



- Seguro Novo (SN)
 Alteração (AL) ¹
 Inclusão (IN)
 Mudança de Plano (MP)

 N° Apólice
Preenchimento Interno

 Agência/Agente N°

 FM

 IB

 Conta Cobrança N°
¹ Preencha apenas os dados que pretende alterar.

TOMADOR DO SEGURO

Por favor preencha na totalidade os campos abaixo. Utilize letra de imprensa, um carater por quadrícula. Não abrevie o apelido, nem os três primeiros nomes.

Nome
 Nome abrev. para cartão
 Sexo F M Data Nascimento NIF N° BI / CC
 Morada
 Cód. Postal - Localidade
 Telefone Telemóvel Estado Civil
 Email ¹
 Profissão
 IBAN
 BIC SWIFT A indicação do IBAN e do BIC SWIFT é imprescindível para crédito das comparticipações de Despesas Médicas por parte do Segurador.

- Pretendo receber o Extrato de Benefícios no email indicado e não por correio postal. Quando receber a sua password de acesso à Área reservada a Clientes no site Multicare, aceda e verifique a documentação disponibilizada.

¹ Escreva em letras maiúsculas, por favor.

DADOS DA APÓLICE

Início do Seguro Periodicidade de pagamento Anual Semestral Trimestral Mensal Pagamento Mensal e Trimestral só disponível por Débito Direto (sujeito à fração mínima). Caso opte por débito direto, terá um desconto de 1% no seu prémio de seguro.
 Débito Direto Cobrança Postal ou Multibanco Agente

Se optou por Débito Direto, preencha por favor, a Autorização de Débito Direto SEPA, que se encontra no final desta proposta.
PESSOAS SEGURAS

Utilize letra de imprensa, não abrevie o apelido, nem os três primeiros nomes.

 O Tomador é uma Pessoa Segura? S N O Tomador de Seguro pratica desporto? S N

PESSOA SEGURA 1 Preencher os dados da Pessoa Segura 1, se diferente do Tomador do Seguro

Nome
 Nome abrev. para cartão Data Nasc.
 NIF Sexo F M Pratica desporto? S N
 Email ¹
 Telefone Telemóvel Profissão

¹ Escreva em letras maiúsculas, por favor.

PESSOA SEGURA 2

 GRAU DE PARENTESCO COM A PESSOA SEGURA 1

Nome
 Nome abrev. para cartão Data Nasc.
 N° Contrib. Sexo F M Pratica desporto? S N
 Email ¹
 Telefone Telemóvel Profissão

¹ Escreva em letras maiúsculas, por favor.

PESSOA SEGURA 3

 GRAU DE PARENTESCO COM A PESSOA SEGURA 1

Nome
 Nome abrev. para cartão Data Nasc.
 N° Contrib. Sexo F M Pratica desporto? S N
 Email ¹
 Telefone Telemóvel Profissão

¹ Escreva em letras maiúsculas, por favor.

PLANO MULTICARE A CONTRATAR

Assinale um dos planos apresentados ou construa o seu próprio plano personalizado.

Coberturas	Planos Fechados			Planos Personalizados		
	Activo(*)	Extra	Total	Opção A	Opção B	Opção C
Internamento Hospitalar	50 000 €	50 000 €	250 000 €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirurgia de Ambulatório em Ambiente Hospitalar (o) (1)	—	2 500 €	10 000 €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parto Normal, Cesariana e Interrup. Involuntária da Gravidez (o) (1)	—	✓	✓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ambulatório (o)	●	2 500 €	10 000 €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicina Física e de Reabilitação / Terapia da Fala	●	250 €	1 000 €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estomatologia (o)	●	250 €	1 000 €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Próteses e Ortóteses (o)	—	—	2 500 €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ortóteses Oftalmológicas	—	—	500 €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapêuticas Não Convencionais (o)	—	—	500 €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicamentos (o)	—	—	1 000 €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doenças Graves Best Doctors (o) (2)	—	—	1 000 000 €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Segunda Opinião Best Doctors	✓	✓	✓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ask Best Doctors	✓	✓	✓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Extensão ao Estrangeiro	✓	✓	✓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicina Preventiva (3)	✓	✓	✓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proteção ao Pagamento de Prémios de Seguro (4)	✓	✓	✓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Só válida se subscrita a opção imediatamente anterior

