PLANO DE INTERNAMENTO ACP/GROUPAMA

A IDADE NÃO CONTA

Desejo subscrever o Seguro **Saúde -** Plano de Internamento ACP, nº apólice 30-00-0 / 3678 , a favor de:

Titular

Data Nasc.: NIF

Morada:

Código Postal Localidade:

Telefone Email

Nº sócio ACP Campanha Data Inicio

Prémio

Sócio com idade

dos 30 aos 49 anos: ☐ 96€ / ano

dos 50 aos 69 anos: ☐ 120€ / ano

dos 70 aos 79 anos: ☐ 180€ / ano

superior a 80 anos: ☐ 240€ / ano

* Todos os prémios fracionados tem a obrigatoriadade de pagamento por débito directo.

Para feitos de adesão ao plano, deverá responder às seguintes questões e, em caso de resposta afirmativa, descrever obrigatoriamente a patologia ou doença bem como data em que foi diagnosticado:

✓ Foi atingido por doença cerebrovascular, doença oncológica, psiquiátrica, ou outra enfermidade ou doença grave com carácter evolutivo e/ou permanente?
Não ☐ Sim ☐ especifique: _____

✓ Interrompeu as suas atividades normais mais de três semanas nos últimos 12 meses devido a doença ou acidente?
Não ☐ Sim ☐ especifique: _____

✓ Sofreu ou sofre de qualquer doença crónica, ou é portador de deficiência física congénita ou adquirida?
Não ☐ Sim ☐ especifique: _____

✓ Foi ou prevê que possa vir a ser sujeito a alguma intervenção cirúrgica?
Não ☐ Sim ☐ especifique: _____

DECLARAÇÕES

Declaro que me foram prestadas as informações contratuais legalmente previstas, tendo-me sido entregue, para o efeito, o documento respetivo, para delas tomar integral conhecimento, e que me foram prestados todos os esclarecimentos de que necessitava para a compreensão do contrato, nomeadamente sobre as garantias e exclusões.
Declaro que recebi, em suporte duradouro, todas as informações previstas no Artº 32º do D-L nº 144/2006, de 31 de Julho.
Declaro também que fiquei esclarecido sobre o âmbito e conteúdo do contrato.
Declaro, ainda, que o Segurador me informou do meu 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, por último, que dou o meu acordo a que as Condições Gerais e Particulares, aplicáveis ao contrato me sejam entregues no sítio da Internet indicado no Certificado de Seguro.
Declaro, que tomei conhecimento de que está excluída das garantias qualquer doença ou incapacidade física preexistente à data da proposta de seguro.

Local e Data: _____, _____/_____/_____

_____

Assinatura do titular (pessoa segura quando maior de 18 anos ou representante legal quando inferior a esta idade)

INFORMAÇÃO LEGAL

Artigo 32º do Decreto-Lei Nº 144/2006, de 31 de Julho

Para efeitos do disposto nas alíneas a) a i) do nº 1 do Artigo 32º do Decreto-Lei Nº 144/2006, de 31 de Julho, o ACP Mediação de Seguros, S.A, sociedade com sede na Av. da República, 62 – F 2º, 1069-210 Lisboa, titular do cartão de identificação de pessoa coletiva nº 503 060 755, matriculada na Conservatória do Registo Comercial de Lisboa sob o mesmo número, com o capital social de 50.000€, mediador de seguros inscrito, em 22/01/2007, no registo na Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões (ASF) com a categoria de Agente de Seguros, sob o Nº 407047089/3, com autorização para exercer a atividade de mediação de seguros no âmbito dos ramos Vida e Não Vida e que poderá verificar e confirmar em www.asf.com.pt, informa que:

Não detêm participação, direta ou indireta, superior a 10% nos direitos de voto ou no capital social de quaisquer empresas de seguros;

Existe participação direta, superior a 10% nos direitos de voto e no capital do mediador, detida pela empresa mãe da empresa de seguros ACP–Mobilidade – Companhia de Seguros de Assistência, S.A. – NIF 501 506 276

