

REAL VIDA SEGUROS, S.A.

Sede: Av. de França, 316 - 2º, Edifício Capitólio
4050-276 Porto

Tel.: 220 410 700
Fax: 220 410 706

www.realvidaseguros.pt

Mediador Sabseg Corretor de Seguros, S.A. N.º 28076

Agente Cobrador _____ N.º _____

Seguro Novo

Proposta N.º / /

Alteração

Apólice N.º / /

Protocolo N.º 10101710

É obrigatória a resposta a todos os quesitos da presente proposta.

TOMADOR DO SEGURO

Nome _____

Morada _____ Localidade _____

Cód. Postal / / - / Telefone _____ Telemóvel _____

E-mail _____ Data de Nascimento / / Sexo F M

Profissão _____ NIF / / B.I./C.C. / / Estado Civil _____

Nome a constar no cartão _____

IBAN / / (Para crédito das participações das despesas médicas)

DADOS DA APÓLICE

Início do Seguro: Ano / Mês Dia

Duração: Ano e Seguintes

Pagamento do Prémio*: Anual

Forma de Pagamento: 1º Recibo

Recibos seguintes

Semestral

Tesouraria

Débito Directo (preencher Autorização de Débito Directo SEPA)

Trimestral

* Pagamento sujeito a fracção mínima

PESSOAS SEGURAS

1ª Pessoa Segura (preencher apenas se diferente do Tomador do Seguro)

Nome _____

Morada _____ Localidade _____

Cód. Postal / / - / Telefone _____ Telemóvel _____

E-mail _____ Data de Nascimento / / Sexo F M

Profissão _____ NIF / / B.I./C.C. / /

Nome a constar no cartão _____

IBAN / / (Para crédito das participações das despesas médicas)

2ª Pessoa Segura

Nome _____

Morada _____ Localidade _____

Cód. Postal / / - / Telefone _____ Telemóvel _____

E-mail _____ Data de Nascimento / / Sexo F M

Profissão _____ NIF / / B.I./C.C. / /

Nome a constar no cartão _____ Grau de Parentesco com a 1ª Pessoa Segura _____

3ª Pessoa Segura

Nome _____

Morada _____ Localidade _____

Cód. Postal / / - / Telefone _____ Telemóvel _____

E-mail _____ Data de Nascimento / / Sexo F M

Profissão _____ NIF / / B.I./C.C. / /

Nome a constar no cartão _____ Grau de Parentesco com a 1ª Pessoa Segura _____

Proposta N.º _____/_____/_____

Apólice N.º _____/_____/_____

4ª Pessoa Segura

Nome _____
Morada _____ Localidade _____
Cód. Postal _____-_____ Telefone _____ Telemóvel _____
E-mail _____ Data de Nascimento _____ Sexo F M
Profissão _____ NIF _____ B.I./C.C. _____
Nome a constar no cartão _____ Grau de Parentesco com a 1ª Pessoa Segura _____

5ª Pessoa Segura

Nome _____
Morada _____ Localidade _____
Cód. Postal _____-_____ Telefone _____ Telemóvel _____
E-mail _____ Data de Nascimento _____ Sexo F M
Profissão _____ NIF _____ B.I./C.C. _____
Nome a constar no cartão _____ Grau de Parentesco com a 1ª Pessoa Segura _____

PLANO DE GARANTIAS

Coberturas	Plano A <input type="checkbox"/>	Plano B <input type="checkbox"/>	Plano C <input type="checkbox"/>
Hospitalização	€ 1.000 ¹⁾	€ 2.000 ¹⁾	€ 5.000 ¹⁾
Acesso à Rede Social Advancecare	Sem limite	Sem limite	Sem limite
Subsídio Diário por Hospitalização	-	€ 25/ dia ²⁾	€ 25/ dia ²⁾

¹⁾Capital anual de indemnização.²⁾O valor duplica no caso de internamento numa UCI.**OUTROS SEGUROS**O risco proposto está abrangido por outro(s) contrato(s) de Seguro? Não Sim

Em caso afirmativo indicar:

Segurador _____ Data Início _____ Data Fim _____

DECLARAÇÕES/AUTORIZAÇÕES**1- Tomei conhecimento das Informações Pré-Contratuais que constam de documento que me foi entregue, bem como de todos os esclarecimentos de que necessitava para a compreensão do contrato, nomeadamente sobre as garantias e exclusões, sobre cujo âmbito e conteúdo fiquei esclarecido.****2- 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 as consequências do incumprimento de tal dever.****3- Autorizo a transmissão dos dados pessoais disponibilizados, às empresas do qual a Real Vida Seguros, S.A., faz parte, para utilização no âmbito dos respectivos objectos sociais e desde que tal seja compatível com a finalidade de recolha. Autorizo ainda o Segurador a proceder à recolha de dados complementares, sempre que necessários à manutenção da gestão contratual.****4- 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.****5- Autorizo 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 mesmo e como meio de prova.****6- Tomei conhecimento de que os dados pessoais fornecidos à Real Vida Seguros, S.A., serão processados e armazenados informaticamente por esta até que cessem definitivamente as relações contratuais estabelecidas, e destinam-se à sua utilização, bem como nas relações com os seus subcontratados. A Real Vida Seguros, S.A., tomará as diligências necessárias para assegurar que estas entidades oferecem garantias suficientes em relação às medidas de segurança e de organização do tratamento a adoptar/adoptadas. A Real Vida Seguros, S.A., assegurará que as entidades subcontratantes apenas actuarão mediante as suas instruções. As pessoas a quem estes dados dizem respeito podem, nos termos da lei, ter acesso à informação que lhes diga directamente respeito, podendo solicitar a sua correcção, aditamento ou eliminação desde que não seja determinante e condicione a relação contratual.****7- Tomei conhecimento de que os dados do contrato poderão ser comunicados à Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões, a Resseguradores, a Instituições Bancárias para cobrança das contrapartidas contratuais e a Organismos Públicos em cumprimento de um dever legal.****8- Declaro ter sido prestada pelo Mediador do Contrato, nos termos do Art.º 33.º do DL 144/2006, de 31 de Julho, a informação a que se refere o Art.º 32.º do mesmo diploma.**

Caso se oponha ao tratamento dos seus dados pessoais para acções de marketing da Real Vida Seguros, S.A. assinala aqui com uma cruz: _____

Data _____

(Assinatura do Tomador do Seguro conforme B.I./C.C.)