
| Dental | 100% | 0% |

Proposta de Seguro Médico Dental

Descrição dos atos

Exodontia de Dente Decíduo - Extração de dente de leite: sem limites:

Destartarização Bimaxilar - Limpeza dentária: de acordo com a boa prática clínica é financiada uma unidade de 6 em 6 meses;

Aplicação Tópica de Fluoretos - Aplicação de flúor para prevenção de cáries: de acordo com a boa prática clínica é financiada uma unidade de 6 em 6 meses:

Compósitos para Selagem de Fissuras - Aplicação de resina fluida na superfície de mastigação dos dentes para prevenção da cárie: é financiada, até aos 18 anos, uma unidade de 2 em 2 anos;

Controle de Aparelho Fixo - Durante 2 anos são financiados 6 controles de aparelho fixo (máximo de 3 controles por ano). O financiamento inicia-se quando é feito o 1º controle desse aparelho na Rede Médis Dental:

Primeira Sessão de Endodontia - Desvitalização, que consiste na remoção completa da polpa e nervo dentário: o Segurador paga a primeira sessão de desvitalização, sujeito ao limite máximo de 1 por anuidade;

Ortopantomografia - Raio-x que permite ter uma visão geral dos maxilares e dos dentes: o Segurador paga uma ortopantomografia por anuidade;

Restaurações - Tratamento de dentes danificados, repondo a sua forma e função: o Segurador paga duas restaurações por anuidade;

Pack de Estudo de Ortodontia - Estudo efetuado antes do Cliente colocar o aparelho dentário. Este estudo inclui consulta de medicina dentária, modelos de estudo ortodônticos, análise cefalométrica, telerradiografia e estudo fotográfico;

Pack de Estudo de Implantologia - Estudo efetuado antes do Cliente colocar um implante dentário. Este estudo inclui consulta de medicina dentária, estudo de reabilitação com implantes e modelos de estudo:

Relativamente aos packs de estudo de Ortodontia e Implantologia, o Cliente paga ao Prestador o valor acordado, sendo-lhe posteriormente atribuída a comparticipação em caso de colocação de aparelho ou implante dentário.

Outras Condições

- Sem idade limite de adesão
- Sem pré-existências
- Sem períodos de carência
- Sem necessidade de pré-autorizações
- Sem preenchimento de questionário médico

Pagamento, duração e periodicidade de pagamento do prémio

Pagamento:

Por Débito em Conta (Preencher Autorização de Débito em Conta) ☐

Duração: Ano e seguintes **Periodicidade de Pagamento do Prémio** Anual ☐ Semestral ☐ Trimestral ☐ Mensal ☐

Ao 1º recibo de prémio, acresce o custo de apólice e respetivos encargos legais, no total de € 5,38

Autorização de Débito Direto / Crédito Sepa

Titular da Conta:

Autorizo o Banco a proceder ao pagamento à Ocidental – Companhia Portuguesa de Seguros, S.A., do prémio relativo ao Seguro contratado através da presente Proposta e na periodicidade acordada.

Número da conta:

[illegible]

Tipo de pagamento: Pagamento recorrente ☐ Pagamento pontual ☐

Ao subscrever esta autorização, está a autorizar (i) a Ocidental – Companhia Portuguesa de Seguros, S.A. a enviar instruções ao seu Banco para debitar a sua conta e (ii) o seu Banco a debitar a sua conta, de acordo com as instruções da Ocidental – Companhia Portuguesa de Seguros, S.A. Os seus direitos, referentes à autorização acima referida, são explicados em declaração que pode obter no seu Banco e 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. Alertamos, no entanto, para o facto de que a satisfação do pedido de reembolso por parte do seu Banco não extingue a obrigação de pagamento do prémio em causa, nem as eventuais responsabilidades decorrentes do consequente incumprimento do contrato de Seguro. Na situação de pagamento de quaisquer valores decorrentes do presente contrato de seguro, deverá ser feito o crédito na mesma conta, salvo instruções expressas em contrário.

No caso de subscrição em contas conjuntas ou mistas, é necessário o acordo expresso dos titulares aos termos da subscrição, devendo a presente instrução de pagamento ser assinada de acordo com as condições de movimentação da conta de depósito à ordem.