Está autorizada a receber prémios para serem entregues à empresa de seguros;

A sua intervenção não se esgota com a celebração do contrato de seguro;

A sua intervenção envolve a prestação de assistência ao longo do período de vigência do contrato de seguro;

Assiste o direito ao cliente de solicitar informação sobre a remuneração que o mediador receberá pela prestação do serviço de mediação e, em conformidade, fornecer-lhe, a seu pedido, tal informação;

Sem prejuízo da possibilidade de recurso aos tribunais judiciais ou aos organismos de resolução extra judicial de litígios, já existentes ou que para o efeito venham a ser criados, as reclamações dos tomadores de seguros e outra partes interessadas devem ser apresentadas junto da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões (ASF), diretamente ou através do Livro de Reclamações disponível no estabelecimento do mediador para tal fim;

Ainda de acordo com o disposto nas alíneas a) a d), do nº 2 do Artigo 32º do Decreto-Lei Nº 144/2006, de 31 de Julho, informa ainda que:

Não tem obrigação contratual de exercer a atividade de mediação de seguros exclusivamente para uma ou mais empresas de seguros ou mediadores de seguros e não baseia os seus conselhos na obrigação de fornecer uma análise imparcial;

Não intervêm no contrato, outros mediadores de seguros;

Atendendo às informações fornecidas pelo cliente e ao contrato de seguro proposto pelo mediador, especifica-se, para os devidos efeitos, que o cliente pretende transferir o risco inerente à pessoa segura que não se encontra presentemente coberto em absoluto através de contrato de seguro adequado, pelo que se aconselha deste modo e de acordo com critérios profissionais, à celebração e contratação de um seguro de doença grupo disponibilizado pela empresa de seguradora Groupama Seguros S.A. em virtude de apresentar a melhor relação prémio/cobertura de riscos.

Informa-se, por último, que o Decreto-Lei no 144/2006, de 31 de Julho – diploma que estabelece o regime jurídico de acesso e do exercício da atividade de mediação de seguros ou resseguros -, define o «agente de seguros», nos termos da alínea b) do artigo 8º, como a categoria em que a pessoa exerce a atividade da mediação de seguros em nome e por conta de uma ou mais empresas de seguros ou de outro mediador de seguros, nos termos do ou dos contratos que celebre com essas entidades.

Declaro que tomei conhecimento das informações que me foram prestadas e transmitidas pelo Agente de Seguros, tendo-me sido entregue e permanecido da minha posse o original deste documento.

O Agente de Seguros,

_____

O Cliente,

_____

Original (Cliente)

INFORMAÇÃO LEGAL

Artigo 32º do Decreto-Lei Nº 144/2006, de 31 de Julho

Para efeitos do disposto nas alíneas a) a i) do nº 1 do Artigo 32º do Decreto-Lei Nº 144/2006, de 31 de Julho, o ACP Mediação de Seguros, S.A, sociedade com sede na Av. da República, 62 – F 2º, 1069-210 Lisboa, titular do cartão de identificação de pessoa coletiva nº 503 060 755, matriculada na Conservatória do Registo Comercial de Lisboa sob o mesmo número, com o capital social de 50.000€, mediador de seguros inscrito, em 22/01/2007, no registo na Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões (ASF) com a categoria de Agente de Seguros, sob o Nº 407047089/3, com autorização para exercer a atividade de mediação de seguros no âmbito dos ramos Vida e Não Vida e que poderá verificar e confirmar em www.asf.com.pt, informa que:

Não detêm participação, direta ou indireta, superior a 10% nos direitos de voto ou no capital social de quaisquer empresas de seguros;

Existe participação direta, superior a 10% nos direitos de voto e no capital do mediador, detida pela empresa mãe da empresa de seguros ACP–Mobilidade – Companhia de Seguros de Assistência, S.A. – NIF 501 506 276

Está autorizada a receber prémios para serem entregues à empresa de seguros;

