

Impresso padrão utilizado para a solicitação do seguro médico

Anexo A:



Número de Membro							

Administrador			

Região	<input type="text"/>
Plano	<input type="text"/>
País	<input type="text"/>

Nome do Agente

Número do Agente

A Ser preenchido pela Empresa Seguradora	Exclusões
<input type="checkbox"/> Período de espera 1 mês	1 _____
<input type="checkbox"/> Período de espera 3 meses	2 _____
<input type="checkbox"/> Período de espera 12 meses	3 _____
<input type="checkbox"/> Período de espera 24 meses	4 _____
	5 _____
	6 _____
Outros observações pela empresa seguradora: _____	
Assinatura da companhia seguradora _____ Data: _____	

Secção A – Companhia/Entidade empregadora/Grau Universitário

Nome da Companhia _____

Tipo de companhia _____

Endereço da Companhia _____

Tel (código _____) _____ Fax (código _____) _____

Endereço Postal _____

Nº do Registo			

Nº do Empregado			

Secção B - Dados Pessoais do Membro

Título _____ Iniciais _____ Nome Completo _____

Apelido _____ Nacionalidade _____

Endereço Físico (Avenida/Rua) _____

Endereço Postal _____ Código Postal _____

Telefone (Casa) (Código _____) _____ (Serviço) (Código _____) _____

Fax (*necessário) (Código _____) _____ Telemóvel _____ Email _____

Data de Nascimento N° do BI/Passaporte _____

Deve anexar-se a cópia do Bilhete de Identidade/Passaporte ao pedido – legalmente exigidos

Estado Civil Solteiro Casado Divorciado Viúvo/a Direito Consuetudinário

Dia prersvisto para a afiliação

País de Residência

Secção C – Beneficiários Incluídos

Deve anexar-se a cópia do Bilhete de Identidade/Passaporte ao pedido. (Aceita-se cópias da certidão de nascimento impresosos pelo computador de bebés recém nascidos)

Sempre que possível, anexa cópias da certidão de casamento

Nome	Apelido	Nº do Passap/B.I.	Parentesco	Género	Data de Nascimento

Grau de Parentesco – Abreviaturas MP - Membro Principal; SP – Cônjuge; CD-Criança Dependente; AD - Adulto Dependente

Secção D – Afiliação Anterior a um Seguro Médico

Forneça detalhes do seguro médico anterior e anexe provas de afiliação
Sempre que possível anexa certificados de afiliação. Cartões de sócios ou cópias não serão aceites

Período de Afiliação			Nomes de seguros anteriores
Data em que se tornou membro	Data em deixou de ser membro	Nº	

Secção E – Escolha de Seguro

Produto Principal

Opções Principais

Secção F – Informação Bancária (Para reembolços e/ou pagamentos de prémios)

NOTA IMPORTANTE: É obrigatório que especifique se o pagamento é Dívida, Reembolso, or ambos **Detalhes**
Reembolso; Prémio; Ambos

Nome do Titular da Conta _____

Nome da Filial _____ Banco _____ País _____

Código da Filial Número da Conta

Tipo de Conta: Corrente Poupança Cartão de Crédito

Método de Pagamento: Transferência Bancária Cheque

Moeda: Libra Esterlina £ Euro US\$ Outro

Contribuição Total

Assinatura do Titular da Conta _____

Anexa a prova de verificação da informação bancária

A contribuição pelo membro será debitada antecipadamente no primeiro dia de cada mês logo que o seguro for aprovado