(o) Coberturas opcionais para Plano Personalizado ✓ Cobertura Incluída — Cobertura Não Incluída ● Acesso à rede
 (*) Caso seja praticante de desporto usufrui de um desconto de 12% sobre o Prémio Comercial do Plano Activo, mediante apresentação do respetivo comprovativo.
 (1) Apenas válido quando subscrita a cobertura de Ambulatório. Capital incluído em Internamento Hospitalar.
 (2) Sub limites: Despesas com Viagem de Avião: 3.000 €; Despesas com Estadia: 4.000 € - máxima por diária em hotel de 200 €; Repatriamento: 10.000 €.
 (3) Oferta, após o decurso do período de carência, de check-up a realizar, de 2 em 2 anos, para a avaliação do estado geral de saúde das Pessoas Seguras com idade igual ou superior a 16 anos. Para as Pessoas Seguras com 5 e 10 anos de idade, o check-up consiste num rastreio oftalmológico e auditivo.
 (4) Garante o pagamento do prémio da apólice ao Segurador, por um período máximo de 6 meses, em caso de desemprego involuntário, internamento hospitalar, morte e invalidez absoluta e definitiva.

OUTROS SEGUROS Utilize letra de imprensa, um carater por quadrícula.

O risco proposto está abrangido por outro(s) Contrato(s) de Seguro? S N Qual o Segurador

Se sim, qual a data de início e data de fim da apólice? De a

DADOS PESSOAIS E DECLARAÇÕES

DADOS PESSOAIS
 Os dados pessoais constantes neste documento serão processados e armazenados informaticamente pelo Segurador e destinam-se ao seu uso exclusivo, no âmbito das relações pré-contratuais ou decorrentes do contrato celebrado com o seu Cliente, incluindo as suas renovações. Os dados serão conservados de forma a permitir a identificação dos titulares até que tenham cessado definitivamente essas relações.

O titular terá livre acesso aos seus dados pessoais, com uma periodicidade não inferior a um ano a contar da recolha ou primeiro acesso, desde que o solicite por escrito, podendo proceder à sua retificação.

Os dados recolhidos em virtude da celebração, execução ou cessação do contrato poderão ser fornecidos às autoridades judiciais ou administrativas, desde que em cumprimento de obrigação legal a cargo do Segurador, e bem assim, sem prejuízo dos deveres e limites previstos em matéria de proteção de dados pessoais e de concorrência, e sempre sujeito ao dever de sigilo, aos prestadores de serviços do Segurador, designadamente os seus resseguradores e peritos, e ainda às entidades, nomeadamente de tipo associativo, como seja a Associação Portuguesa de Seguradores, que enquadrem ou realizem, licitamente, ações de compilação de dados, ações de prevenção e combate à fraude, estudos de mercado ou estudos estatísticos ou técnico-atuariais.

O titular dos dados autoriza o Segurador, salvo declaração expressa em contrário no quadro de observações, a:

- fornecer os seus dados a empresas do Grupo do qual faz parte, sendo assegurada a sua confidencialidade, utilização em função do objeto social dessas empresas e compatibilidade com os fins da recolha;
- proceder à recolha de dados pessoais complementares junto de Organismos Públicos, empresas especializadas e outras entidades privadas, tendo em vista a confirmação ou complemento dos elementos recolhidos necessários à gestão da relação contratual;
- efetuar, 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.

Observações:

DECLARAÇÕES
 Declaro que me foram prestadas as Informações Pré-Contratuais legalmente previstas, tendo-me sido entregue, para o efeito, o documento respetivo, para delas tomar integral conhecimento, e bem assim que me foram prestados todos os esclarecimentos de que necessitava para a compreensão do contrato, nomeadamente sobre as garantias e exclusões, sobre cujo âmbito e conteúdo fiquei esclarecido.
 Declaro, ainda, ter sido informado pelo Segurador do dever de lhe comunicar com exatidão todas as circunstâncias que conheça e razoavelmente deva ter por significativas para a apreciação do risco, bem como das consequências do incumprimento de tal dever.
 Declaro, também, que dou o meu acordo a que as Condições Gerais e Especiais, se as houver, aplicáveis ao contrato, me sejam entregues no sítio da Internet indicado nas Condições Particulares.

Assinatura/carimbo do Tomador do Seguro _____ Data _____

Preenchimento Interno

Código Entidade Data de Entrada

Preencher a caneta preta

Autorização de Débito Direto SEPA
SEPA Direct Debit Mandate

Referência da Autorização (ADD) a completar pelo Segurador.
Mandate Reference - To be completed by the Creditor.

Ao subscrever esta autorização, está a autorizar a Fidelidade - Companhia de Seguros, S.A. a enviar instruções ao seu banco para debitar a sua conta e o seu banco a debitar a sua conta, de acordo com as instruções da Fidelidade - Companhia de Seguros, S.A. 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 *. O preenchimento dos campos assinalados com ** é da responsabilidade do Segurador.