A sua intervenção não se esgota com a celebração do contrato de seguro;

A sua intervenção envolve a prestação de assistência ao longo do período de vigência do contrato de seguro;

Assiste o direito ao cliente de solicitar informação sobre a remuneração que o mediador receberá pela prestação do serviço de mediação e, em conformidade, fornecer-lhe, a seu pedido, tal informação;

Sem prejuízo da possibilidade de recurso aos tribunais judiciais ou aos organismos de resolução extra judicial de litígios, já existentes ou que para o efeito venham a ser criados, as reclamações dos tomadores de seguros e outra partes interessadas devem ser apresentadas junto da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões (ASF), diretamente ou através do Livro de Reclamações disponível no estabelecimento do mediador para tal fim;

Ainda de acordo com o disposto nas alíneas a) a d), do nº 2 do Artigo 32º do Decreto-Lei Nº 144/2006, de 31 de Julho, informa ainda que:

Não tem obrigação contratual de exercer a atividade de mediação de seguros exclusivamente para uma ou mais empresas de seguros ou mediadores de seguros e não baseia os seus conselhos na obrigação de fornecer uma análise imparcial;

Não intervêm no contrato, outros mediadores de seguros;

Atendendo às informações fornecidas pelo cliente e ao contrato de seguro proposto pelo mediador, especifica-se, para os devidos efeitos, que o cliente pretende transferir o risco inerente à pessoa segura que não se encontra presentemente coberto em absoluto através de contrato de seguro adequado, pelo que se aconselha deste modo e de acordo com critérios profissionais, à celebração e contratação de um seguro de doença grupo disponibilizado pela empresa de seguradora Groupama Seguros S.A. em virtude de apresentar a melhor relação prémio/cobertura de riscos.

Informa-se, por último, que o Decreto-Lei no 144/2006, de 31 de Julho – diploma que estabelece o regime jurídico de acesso e do exercício da atividade de mediação de seguros ou resseguros -, define o «agente de seguros», nos termos da alínea b) do artigo 8º, como a categoria em que a pessoa exerce a atividade da mediação de seguros em nome e por conta de uma ou mais empresas de seguros ou de outro mediador de seguros, nos termos do ou dos contratos que celebre com essas entidades.

Declaro que tomei conhecimento das informações que me foram prestadas e transmitidas pelo Agente de Seguros, tendo-me sido entregue e permanecido da minha posse o original deste documento.

O Agente de Seguros,

_____

O Cliente,

_____

Duplicado (Agente)

Autorização Débito Direto SEPA - PT10ZZZ1091

SEPA Direct Debit Mandate

Referencia da autorização (ADD) a completar pelo credor

Mandate reference – to be completed by the creditor

Ao subscrever esta autorização, está a autorizar o ACP Mediação de Seguros, SA 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 do ACP Mediação de Seguros, SA

Os seus direitos incluem a possibilidade de exigir do seu banco o reembolso do montante debitado, nos termos 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. Os seus direitos são explicados em declaração que poe obter no seu banco. Preencha por favor todos os campos assinalados com * . O preenchimento dos campos assinalados com ** é da responsabilidade do ACP Mediação de Seguros SA.

By signing this mandate form, you authorise ACP Mediação de Seguros, SA to send instructions to debit your accont and your bank to debit your account in accordance with the instructions from ACP Mediação de Seguros, SA.

A part osyour rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms ad conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on wich your account was debited. Your rights are explained ina statement that you can obtain from your bank. Please comlete all the fields marked *. fields mrked with ** must be completed by ACP Mediação de Seguros, SA.

