

Ficha de Adesão Individual (Plano Saúde Contributivo Gratuito para Associados SIAP)

Nº MATRÍCULA ASSOCIADO FAMILIAR

PARENTESCO

SUBSISTEMA DE SAÚDE ADSE SAD SEM SUBSISTEMA

MOTIVO DATA EFEITO DATA APROVAÇÃO COMPANHIA VISTO DATA ENTRADA (Datador/Carimbo)

INCLUSÃO

ALTERAÇÃO

EXCLUSÃO

Em caso de alteração preencher apenas os campos a alterar

A preencher pelo SIAP

TOMADOR DO SEGURO: **SIAP - SINDICATO INDEPENDENTE DOS AGENTES DE POLÍCIA** **Apólice RNA**

PESSOA SEGURA/ASSOCIADO/FAMILIAR

Nome Completo

ASSOCIADO (no caso de não ser a pessoa segura)

Nome Completo

Morada

Código Postal Localidade

D. Nascimento Sexo M F Estado Civil

CC/BI Validade NIF

Telefone Telemóvel Email

Reembolso de despesas IBAN PT50

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; Quando a despesa for reclamada fora do prazo acima previsto e desde que, em relação à Pessoa Segura e Tomador do Seguro não tenham existido impedimentos objetivos de o fazer no prazo acordado, ao valor da indemnização a pagar serão deduzidas as perdas e os danos decorrentes de tal incumprimento que, para o efeito, poderão variar entre 5% e 10% do

Declaração de Dados Pessoais

O Associado/Pessoa Segura garante a exatidão e completude das declarações prestadas na presente Proposta sob pena de incorrer nas consequências previstas nos artigos 25. e 26. do Regime Jurídico do Contrato de Seguro (DL n.72/2018 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 e o prémio que seria devido se o facto inexacto ou omitido fosse conhecido, sem prejuízo da possibilidade da Companhia de Seguros, poder anular o contrato caso se comprove que em caso algum o teria celebrado se tivesse conhecido o facto omitido ou inexacto.

O Associado/Pessoa Segura expressamente consente que os dados pessoais facultados à UNIVERSALIS sejam objeto de tratamento pela mesma, mediante a respetiva integração numa base de dados, e que sejam por aquela comunicados, em regime de absoluta confidencialidade, à seguradora contratada, aos seus prestadores de serviços e mediadores a si vinculados, com o fim de adequar o fornecimento e publicidade dos serviços prestados.

O Associado/Pessoa Segura autoriza a UNIVERSALIS 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 Associado/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 da UNIVERSALIS.

Qualquer alteração à morada ou sede do Associado/Pessoa Segura acima indicada será comunicada por carta registada com aviso de receção à UNIVERSALIS, no prazo de 30 dias a contar da data em que se verifica, sob pena das comunicações ou notificações que a companhia de seguros venha a efetuar para a morada desatualizada serem consideradas válidas e