



É Cliente Fidelidade-Mundial? <input type="checkbox"/>	Nº Cliente <input type="text"/>	Nº Protocolo <input type="text"/>	Agência/Agente Nº <input type="text"/>
Seguro Novo <input type="checkbox"/>	Alteração <input type="checkbox"/>	Nº Apólice <input type="text"/>	Conta Cobrança Nº <input type="text"/>

1. TOMADOR DO SEGURO Por favor preencha na totalidade os campos abaixo. Utilize letra de imprensa, não abrevie o apelido, nem os três primeiros nomes.

Nome

Morada

Cód. Postal Localidade

Telefone Telemóvel Estado Civil

Email Data Nasc.

Nº Contrib. BI Profissão Sexo F M

NIB A indicação do NIB é imprescindível para crédito das comparticipações de Despesas Médicas por parte do Segurador.

2. DADOS DA APÓLICE

Início do Seguro Forma de pagamento Anual Semestral Trimestral Mensal Pagamento Mensal e Trimestral só disponível por Débito Directo (sujeito à fracção mínima).

Débito Directo Cobrança Postal ou Multibanco Agente

Se optou por débito directo, preencha por favor os dados abaixo.

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO POR DÉBITO DIRECTO (A preencher pelo Tomador do Seguro)

Banco Balcão

Nome Titular NIB

Titular da Conta Bancária (Assinatura igual à existente na conta) ✕

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

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

Nome

Nome abrev. para cartão Data Nasc.

Nº Contrib. Sexo F M

Email

Telefone Telemóvel Profissão

PESSOA SEGURA 2 GRAU DE PARENTESCO COM A PESSOA SEGURA 1

Nome

Nome abrev. para cartão Data Nasc.

Nº Contrib. Sexo F M

Email

Telefone Telemóvel Profissão

PESSOA SEGURA 3 GRAU DE PARENTESCO COM A PESSOA SEGURA 1

Nome

Nome abrev. para cartão Data Nasc.

Nº Contrib. Sexo F M

Email

Telefone Telemóvel Profissão

PESSOA SEGURA 4 GRAU DE PARENTESCO COM A PESSOA SEGURA 1

Nome

Nome abrev. para cartão Data Nasc.

Nº Contrib. Sexo F M

Email

Telefone Telemóvel Profissão

4. PLANO MULTICARE A CONTRATAR

Coberturas	Opção 1 <input type="checkbox"/>	Opção 2 <input type="checkbox"/>	Opção 3 <input type="checkbox"/>
Internamento Hospitalar	4 000 €	4 000 €	4 000 €
Ambulatório 1	750 €	750 €	750 €
Parto			
Normal	200 €	200 €	200 €
Cesariana	475 €	475 €	475 €
Interrupção Involuntária da Gravidez	125 €	125 €	125 €

(1) Inclui Medicamentos e Próteses e Ortóteses.

5. OUTROS SEGUROS

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

6. ELEMENTOS IDENTIFICATIVOS DA ENTIDADE PROTOCOLADA

Entidade N° Cartão

Anexar cópia do cartão ou documento comprovativo à presente Proposta de Seguro.

7. 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 rectificação.

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

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 objecto 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;
- efectuar, 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 respectivo, 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 exactidão 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 do Tomador do Seguro

Data

Preenchimento Interno

Código Entidade	<input type="text"/>	Data de Entrada	<input type="text"/>	Código de Produto	<input type="text"/>
Identificação/Aceitação	<input type="text"/>	N° Emp.	<input type="text"/>	Rúbrica	<input type="text"/>
				Serviços Técnicos	<input type="text"/>



Seguro Novo	<input type="checkbox"/>	Inclusão	<input type="checkbox"/>
Nº Apólice			
Data Adesão	Dia	Mês	Ano

Questionário Individual de Saúde

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

1. TOMADOR DO SEGURO

Nome NIF

2. PESSOA SEGURA

Nome Telm. Idade Sexo F M

3. INFORMAÇÕES GERAIS RELATIVAS À PESSOA SEGURA

3.1 Tem algum Seguro de Saúde? S N Em que Companhia?
 Desde quando? Nº de Apólice

3.2 Foi vítima de algum acidente (trabalho, viação, desportivo, outro)? S N Se foi, recebe alguma subvenção (pensão, seguro, etc.)? S N
 Quais as respectivas consequências?

3.3 Tem alguma incapacidade física, congénita ou adquirida? S N Tem alguma alteração de visão? S N
 Especifique

3.4 Sofre ou sofreu de alguma doença nos últimos 10 anos? S N
 Especifique

3.4.1 Indique se lhe foi feito algum diagnóstico ou indicado tratamento/cirurgia relacionados com algumas das situações abaixo descritas. Se a resposta for sim, por favor, especifique no ponto 3.4.2, identificando a respectiva alínea:

- a) Doença cardio-vascular (incluindo enfarte do miocárdio, angina de peito e cirurgia cardio-vascular)? S N
- b) Hipertensão arterial? S N
- c) Qualquer tipo de cancro ou tumor maligno, incluindo leucemia? S N
- d) Qualquer tipo de tumor ou quisto no cérebro ou no crânio? S N
- e) Qualquer tipo de tumor ou quisto nos últimos 24 meses? S N
- f) Acidente cérebro-vascular (incluindo lesões nas artérias do cérebro ou cirurgia cerebral)? S N
- g) Diabetes? S N
- h) Epilepsia? S N
- i) Doença ou incapacidade neurológica? S N
- j) Doença renal ou hepática? S N
- l) Teste positivo para HIV/SIDA ou Hepatite dos tipos B/C/D/E? S N

3.4.2 Em caso de resposta afirmativa a qualquer uma das questões anteriores, especifique os seguintes elementos:

Causa

Localização corporal exacta

Tratamentos efectuados

Consequências físicas

Próteses ou material cirurgicamente implantado

Exames de diagnóstico e tratamentos realizados ou a realizar

Estado clínico actual

3.5 Foi submetido(a) a alguma intervenção cirurgica nos últimos 5 anos? S N
 Especifique Data

3.5.1 No mesmo período, ocorreu algum internamento por motivo diferente do indicado em 3.5? S N
 Especifique Data



3.6 Faz algum tipo de tratamento médico com regularidade? S N

Especifique

3.7 Realizou, vai realizar ou aguarda resultados de algum exame médico? S N

Especifique

3.8 Toma medicamentos com regularidade? S N

Especifique

SÓ PARA MAIORES DE 16 ANOS

3.9 Fuma? S N Quantidade? Bebidas Alcoólicas? S N Tipo de Bebida Quantidade?

Outras Declarações

4. ÍNDICES BIOMÉTRICOS DA PESSOA SEGURA

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

5. MÉDICO(S) ASSISTENTE(S) DA PESSOA SEGURA

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

6. RESERVADO AOS SERVIÇOS DE ACEITAÇÃO DO SEGURADOR



DECLARAÇÕES

Declaro que tomei conhecimento de que está excluída das garantias qualquer doença ou incapacidade física preexistente à data da proposta de seguro.

Autorizo o Médico designado pelo Segurador a solicitar a qualquer outro Médico ou profissional de saúde as informações e documentos 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, 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