Declaração pelo Requerente/Membro Principal

Nesta Declaração o singular implicará plural

1. Eu abaixo assinado, requero para mim e para os meus beneficiários como membro da Prosperity .
2. Declaro que este pedido e as declarações por mim feitas quer por es crito ou não, são verdadeiras e correctas e concordo que tais declarações juntamente com quaisquer impressos, relatórios ou outra informação por mim fornecida ou p or outra parte em meu nome constituirá base deste contrato.
3. Concordo a sujeitar-me e a respeitar as leis, termos próprios, ou quaisquer leis geralmente utilizadas pela Prosperity para o tipo de benefícios para os quais me candidatei, e a Prosperity não será obrigada de nehum modo por quaisquer representações ou promessas feitas ou oferecidas por qualquer pessoa ou agente salvo em Regras Registadas n a Apólice de Seguro.
4. Concorde-se adicionalmente e compreende-se que, não obstante, declarações feitas em contrário por qualquer pessoa, a afiliação não co meçará e a Prosperity não terá nenhuma obrigação, ao menos que um aviso de aceitação de risco, expressamente escrito é fornecida pela Prosoperty.
5. Concorde-se também que a afiliação apenas começará no primeiro dia do mês a seguir à recepção do pagamento pela Prosperity.
6. Irrevocavelmente autorizo qualqu er médico, hospital, instituição médica a revelar informação que possa estar relacionada com a minha ocupação, estado de saúde físico ou mental, incluin do resultados de quaisquer exames médicos, à Prosperity e aceito que esta autozição permanecerá em vigor até após a minha morte.
7. Isento a Prosperity e os seus credores, agentes e empregados de quaisquer exigências de qualquer natureza que lhes possam ser feitas como resultado ou que possam surgir da revelação de informação médica ou quaisquer outros custos provocados pelo facto de ser um membro deste Fundo de Assistência Médica.
8. Adicionalmente aceito que as provisões ou qualquer declaração feita foi lida e entendida por mim e será aplicável com as convenientes alterações de pormenor (*mutates mutandis*) ao e como parte deste pedido.
9. Autorizo a Propserity a debitar a minha conta bancária, cuja informação foi fornecida à Prosperity, de qualquer importância nos termos deste pedido de afiliação.
10. Comprometo-me a notificar a Prosperity sobre qualquer mudança do meu es tado de saúde ou de qualquer dos meus beneficiários que possa ocorrer anteriormente a recepção da aceitação do meu pedido de afiliação.
11. Declaro que nenhum facto material foi ocultado, exposto incorrectamente por mim e que revelarei todos os factos materiais anteriormente à aceitação do risco e aceito que quaisquer deturpações e/ou omissão de qualquer informação tornará a minha afiliação desprovida de toda e qualquer validade e, nesse caso, todos os valores para a propósito pagos serão perdidos.
12. Reconheço por este meio que quaisquer créditos extendidos pela Prosperity a meu favor ou dos meus dependentes, enquanto membros da Prosperity , serão pagos na totalidade no termo da minha afiliação à Prosperity e que juros sobre todas as quantias a favor e devidas à Prosperity serão cobrados.
13. Adicionalmente reconheço que, no termo da minha afiliação, quaisquer valores devidos à Prosperity serão descontados em quaisquer valores a que tenho direito na minha entidade empregadora. A este respeito e, por este meio autorizo a Prosperity a notificar a minha entidade empregadora sobre os valores devidos à Prosperity.
14. Reconheço que, em caso de modificação ou variação neste impresso padrão, a Prosperity considerará este impresso como sendo inválido e sem qualquer força e efeito .

Assinado em _____ neste dia _____ de _____ 200_____

Nome do Membro Principal _____

Assinatura do Membro Principal _____

Secção H: Declaração do Agente

Eu _____ declaro por este meio que tenho conhecimento de que Worldwide Prosperity Limited é uma Companhia Internacional Registada, registo o membro no Plano Médico da Prosperity e compreendo que o Plano Médico tem o direito de aplicar a subscrição aos termos e condições do Plano Médico.