Identificação do Devedor / *Debtor identification*

*Nome do(s) Devedor(es) / *Name of the debtor(s)*

Nome da 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*

ACP-MEDIAÇÃO DE SEGUROS SA

**Nome do(s) Credor / *Name of the creditor*

PT10ZZZ1091

**Código de identificação do credor / *Creditor identifier*

AV REPUBLICA 62F 1ANDAR

**Nome da Rua e número / Street name and number

1069-210 | LISBOA | PORTUGAL

**Código Postal / *Postal Code* | Cidade / *City* | País / *Country*

*Pagamento recorrente / *Recurrent payment* [X] *ou* Pagamento pontual / *One-off payment* [ ]

DD MM AA AA | Localidade / *Location*

*Data / *Date*

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 em representação da qual o pagamento é efectuado / *Person on whose beahlf payment is made:*

Nome do devedor representado: se realizar um pagamento no âmbito de um acordo entre o ACP MEDIAÇÃO DE SEGUROS, SA e outra pessoa (p.e. quando está a liquidar uma fatura de uma terceira entidade), escreva aqui o nome da outra pessoa. *Name of the debtor reference party: If you are making a payment in respect of na arrangement between ACP MEDIAÇÃO DE SEGUROS, SA, and another person (e.g. where you ae paying the other person's bill) please write the other person's name here.*

Relativamente ao contrato / *in respect of the contract* :

CONDIÇÕES CONTRATUAIS

Este Contrato de Seguro é constituído pelas presentes **CONDIÇÕES CONTRATUAIS** bem como pelas **CONDIÇÕES GERAIS** e **ESPECIAIS** anexas.

RAMO
DOENÇA/GRUPO

APÓLICE
30-00-00/ 3678

TOMADOR DO SEGURO
AUTOMOVEL CLUB PORTUGAL

MORADA
R ROSA ARAUJO, 24

CÓDIGO POSTAL
1250 – 195 LISBOA

LOCAL DE COBRANÇA
R ROSA ARAUJO, 24

CÓDIGO POSTAL
1250 – 195 LISBOA

DATA INICIO ALTERAÇÃO: 2018/02/01

A - SEGURADOR Groupama Seguros, S.A., entidade legalmente autorizada para a exploração do seguro de Saúde.

B - PESSOA SEGURA

Adesões sem limite de idade, sócios do ACP que preencham os critérios de elegibilidade que devem ser comunicados na adesão pelo ACP e de conformidade com a análise do questionário elaborado no Boletim de Adesão

C - PRODUTO

Seguro de Saúde Internamento ACP

D - ÂMBITO DO RISCO DA COBERTURA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

O contrato garante à pessoa segura, em caso de sinistro ocorrido durante a sua vigência, um conjunto de coberturas no âmbito da **ASSISTENCIA HOSPITALAR** e no regime de prestações do reembolso.

E – ÂMBITO TERRITORIAL

A garantia é valida em Portugal Continental e Regiões Autónomas dos Açores e Madeira. Fica, no entanto, abrangida a assistência médica realizada no estrangeiro, desde que:

1) Resulte de acidente ou doença súbita verificados durante permanência não superior a 45 dias ou,

2) Prescrita pelo médico assistente da pessoa segura e com o ***acordo prévio*** da seguradora.

F - FUNCIONAMENTO DAS GARANTIAS

As Pessoas Seguras deverão, em caso de acidente ou doença garantido pelo presente contrato, proceder da seguinte forma:

a) Sempre que uma Pessoa Segura necessite de ser internada, terá que entregar no ACP um questionário clínico, preenchido pelo médico assistente, sobre a natureza da doença, sua origem e evolução.

b) Para requerer a comparticipação nas despesas efetuadas, ao abrigo do seguro, é necessário a entrega dos seguintes documentos:

b.1) Prescrição médica dos serviços prestados que originaram as despesas;

b.2) Originais de documentos oficiais comprovativos das despesas, com descrição pormenorizada dos serviços prestados e discriminação das despesas.