Local e data: _____, _____ de _____ de _____

Assinatura dos Titulares da Conta:

(Conforme Ficha de Assinaturas, ou Documento de Identificação, e de acordo com as condições de movimentação da conta de depósito à ordem)

Proposta de Seguro

Médís Dental

Declarações, data e assinaturas

Para efeitos de celebração do presente contrato de seguro declaro que:

1. São exatas e completas as declarações prestadas, e que tomei conhecimento de todas as informações necessárias à celebração do presente contrato, tendo-me sido prestados todos os esclarecimentos sobre as condições contratuais, nomeadamente sobre garantias e exclusões aplicáveis, com as quais concordo.
2. Autorizo o tratamento pelo Segurador dos dados pessoais fornecidos, bem como da informação recolhida junto de outras entidades, com vista à gestão da relação contratual, sem prejuízo de os poder consultar, retificar ou suprimir mediante comunicação escrita dirigida ao Segurador, o qual é o responsável pelo seu tratamento.
3. Autorizo os médicos e outros prestadores de cuidados de saúde a que recorra no âmbito do contrato de seguro, a fornecer aos serviços clínicos do Segurador e a deles receber quaisquer informações relacionadas com os serviços prestados e abrangidos pelo segredo profissional, bem como o seu tratamento.
4. Autorizo o Segurador a proceder à recolha de dados pessoais relativos ao meu estado de saúde junto de médicos ou outros profissionais de saúde e de organismos públicos ou privados tais como hospitais, clínicas, consultórios, centros de saúde, institutos de medicina legal, mesmo depois do meu falecimento, tendo em vista a confirmação ou complemento da informação prestada aquando ou após a subscrição do presente seguro, com as finalidades de avaliação do risco de subscrição ou adesão ao seguro ou de gestão da relação contratual subsequente, designadamente para efeito de determinação da origem, causa e evolução de eventual doença e compreendo a essencialidade desta autorização para a celebração e funcionamento do presente contrato de seguro.
5. Autorizo a gravação das chamadas telefónicas realizadas no âmbito do contrato de seguro, para efeitos de gestão da relação contratual.
6. Autorizo ainda que a informação respeitante ao extrato de benefícios, contendo informação relativa ao prestador, data da realização do ato médico e valor das despesas realizadas, seja prestada ao Tomador do Seguro.
7. Sem prejuízo dos deveres e limites previstos nas leis de proteção de dados e concorrência, pode o Segurador facultar o acesso ou transmitir tais informações ou dados a pessoas, singulares ou coletivas, de direito público ou privado, que subcontrate para efeitos de colaboração na realização e estudos estatísticos, de inquéritos de mercado ou na viabilização da execução dos contratos, nestes se incluindo a Associação Portuguesa de Seguradores (bem como a resseguradores ou entidades que enquadrem ou realizem, licitamente, ações de cooperação, de compilação de dados, de prevenção e combate à fraude, ou estudos estatísticos ou técnico-atuariais).
8. Nos seguros celebrados por prazo igual ou superior a seis meses, o Tomador do Seguro que seja pessoa singular tem o direito à resolução do contrato, sem necessidade de invocar justa causa, nos 30 dias imediatos à data da receção da apólice.
9. O previsto no número anterior não se aplica aos seguros de grupo.

Tomei ainda conhecimento de que:

10. Nos termos legais, havendo aceitação da presente proposta, a cobertura dos riscos verifica-se, apenas, com o pagamento do prémio ou fração devidos.
11. As prestações garantidas constantes desta Proposta referem-se exclusivamente a cada ano de vigência do contrato.
12. As Reclamações do Tomador do Seguro/Pessoa Segura ou outras partes interessadas podem ser apresentadas aos serviços do Segurador, no Livro de Reclamações, Provedor do Cliente, Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões www.asf.com.pt, Comissão do Mercado de Valores Mobiliários ou ainda, em caso de litígio, as partes podem ainda recorrer à Entidade de Resolução Alternativa de Litígios: CIMPAS – Centro de Informação, Mediação, Provedoria e Arbitragem de Seguros.

Tomador do Seguro

O Mediador / Corretor

Pessoa Segura

Pessoa Segura

Pessoa Segura

Pessoa Segura

Local e data: _____, _____ de _____ de _____

www.medis.pt

Segurador: Ocidental - Companhia Portuguesa de Seguros, S.A. Sede: Av. Dr. Mário Soares (Tagus Park), Edifício 10, Piso 1, 2744-002 Porto Salvo. Pessoa coletiva n.º 501836918 e matriculada sob esse número na Conservatória do Registo Comercial de Lisboa, com o capital social de € 12.500.000,00.

Médís: marca exclusiva e registada dos produtos geridos pela Médís – Companhia Portuguesa de Seguros de Saúde, SA, segurador, ressegurador e gestor do sistema integrado de prestação de cuidados de saúde subjacente aos seguros titulados por Apólices por si emitidas ou por outros seguradores sob sua autorização. Entidade legalmente autorizada para o exercício da atividade seguradora nos Ramos Não Vida.