Assinado em _____ neste dia _____ de _____ 200_____

Nome e Assinatura do Agente _____

Assinatura do Cliente (Novo Membro)

Prosperity Health Africa
ESCRITÓRIO PARA O SERVIÇO ESTRANGEIRO
Gateview House, A1, Constantia Park – Hendrik Potgieter Avenue, ROODEPOORT, 2021
Endereço Postal: Suite 167, Private Bag X09, Weltevreden Park, South Africa, 1715
Tel.: 27 11 3753150. Fax.: 27 11 671 7290

Outros Sucursais na África do Sul
Cidade do Cabo Tel. 27 21 419 2279. Fax.: 27 21 419 22 61 . Durban Tel.: 27 31 310 2300 Fax.: 27 31 310 2331

Outros Sucursais Africanos e Países
Namibia: Tel.: +264 61 29 9 9000, Fax +264 61 222 161. Kenya: Tel. : +254 20 4441316. Fax.: +254 20 444 5014
Tanzania: Tel.: +255 22 213 9970. Fax.: 255 22 213 9971 . Botswana: Tel. +267 319 0890, Fax.: +267 319 1577
Zimbabwe: Tel.: +263 474 6227, Fax.: +263 474 6352 . Lesotho: Te l. +266 22 321898. Fax.: +266 22 321 898

Anexo B:

Informação necessária para a aceitação do pedido de seguro

Forneça informação completa às perguntas. Onde a resposta a uma pergunta é “sim” – forneça detalhes no espaço reservado em baixo para o efeito

As perguntas dizem respeito ao candidato e a todos os beneficiários

Pedido submetido por _____ (Membro principal) Assinatura _____

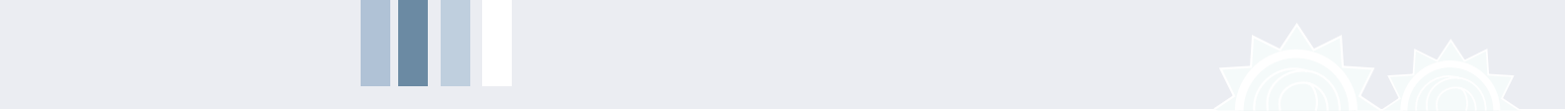
Alguma vez tu/ou o teu cônjuge ou qualquer um dos teus beneficiários teve qualquer dos seguintes problemas:

Por favor, indica no lugar apropriado

			Resposta	
			Sim	Não
1	Cardio vasculares	Dor do peito/angina, ataque cardíaco, febre reumática, tensão alta (hipertensão), alta colesterol, ruído cardíaco, problemas/desordens circulatórios, veias varicosas, trombose aguda (DVT), ou quaisquer outros problemas cardíacos ou circulatórios.		
2	Respiratórios	Asma, dificuldade de respirar, broncopneumonia, tuberculose (TB), tossir sangue, enfasema, pneumonia, fibrose cística, bronquite crónica, falta de ar, ou quaisquer outros problemas de respiração.		
3	Bexiga & Rins	Sangue na urina, paragem renal, infeção dos rins ou da bexiga, remoção do rim (nephrectomy), pedras nos rins, rins anormais ou exames de urina ou quaisquer outros problemas renais.		
4	Reprodutivos e ginecológicos	Endometrite, esterilidade, cistite dos ovários, excrescências abnormais, tratamento com <i>laser</i> , biopsia cirvino ou do seio, fibroadenite do seio, laparoscopia, terapia da substituição de hormonas, infeções ou cirurgia da próstata, alargamento da próstata ou quaisquer outros problemas reprodutivos.		
5	Sistema digestivo	Úlceras duodenais, úlceras gástricas, úlceras pépticas, <i>hiatus hernias</i> , problemas do cólon, colitis ulcerativo, problemas da vesícula biliar ou quaisquer outros problemas digestivos		
6	Ouvido, nariz e Garganta	Surdez, infeções do ouvido, problemas de sinusite, cirurgia nasal, cirurgia da garganta		
7	Dentais	Tratamento de ortodontia, cirurgia dental, problemas da fala, fenda palatina ou outras cirurgias similares.		
8	Vista	Cegueira (total ou parcial), cirurgia da vista, lentes de contacto, cataratas, glaucoma, retina pigmentada (<i>retinitis pigmentosa</i>), vista debilitada (enfraquecida), ou quaisquer outros problemas de vista.		
9	Endócrina	Diabetes da melitúria ou insossas, tifoide não activa, tifoide activa, cirurgia de tifoide, síndrome de <i>Cushing</i> , doença antroponímica, glândula pituitária, problemas de glândulas ou quaisquer outros problemas relacionados com glândulas.		
10	Costas e Músculos	Problemas ou operações do pescoço e das costas, dores recorrentes das costas, osteoporose (<i>osteoporosis</i>), espondilite nos tornozelos, reumatismo, osteoartrite, ou quaisquer outras disordens do esqueleto		
11	Neurológicos	Epilepsia, apoplexia (CVA), enxaqueca, lesões na cabeça ou no cérebro, lesões na medula espinal,		