Av. de Berna, 24 - D 1069-170 Lisboa - Tel. (+351) 217 923 100 - Fax (+351) 217 923 232
R. Gonçalo Sampaio, 329 - 2º Dto. 4150-367 Porto - Tel. (+351) 226 072 800 - Fax (+351) 226 072 828
groupama@groupama.pt www.groupama.pt

GROUPAMA SEGUROS S.A.
MATRICULADO NA CONSERVATÓRIA DO REGISTO COMERCIAL DE LISBOA SECÇÃO 2, Nº 2675
CONTRIBUINTE Nº 502 661 321
CAPITAL SOCIAL € 7.500.000,00

c) Quando for pedida comparticipação a outra entidade, serão aceites fotocópias, sendo necessário que estas contenham o carimbo dessa entidade e sejam acompanhadas de documento original comprovativo do valor reembolsado.

G - GARANTIAS

O segurador comparticipará 75% nas despesas efetuadas pela pessoa segura, até ao limite máximo de 25.000,00 € e depois de deduzida a franquia de 2.000,00 €, com os atos médicos, de diagnóstico ou terapêuticos, desde que decorrentes de Internamento Hospitalar por período igual ou superior a 24 horas, ou por período inferior se tratar-se da realização de cirurgia de valor superior a 100ks, considerando o valor máximo de 7,00 € por "K."

Consideram-se abrangidas as despesas efetuadas com:

a.1) Diária hospitalar da pessoa segura.

a.2) Honorários médicos e cirúrgicos:

a) Honorários de cirurgião, anestesista e ajudantes;

b) Outros honorários médicos.

a.3) Outras despesas de internamento:

a) Enfermagem geral (não privativa);

b) Alojamento de acompanhante de pessoa segura até 12 anos de idade;

c) Medicamentos;

d) Elementos auxiliares de diagnóstico;

e) Piso da sala de operações e material utilizado (nomeadamente gases de anestesia, oxigénio, material de osteossíntese, próteses intracirúrgicas);

f) Transporte de ambulância para e do hospital desde que o estado de saúde da pessoa segura o justifique.

g) Quimioterapia e/ou Radioterapia

H – AS GARANTIAS DO CONTRATO CESSAM:

Derrogando o artigo 11º das Condições Gerais, as garantias do contrato cessam:

- ✓ Na data do vencimento da apólice de seguro, caso não ocorra a renovação do contrato.
- ✓ Quando as pessoas seguras deixem de ser sócias do Automóvel Club de Portugal.
- ✓ Caso os critérios de elegibilidade não sejam cumpridos

I - QUADRO DE GARANTIAS

Garantias	Cap. Máx Ano/ Pes Segura	FRANQUIAS	Segurador	Outras Condições
Assistência Médica Hospitalar (CE 00) Internamento Hospitalar Intervenção Cirurgica Assistência Hospital em Regime Externo Elementos Auxiliares Diagnóstico Tratamentos	25.000,00 €	2.000,00 €	75%	Limite K K Máx - 7,00 €

Av. de Berna, 24 - D 1069-170 Lisboa - Tel. (+351) 217 923 100 - Fax (+351) 217 923 232
R. Gonçalo Sampaio, 329 - 2º Dto. 4150-367 Porto - Tel. (+351) 226 072 800 - Fax (+351) 226 072 828
groupama@groupama.pt www.groupama.pt

GROUPAMA SEGUROS S.A.
MATRICULADO NA CONSERVATÓRIA DO REGISTO COMERCIAL DE LISBOA SECÇÃO 2, Nº 2675
CONTRIBUINTE Nº 502 661 321
CAPITAL SOCIAL € 7.500.000,00

Ao presente contrato aplicam-se as Exclusões-art.º 9º bem como os Períodos de Carência-art.10º, mencionados nas Condições Gerais, nomeadamente:

EXCLUSÕES:

1. Não serão comparticipadas as despesas resultantes de:
   a) Alcoolismo e tratamentos relativos à toxicodependência, bem como todas as doenças ou lesões adquiridas pela Pessoa Segura por ter agido sob influência de álcool, estupefacientes, outras drogas ou produtos tóxicos, quando não prescritos por receita médica;
   b) Atos médicos do foro psíquico nomeadamente internamento hospitalar, consultas de psicanálise, psicologia, psicoterapia e psiquiatria, bem como respetivo receituário.
   c) Acidentes e doenças pré-existentes bem como de correção de doenças e malformações congénitas, exceto quando digam respeito a filhos nascidos durante a vigência do contrato e incluídos no contrato de seguro no prazo de 30 dias a contar da data de nascimento, desde que o contrato esteja pelo menos há um ano em vigor na Groupama;
   d) Doenças ou lesões resultantes dos efeitos da radioatividade e doenças epidémicas oficialmente declaradas;
   e) Curas de repouso, convalescença, tratamentos termais e consultas, exames ou tratamentos de emagrecimento, incluindo os relativos à obesidade mórbida e rejuvenescimento;
   f) Correções estéticas ou plásticas, exceto se resultarem de doença manifestada ou acidente ocorrido na vigência do contrato do qual tenha originado um prévio acionamento das garantias da apólice;
   g) Testes de gravidez, Check-up e exames gerais de saúde;
   h) Sida e suas implicações;
   i) Enfermagem privativa;
   j) Tratamentos de infertilidade ou qualquer método de fecundação artificial;
   k) Quaisquer despesas associadas a métodos contracetivos ou realizadas com essa finalidade, nomeadamente quaisquer métodos de controlo de natalidade e planeamento familiar (Despesas com medicamentos, tratamentos ou intervenções cirúrgicas com finalidades contracetivas);
   l) Tratamentos refrativos à miopia, astigmatismo e hipermetropia (cirúrgica ou laser) para situações com menos de quatro dioptrias
   m) Acidentes resultantes de crimes ou atos dolosos da pessoa segura, intervenção voluntária em duelos ou rixas, bem como de tentativa de suicídio;
   n) Acidentes ocorridos na prática profissional de desportos, na prática de provas desportivas integradas em campeonatos e nas competições com veículos providos ou não de motor, assim como respetivos treinos;
   o) Acidentes ocorridos na prática de sky e outros desportos de neve, sky aquático, mergulho e caça submarina, artes marciais, desportos de combate, espeleologia, para-quedismo, parapente, tauromaquia, escalada, rappel, alpinismo e outros desportos analogamente perigosos;
   p) Acidentes ocorridos e doenças contraídas em consequência de calamidades naturais de tipo catastrófico, durante revoluções ou devido à existência de um estado de guerra, declarado ou não;
   q) Acidentes ocorridos e doenças contraídas devido a participação em greves, assaltos, tumultos, distúrbios laborais, alterações da ordem pública, atos de terrorismo, como tal considerados pela legislação penal portuguesa vigente e de sabotagem;
   r) Acidentes de trabalho e doenças profissionais, conforme legislação em vigor;
   s) Acidentes de viação abrangidos pelo regime obrigatório de seguro de responsabilidade civil;
   t) Despesas com deslocações e alojamento em Portugal e no estrangeiro;
   u) Tratamentos de hemodiálise e transplante de órgãos;
   v) Despesas de natureza particular (telefone, aluguer de T.V., despesas de bar e outras) e as efetuadas com acompanhantes não previstos no ponto 3 b) do na condição especial 00 (assistência hospitalar).

PERÍODOS DE CARÊNCIA:

1. Em caso de doença, é aplicado um período de carência de 60 dias;

Av. de Berna, 24 - D 1069-170 Lisboa - Tel. (+351) 217 923 100 - Fax (+351) 217 923 232
R. Gonçalo Sampaio, 329 - 2º Dto. 4150-367 Porto - Tel. (+351) 226 072 800 - Fax (+351) 226 072 828
groupama@groupama.pt www.groupama.pt

GROUPAMA SEGUROS S.A.
MATRICULADO NA CONSERVATÓRIA DO REGISTO COMERCIAL DE LISBOA SECÇÃO 2, Nº 2675
CONTRIBUINTE Nº 502 661 321
CAPITAL SOCIAL € 7.500.000,00

