

Condições contrato: _____ %
 Visado por: _____
 Aceitador: _____ Data: _____

Cotação nº _____ / _____ / _____

NOVA ALTERAÇÃO

CLIENTE: _____ PLANO: _____ RAMO: **300120** APÓLICE: _____

1. TOMADOR DO SEGURO / SEGURADO (preenchimento completo e obrigatório)

Nome Completo _____

Título / R. Social	Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Profissão / Atividade	Perf.	CAE	NIF	Nº B.I. / Cartão Cidadão
Data de Nascimento	Nacionalidade		Carta de Condução Nº		1ª Data de Emissão	
Estado civil	Solteiro <input type="checkbox"/>	Casado <input type="checkbox"/>	Viúvo <input type="checkbox"/>	Divorciado <input type="checkbox"/>	Separado judicialmente <input type="checkbox"/>	
Morada					Localidade	
Cód. Postal	País			Telefone		
E-mail					Telemóvel	

2. MEDIAÇÃO

Cobrador	M. Costa - Mediação de seguros S.A.	74276
Mediador	M. Costa - Mediação de seguros S.A.	74276 TC

3. INÍCIO E DURAÇÃO DO CONTRATO

Início do seguro: Data: _____ Renovação no primeiro dia do mês de início do seguro Duração do seguro: Por 1 ano prorrogável por seguintes

4. VALOR E PAGAMENTO DOS PRÉMIOS

Forma de pagamento:
 Mensal (Débito em conta) Trimestral Semestral Anual Prémio Total _____ €

Cobrança: Agente / Corretor Lusitania SEPA DD

Nome do Titular da Conta _____

IBAN _____

BIC SWIFT _____

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

5. PLANO DE COBERTURAS

Coberturas	NOVA SAÚDE (1)			Aplicável a todos os planos:	
	Essencial <input type="checkbox"/>	Conforto <input type="checkbox"/>	Ideal <input type="checkbox"/>	Reembolso (pagamento à pessoa) (2)	Períodos de Carência (3)
Assistência em regime de internamento hospitalar	15.000,00 €	20.000,00 €	55.000,00 €	50%	90 dias
Pequena cirurgia em ambiente hospitalar (sublímite)	1.500,00 €	2.000,00 €	2.500,00 €		
Parto normal, cesariana e interrupção involuntária da gravidez (CE006) (sublímite) (4)	Não disponível	2.000,00 €	5.000,00 €		
Assistência em regime ambulatorio (5)	1.500,00 €	1.500,00 €	3.000,00 €	50%	90 dias
Consultas de psiquiatria (sublímite)	5 Consultas	5 Consultas	5 Consultas		
Tratamentos de fisioterapia (sublímite)	500,00 €	500,00 €	500,00 €		
Próteses e Ortoteses	Não disponível	1.000,00 €	2.000,00 €	80%	90 dias
Próteses e ortóteses auditivas		100,00 €	250,00 €		
Ortoteses oftalmológicas (2 em 2 anos)		150,00 €	350,00 €		
- Aros oculares (sublímite)		75,00 €	150,00 €		
- Lentes oculares (sublímite)		75,00 €	200,00 €		
- Lentes de contacto (sublímite)		50,00 €	100,00 €		
Outras Próteses e ortóteses				80%	
Estomatologia	Não disponível	300,00 €	800,00 €	50%	90 dias
Segunda opinião médica	Incluído	Incluído	Incluído	Não aplicável	0 dias
Rede Bem-Estar	Incluído	Incluído	Incluído	Não aplicável	0 dias
Assistência Anjos da Noite	Incluído	Incluído	Incluído	Não aplicável	0 dias

(1) Valores máximos por anualidade e pessoa segura. (2) Aplicável a todos os planos e de acordo com as coberturas contratadas. (3) Aplica-se ainda o período alargado de 540 dias nas situações previstas na cláusula 3.ª das condições gerais. (4) Válido apenas para titular ou cônjuge. (5) No âmbito desta condição especial não ficam garantidas as consultas ao domicílio. Estas consultas são garantidas ao abrigo da condição especial Assistência Anjos da Noite.

