

REAL VIDA SEGUROS, S.A.

Sede: Av. da França, 316 - 5º, 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 [010101710]

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
 Semestral
 Trimestral

Forma de Pagamento: 1º Recibo Recibos seguintes
 Tesouraria Débito Directo (preencher Autorização de Débito Directo SEPA)

* 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)

Declaração de Saúde - 1ª Pessoa Segura

Declaro que estou de boa saúde e que não me encontro sujeito a qualquer tratamento ou acompanhamento médico regular, nem fui aconselhado a ser hospitalizado para me submeter a intervenção cirúrgica ou tratamento médico no último ano.

Mais declaro que nos últimos três anos não fiquei condicionado por motivo de saúde no exercício dos actos normais da minha vida diária ou profissional durante mais de três semanas consecutivas.

Declaro ainda ter tomado conhecimento que as omissões ou falsas declarações constituem causa de nulidade do presente contrato.

Não Sim

Caso não se encontre em condições de aceitar a presente declaração, deverá ser preenchido Questionário Clínico a fornecer pela Real Vida Seguros.

Data []/[]/[] _____

(Assinatura da 1ª Pessoa Segura conforme B.I./C.C.)

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 _____

Proposta N.º []/[]/[]

Apólice N.º []/[]

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 _____

Declaração de Saúde - 5ª Pessoa Segura

Declaro que estou de boa saúde e que não me encontro sujeito a qualquer tratamento ou acompanhamento médico regular, nem fui aconselhado a ser hospitalizado para me submeter a intervenção cirúrgica ou tratamento médico no último ano.

Mais declaro que nos últimos três anos não fiquei condicionado por motivo de saúde no exercício dos actos normais da minha vida diária ou profissional durante mais de três semanas consecutivas.

Declaro ainda ter tomado conhecimento que as omissões ou falsas declarações constituem causa de nulidade do presente contrato.

 Não Sim

Caso não se encontre em condições de aceitar a presente declaração, deverá ser preenchido Questionário Clínico a fornecer pela Real Vida Seguros.

Data []/[]/[] _____

(Assinatura da Pessoa Segura conforme B.I./C.C.)

DECLARAÇÕES/AUTORIZAÇÕES

- 1- Declaro que tomei conhecimento de que está excluída das garantias qualquer doença ou incapacidade física pré-existente à data de celebração do contrato.
- 2- 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.
- 3- 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 conferida.
- 4- Declaro que, com excepção dos pedidos de elementos clínicos para avaliação do risco, pretendo efectuar e receber toda a documentação em formato digital através do endereço de correio electrónico identificado na proposta de seguro, sendo este o meio preferencial para o envio de comunicações e informações, dispensando o seu envio em papel, cabendo-me zelar pela permanente actualização do endereço. As informações e comunicações consideram-se recebidas sempre que tenham sido remetidas para o endereço actualizado.
- 5- Tomo conhecimento que a Real Vida Seguros procede à recolha e tratamento dos dados pessoais dos tomadores de seguros, pessoas seguras, beneficiários do seguro e outros intervenientes nos contratos de seguro ("titulares dos dados"). Os dados pessoais objecto de tratamento são recolhidos na presente proposta e por outros meios complementares. São recolhidos os dados pessoais necessários à prossecução das finalidades do tratamento, a saber: diligências pré-contratuais, celebração e execução do contrato de seguro, e outras finalidades acessórias e relacionadas.
Tomo conhecimento da Política de Privacidade da Real Vida Seguros, disponível no site da Real Vida Seguros (www.realvidaseguros.pt), na qual constam, com maior detalhe as informações relacionadas com o tratamento dos dados pessoais dos titulares dos dados.

1ª Pessoa Segura

Data []/[]/[] _____

(Assinatura da 1ª Pessoa Segura conforme B.I./C.C.)

2ª Pessoa Segura

Data []/[]/[] _____

(Assinatura da 2ª Pessoa Segura conforme B.I./C.C.)

3ª Pessoa Segura

Data []/[]/[] _____

(Assinatura da 3ª Pessoa Segura conforme B.I./C.C.)

4ª Pessoa Segura

Data []/[]/[] _____

(Assinatura da 4ª Pessoa Segura conforme B.I./C.C.)

5ª Pessoa Segura

Data []/[]/[] _____

(Assinatura da 5ª Pessoa Segura conforme B.I./C.C.)

Proposta N.º / /

 Apólice N.º /
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 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- 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.

6- Declaro que pretendo efectuar e receber toda a documentação em formato digital através do endereço de correio electrónico identificado na proposta de seguro ou através da área reservada do site da internet do Segurador indicado nas Condições Particulares, sendo este o meio preferencial para o envio de comunicações e informações, dispensando o seu envio em papel, cabendo-me zelar pela permanente actualização do endereço. As informações e comunicações consideram-se recebidas sempre que tenham sido remetidas para o endereço actualizado.

7- Tomo conhecimento que a Real Vida Seguros procede à recolha e tratamento dos dados pessoais dos tomadores de seguros, pessoas seguras, beneficiários do seguro e outros intervenientes nos contratos de seguro ("titulares dos dados"). Os dados pessoais objecto de tratamento são recolhidos na presente proposta e por outros meios complementares. São recolhidos os dados pessoais necessários à prossecução das finalidades do tratamento, a saber: diligências pré-contratuais, celebração e execução do contrato de seguro, e outras finalidades acessórias e relacionadas.

Tomo conhecimento da Política de Privacidade da Real Vida Seguros, disponível no site da Real Vida Seguros (www.realvidaseguros.pt), na qual constam, com maior detalhe as informações relacionadas com o tratamento dos dados pessoais dos titulares dos dados.

 Data / /

 (Nome Completo do Tomador do Seguro conforme B.I./C.C.)

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

Declaro que concordo e autorizo que os meus dados pessoais sejam objecto de tratamento pela Real Vida Seguros, com base na Política de Privacidade da Real Vida Seguros, cujo conteúdo li e compreendi, para efeitos de comunicação - sob qualquer formato, incluindo correio, correio electrónico, SMS e contacto telefónico - de produtos, preços, condições e novidades comerciais da Real Vida Seguros.

 Data / /

 (Nome Completo do Tomador do Seguro conforme B.I./C.C.)

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