2. O período de carência é alargado para 365 dias em caso de:

- ✓ Intervenção cirúrgica e tratamento às varizes;
- ✓ Amigdalectomia, adenoidectomia, intervenção cirúrgica aos ouvidos;
- ✓ Rinoseptoplastia;
- ✓ Litotrícia renal e vesicular;
- ✓ Hemorroidectomia;
- ✓ Intervenção cirúrgica a úlcera gastroduodenal;
- ✓ Histerectomia por patologia benigna;
- ✓ Mastectomia total ou parcial por patologia benigna;
- ✓ Tiroidectomia total ou parcial por patologia benigna;
- ✓ Colecistectomia;
- ✓ Cirurgia artroscópica;
- ✓ Cirurgia relacionada com hipertrofia benigna da próstata;
- ✓ Cataratas;
- ✓ Tratamentos refrativos à miopia, astigmatismo e hipermetropia (cirúrgica ou laser) para situações com mais de quatro dioptrias;
- ✓ Roncopatia/apneia do sono;
- ✓ Plastia mamária (de causa não estética);
- ✓ Intervenções cirúrgicas a hérnias.

§ único - **Os prazos previstos nos pontos anteriores, contam-se a partir da data da adesão da pessoa segura.**

Lisboa, 15 dezembro 2017

O SEGURADOR
GROUPAMA SEGUROS, SA

João Quintanilha
O Administrador Delegado

O TOMADOR DO SEGURO
AUTOMOVEL CLUB PORTUGAL

_____

Av. de Berna, 24 - D 1069-170 Lisboa - Tel. (+351) 217 923 100 - Fax (+351) 217 923 232
R. Gonçalo Sampaio, 329 - 2º Dto. 4150-367 Porto - Tel. (+351) 226 072 800 - Fax (+351) 226 072 828
groupama@groupama.pt www.groupama.pt

GROUPAMA SEGUROS S.A.
MATRICULADO NA CONSERVATÓRIA DO REGISTO COMERCIAL DE LISBOA SECÇÃO 2, Nº 2675
CONTRIBUINTE Nº 502 661 321
CAPITAL SOCIAL € 7.500.000,00

Groupama
Seguros

AVISO DE PRIVACIDADE E PROTEÇÃO DE DADOS

Responsável pelo Tratamento Groupama Seguros, S.A.	Av. de Berna, 24-D, 1069-170 Lisboa Telefone: Lisboa – 217 923 100; Porto – 226 072 820 groupama@groupama.pt
Encarregado de Proteção de Dados	Av. de Berna, 24-D, 1069-170 Lisboa dpo@groupama.pt

DIREITOS DO TITULAR DOS DADOS
O titular dos dados pode, a qualquer momento, através de comunicação escrita, por carta ou e-mail, dirigida ao Segurador, solicitar o exercício dos seguintes direitos: acesso, retificação ou apagamento dos dados, limitação ou oposição ao tratamento, e portabilidade dos dados. O deferimento do pedido está dependente da sua conformidade com as disposições legais e contratuais aplicáveis. O requerente deverá fazer prova, através de apresentação de documento de identificação, de que é o efetivo titular dos dados e, consequentemente, de tais direitos. O titular tem ainda o direito de apresentar uma reclamação à Comissão Nacional de Proteção de Dados, se considerar que o tratamento dos seus dados pessoais não é conforme à regulamentação aplicável.
Para poder oferecer produtos e serviços adequados às necessidades e exigências do titular dos dados, e para melhorar a sua experiência enquanto cliente, o Segurador elabora um "perfil comercial" com base na informação fornecida. O Segurador garante que não serão tomadas quaisquer decisões automatizadas com base nesse perfil.

PERÍODO DE CONSERVAÇÃO DOS DADOS
O Segurador conserva os dados pessoais pelo período de tempo necessário à execução do contrato, e pelo prazo máximo de 20 anos após o termo da relação contratual, que corresponde ao prazo legal de prescrição civil, na medida em que os dados recolhidos podem ser necessários para a resolução de um litígio, sem prejuízo da conservação dos dados por prazo imposto por obrigação legal.