*By signing this mandate form, you authorise Fidelidade - Companhia de Seguros, S.A. to send instructions to your bank to debit your account and your bank to debit your account in accordance with the instructions from Fidelidade - Companhia de Seguros, S.A. 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 *. Fields marked with ** must be completed by the Creditor.*

1. IDENTIFICAÇÃO DO TOMADOR DO SEGURO / TITULAR DA CONTA - POLICY HOLDER/ACCOUNT HOLDER IDENTIFICATION

* Nome do Tomador do Seguro / Titular da Conta

* Name of the Policy Holder / Account Holder

* Nome da rua e número

* Street name and number

* Código Postal - * Cidade

* Postal Code

* City

* País

* Country

* Número de Conta - IBAN

* Account Number - IBAN

* BIC SWIFT

* SWIFT BIC

2. IDENTIFICAÇÃO DO SEGURADOR - INSURER IDENTIFICATION

** Nome do Segurador: **FIDELIDADE - COMPANHIA DE SEGUROS, S.A.**

** Insurer Name

** Identificação do Segurador _____

** Insurer Identifier

** Nome da rua e número **LARGO DO CALHARIZ, N° 30**

** Street name and number

** Código Postal **1249 - 001** ** Cidade **LISBOA**

** Postal Code

** City

** País **PORTUGAL**

** Country

3. RELATIVAMENTE À APÓLICE - ABOUT THE INSURANCE POLICY

Número da Apólice

Policy Number

Ramo / Produto

Type of Insurance

4. TIPOS DE PAGAMENTO - TYPE OF PAYMENTS

* Pagamento Recorrente ou Pagamento Pontual

* Recurrent Payment or One-off Payment

Local e Data / Location and Date

* Assinatura / * Signature

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.



- Seguro Novo (SN)
 Inclusão (IN)
 Mudança de Plano (MP)
 N° Apólice

A aceitação do Seguro está dependente do total preenchimento deste Questionário, que deve ser anexo à Proposta de Seguro (um Questionário por cada Pessoa Segura).

TOMADOR DO SEGURO Utilize letra de imprensa, um carácter por quadrícula.

Nome NIF

PESSOA SEGURA

Nome Idade Sexo F M

INFORMAÇÕES DE SAÚDE DA PESSOA SEGURA

1 Indique se lhe foi feito algum diagnóstico ou indicado tratamento/cirurgia relacionados com alguma das doenças abaixo descritas:

1.1 Tumores

N S Se respondeu Sim, por favor especificar:

- Benignos Malignos

1.2 Doenças Cardiovasculares

N S Se respondeu Sim, por favor especificar:

- Hipertensão Arterial Angina de Peito Doença Valvular Doença Arterial Periférica
 Dislipidémia Enfarte do Miocárdio Arritmias ou Bloqueios Varizes Outras

1.3 Doenças Neurológicas

N S Se respondeu Sim, por favor especificar:

- AVC Cefaleias Epilepsia Esclerose Múltipla
 Doenças Musculares Doença de Parkinson Sequelas de Traumatismos Paralisia Outras

1.4 Doenças Endocrinológicas

N S Se respondeu Sim, por favor especificar:

- Diabetes Tiroide Supra Renal Hipófise Outras

1.5 Doenças Respiratórias

N S Se respondeu Sim, por favor especificar:

- Asma Doença Pulmonar Obstrutiva Sarcoideose Apneia do Sono Outras

1.6 Doenças do Aparelho Digestivo

N S Se respondeu Sim, por favor especificar:

- Hérnia do Hiato Gastrite Úlceras Doença Inflamatória Intestino
 Polipos Hemorroidas Hérnias Abdominais Outras

1.7 Doenças Hepáticas e das Vias Biliares

N S Se respondeu Sim, por favor especificar:

- Hepatite Cirrose Cálculos Pancreatite Outras

1.8 Doenças Psiquiátricas

N S Se respondeu Sim, por favor especificar:

- Depressão Doença Bipolar Anorexia / Bulimia Demência / Alzheimer
 Ansiedade Esquizofrenia Outras

1.9 Doenças Hematológicas

N S Se respondeu Sim, por favor especificar:

- Anemia Linfoma Doenças de Coagulação Leucemia Outras
 Mieloma

1.10 Doenças do Aparelho Urinário

N S Se respondeu Sim, por favor especificar:

- Rim Insuficiência Renal Bexiga Infertilidade
 Vias Urinárias Litíase Próstata Outras

1.11 Doenças Ginecológicas ou da Mama

N S Se respondeu Sim, por favor especificar:

- Nódulos da Mama Endometriose Infertilidade Miomas Outras
 Prolapso Uterino

1.12 Doenças Reumatológicas

N S Se respondeu Sim, por favor especificar:

- Artrite Reumatóide Espondilite Anquilosante Lupus Fibromialgia Outras

1.13 Doenças da Coluna e Articulações

N S Se respondeu Sim, por favor especificar:

- Espondilose Cifose Osteoporose Fraturas Outras
 Escoliose Hérnia Discal Gota

1.14 Doenças da Pele

N S Se respondeu Sim, por favor especificar:

- Dermatite Eczemas Psoríase Acne Outras

1.15 Doenças Infeciosas

N S Se respondeu Sim, por favor especificar:

- Tuberculose HIV/Sida Sífilis Outras

1.16 Doenças dos Olhos, Ouvidos e Nasofaringe

N S Se respondeu Sim, por favor especificar:

- Miopia Cataratas Oíte Vertigem Outras
 Glaucoma Retina Baixa de Audição Sinusite

2. Em caso de resposta afirmativa a qualquer uma das questões anteriores, especifique por favor os seguintes elementos:

- 2.1 Qual a doença, ou doenças, e a(s) respetiva(s) data(s) de diagnóstico
- 2.2 Quais os tratamentos realizados, em ambulatório ou internamento, e as respetivas datas
- Estado Clínico Atual
- 2.3 Foi submetido(a) a alguma intervenção cirúrgica? N S
Em caso afirmativo especifique qual, em que ano foi realizada e se lhe foi colocada alguma prótese ou outro material cirúrgico
- 2.4 Qual o estado clínico atual
- 2.5 Faz algum tipo de tratamento médico ou medicação com regularidade? N S
Em caso afirmativo especifique qual
- 3 Foi vítima de algum acidente de trabalho, viação, desportivo ou outro? N S
Quais as respetivas consequências?
- 4 Fuma? N S Quantidade? Bebe bebidas alcoólicas? N S Tipo de bebida? Quantidade?
- 5 Se do sexo feminino, tem conhecimento de que está grávida? N S
Em caso afirmativo, qual a data prevista do parto?
- 6 Tem ou teve algum seguro de saúde? N S Em que Companhia?
O seguro foi aceite com exclusões ou restrições, ou foi-lhe aplicado algum agravamento no prémio?
Em caso de transferência deve anexar cópia das Condições Contratuais onde refira a existência ou não de restrições de aceitação (exclusões).

ÍNDICES BIOMÉTRICOS DA PESSOA SEGURA

Altura m Peso Kg Tensão arterial (só para maiores de 16 anos) min máx

MÉDICO(S) ASSISTENTE(S) DA PESSOA SEGURA

Nome Especialidade Telm.
Morada Consultório Tel. Consultório
Nome Especialidade Telm.
Morada Consultório Tel. Consultório

OBSERVAÇÕES

DADOS PESSOAIS E DECLARAÇÕES

DADOS PESSOAIS

Os dados pessoais constantes neste documento serão processados e armazenados informaticamente pelo Segurador e destinam-se ao seu uso exclusivo, no âmbito das relações pré-contratuais ou decorrentes do contrato celebrado com o seu Cliente, incluindo as suas renovações. Os dados serão conservados de forma a permitir a identificação dos titulares até que tenham cessado definitivamente essas relações.

O titular terá livre acesso aos seus dados pessoais, com uma periodicidade não inferior a um ano a contar da recolha ou primeiro acesso, desde que o solicite por escrito, podendo proceder à sua retificação.

Os dados poderão ser fornecidos às autoridades judiciais ou administrativas, desde que em cumprimento de obrigação legal a cargo do Segurador.

DECLARAÇÕES

Declaro que tomei conhecimento de que está excluída das garantias qualquer doença ou incapacidade física conhecida pré-existente à data de realização do contrato. Autorizo irrevogavelmente o Médico designado pelo Segurador a solicitar a qualquer outro Médico ou profissional de saúde as informações e documentos, nomeadamente relatórios clínicos, relatórios de internamento e resultados de exames auxiliares de diagnóstico, relativos à minha saúde que julgue necessários para analisar o risco agora proposto ou para determinar a origem, causas, evolução e consequências de qualquer sinistro que seja participado ao Segurador por mim ou pelos meus herdeiros.

Autorizo, igualmente, de modo irrevogável, os referidos Médicos e profissionais de saúde a prestarem ao Médico designado pelo Segurador as informações e documentos por este solicitado no âmbito da autorização que agora lhe conferi.

Assinatura da Pessoa Segura (ou representante no caso de menores de 18 anos)

Data