		paralisia, escleroses múltiplas, atraso mental, narcolepsia, doença neurótica que afecta os movimentos, doença de Parkinson, doença de alzheimer ou quaisquer outros problemas neurológicos		
12	Psicológicos	Depressão, ansiedade, psicose, tentativas de suicídios, desordens bipolares, depressão maníaca, “Stress” esquizofrenia, síndrome de tourete, anorexia nervosa, recebeu aconselhamento ou ficou hospitalizado por causa do álcool ou de abuso de drogas, desordens de deficiência de atenção, Bulimia ou quaisquer outras condições psicológicas		
13	Tumores	Tumores ou inchaços malignos e benignos, incluindo melánicas, cancro da glândula da linfa (linfoma), leucemia, cancro da mama ou quaisquer outros tumores, inchaços e cancros.		
14	Sangue	Disordens relacionadas com o sangue, e.g. hemofilia, “Christmas factor deficiency”, plaqueta sanguínea, ou quaisquer outros disordens agudas relacionadas com o sangue.		
15	Pele	Eczema, “ance”, dermatose, psoríase, esclerodermia, ou quaisquer outras disordens da pele.		
16	Doenças de Transmissão Sexual	Conselho, tratamento ou qualquer aconselhamento relacionado com qualquer das seguintes doenças: HIV/SIDA, sífilis, gonorreia, herpes, úlcera genital, excrescência genital, Hepatite B ou quaisquer outras doenças ou disordens de transmissão sexual		
17	Hospitalização	Tu, o teu cônjuge ou qualquer um dos teus dependentes tem sido hospitalizado?		
18	Tratamento e Cirurgia	Estás tu, o teu cônjuge ou qualquer um dos teus dependentes à espera de qualquer conselho médico, tratamento ou estás a planear qualquer tratamento dentro dos próximos três ou seis meses?		
19	Passatempos perigosos	Tu, o teu cônjuge ou qualquer um dos teus dependentes pratica qualquer desporto perigoso ou tem uma ocupação perigosa, e.g motocross, paraquedismo, mergulho, ou quaisquer outros interesses ou passatempos perigosos?		
20	Gravidez	Estás tu, o teu cônjuge ou qualquer um dos teus dependentes presentemente em estado de gravidez?		
21	Outros	Existem outros factores relacionados com a tua saúde ou com a dos teus dependentes que não foram acima revelados?		
22	Tratamento planeado	Nos últimos 12 meses tu, o teu cônjuge ou qualquer um dos teus dependentes teve tratamento dental especial ou estás a planear qualquer tal tratamento dentro dos próximos seis meses?		

Número da Pergunta	Nome da pessoa que sofre da doença	Natureza e duração da doença ou sintomas. Data do diagnóstico e duração do tratamento	Datas em que os últimos sintomas foram sentidos	Datas exactas de tratamento/hospitalização	Medicação/tratamento e os respectivos custos mensais



Nota: Os requerentes do seguro devem enviar a informação necessária para a aceitação do pedido de seguro ao Prosperity via fax para a obtenção da aceitação do seguro por escrito antes de submeter o pedido e do pagamento dos prémios

Pedido de seguro aprovado
pela Prosperity

Data

Número da aceitação pela Prosperity