TRANSFERÊNCIA E PARTILHA DE DADOS
Os dados pessoais são partilhados com as Empresas que integram o Grupo, e com as entidades subcontratadas para realizar o tratamento por conta do Segurador, designadamente, para gestão do contrato e gestão de sinistros. O Segurador garante que as entidades oferecem garantias de segurança e idoneidade suficientes.
A transferência de dados para país terceiro está limitada ao necessário para efeitos de resseguro. Os dados pessoais transferidos, sempre que possível e razoável, são anonimizados.

FINALIDADES E FONTES DE LEGITIMAÇÃO DO TRATAMENTO
Os dados pessoais constantes deste documento serão processados e conservados pelo Segurador para as seguintes finalidades: **(a)** celebração e gestão do contrato de seguro; gestão de sinistros; estatística e gestão atuarial; e gestão financeira e contabilística; **(b)** cumprimento de disposições legais, regulamentares e administrativas; **(c)** marketing e ações comerciais; e **(d)** monitorização da qualidade dos serviços prestados; e prevenção e combate à fraude. O tratamento dos dados pessoais para as finalidades ora mencionadas é lícito na medida em que, respetivamente: **(a)** é necessário para a realização de diligências pré-contratuais e para a execução do contrato; **(b)** é necessário para o cumprimento de uma obrigação jurídica do Segurador; **(c)** o titular dos dados tiver consentido expressamente nesse tratamento; e **(d)** é necessário para efeito dos interesses legítimos prosseguidos pelo Segurador. O fornecimento dos dados pessoais obrigatórios é imprescindível para a celebração e execução do contrato, pelo que, se o titular não o fizer, não é possível a respetiva celebração. Os dados pessoais facultativos são de fornecimento opcional, pelo que, se não o fizer, a celebração do contrato de seguro não é prejudicada.

CONSENTIMENTO DO TITULAR DOS DADOS
Nesse sentido, **solicita-se o consentimento do titular dos dados** para as seguintes finalidades de tratamento:

(1) Para efeitos de marketing e ações comercias: ao consentir no tratamento, o titular autoriza o Segurador a utilizar os dados de contacto para efeitos de envio de comunicações (incluindo e-mail e SMS) com propostas, ofertas, ou simples divulgação de produtos que o titular não tenha ainda subscrito. Se não fornecer o consentimento ou retirar o consentimento no decorrer da vigência do contrato de seguro, a execução deste não é afetada.

(2) Para efeitos de celebração e gestão do contrato de seguro e de gestão de sinistros, quando estão em causa dados de saúde: O tratamento de dados sensíveis, designadamente, dados de saúde, só é permitido caso o titular dos dados o consinta explicitamente. O tratamento dos dados de saúde é imprescindível para a celebração do contrato (análise do risco proposto), bem como para a execução do contrato e gestão do eventual sinistro (indispensável à determinação do capital devido ou ao apuramento de exclusões de cobertura ou de outras circunstâncias impeditivas ou extintivas do direito do titular). Assim, se o titular não fornecer o consentimento, estará a obstar à celebração do contrato, e, se retirar o consentimento na vigência do mesmo, estará a impossibilitar a respetiva execução.

☐ **Consinto /** ☐ **Não consinto** - no tratamento para a finalidade de marketing e ações comerciais pelo Responsável pelo Tratamento ou por qualquer empresa do Grupo.

☐ **Consinto /** ☐ **Não consinto** - no tratamento de dados de saúde para a celebração e gestão do contrato, bem como para a gestão de sinistros, autorizando o Segurador, mesmo após a minha morte, a obter de quaisquer médicos, hospitais ou serviços de saúde, os dados clínicos necessários aos indicados fins, e desonerando, para o efeito, de segredo médico as referidas entidades.

Pessoa Segura | Assinatura _____