

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

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 5 (PS5) - 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

4

OBSERVAÇÕES

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 que tenham existido impedimentos objetivos de o fazer no prazo estipulado.

DECLARAÇÃO DE DADOS PESSOAIS

O Participante/Pessoa Segura 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 Participante/Pessoa Segura 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 Participante/Pessoa Segura 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 Participante/Pessoa Segura 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 Participante/Pessoa Segura 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 PARTICIPANTE / PESSOAS SEGURAS

_____, ____/____/____
O CLIENTE / TOMADOR DO SEGURO

PS1 _____
PS2 _____
PS3 _____
PS4 _____
PS5 _____