

Proposta de Seguro

COM ASSINATURA Crédito Hipotecário: Sim Não
 Formadepagamento: Mensal Trimestral Semestral Anual
 Mediador/Funcionário _____ Data de Efeito _____

Tomador do Seguro

Nome completo (obrigatório): _____
 NIF (obrigatório): [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Número de Cartão de Cidadão (obrigatório): [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
 Data de nascimento (obrigatório): [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Sexo: _____ Estado Civil: _____
 Profissão descreva as suas funções: _____
 Morada (obrigatório): _____
 Cód.Postal (obrigatório): [] [] [] [] [] [] - [] [] [] Localidade (obrigatório): _____
 Distrito (obrigatório): _____ Telemóvel (obrigatório): _____
 Correio eletrónico (obrigatório): _____

Pessoa Segura (se diferente do Tomador)

Nome completo (obrigatório): _____
 NIF (obrigatório): [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Número de Cartão de Cidadão (obrigatório): [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
 Data de nascimento (obrigatório): [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Sexo: _____ Estado Civil: _____
 Profissão descreva as suas funções: _____
 Morada (obrigatório): _____
 Cód.Postal (obrigatório): [] [] [] [] [] [] - [] [] [] Localidade (obrigatório): _____
 Distrito (obrigatório): _____ Telemóvel (obrigatório): _____
 Correio eletrónico (obrigatório): _____

Beneficiário irrevogável-Entidade Bancária

Nome completo: _____ Data de vencimento: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
 Capital em Dívida: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Número do Empréstimo: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
 Número do Empréstimo: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Beneficiário(s) em caso de Morte (na falta de designação expressa serão considerados os herdeiros legais)

Nome completo (obrigatório): _____
 NIF (obrigatório): [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Número de Cartão de Cidadão (obrigatório): [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
 Morada (obrigatório): _____ Cód.Postal: [] [] [] [] [] [] - [] [] []
 Horário para contactar: _____ Prémio oferecido: _____

Beneficiário em caso de Invalidez Absoluta e Definitiva ou Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível (IDPAC - Antiga Invalidez Total e Permanente): a Pessoa Segura exceto no caso de indicação expressa do Tomador do Seguro.

Caso o Tomador do Seguro pretenda designar Beneficiários de forma irrevogável, o mesmo deverá assinar a seguinte confirmação: Eu, o Tomador do Seguro, tenho conhecimento que uma designação irrevogável significa que RENUNCIO AO DIREITO DE ALTERAR OS BENEFICIÁRIOS, BEM COMO AOS DIREITOS DE CESSAÇÃO E ONERAÇÃO DO CONTRATO, salvo disposição em contrário no Contrato.

O tomador do Seguro¹

1. ASSINAR APENAS CASO O TOMADOR DO SEGURO PRETENDA DESIGNAR IRREVOGALMENTE OS BENEFICIÁRIOS. Cumpre salientar que a designação irrevogável dos Beneficiários não é obrigatória. Caso esta secção não seja assinada, o segurador assumirá que qualquer designação de Beneficiários será revogável.

Garantias (marque o pretendido)**Capital Seguro:**

Morte (obrigatória)	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Morte por acidente (dobro do capital)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Invalidez Absoluta e Definitiva	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível 65% (IDPAC - Antiga Invalidez Total e Permanente 65%)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível por Acidente 65% (IDPAC - Antiga Invalidez Total e Permanente por Acidente 65%)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Invalidez Definitiva para a Profissão ou Atividade Compatível 60% (IDPAC - Antiga Invalidez Total e Permanente 60%)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Questionário Clínico da Pessoa Segura

1. Altura cm Peso kg

2. Está incapacitado total ou parcialmente, apresenta alguma doença incapacitante ou iniciou algum processo para a obtenção do grau de invalidez?

Sim Não Explique:

3. a) Durante os 3 últimos anos, interrompeu a sua atividade em consequência de uma doença/acidente por mais de 10 dias seguidos?

Sim Não Data e motivo:

b) Neste momento, encontra-se em situação de baixa médica?

Sim Não Explique:

4.- a) Consome álcool? Sim Não Explique:

Quantidade: Tipo: Frequência:

b) Consome tabaco? Sim Não Explique:

Quantidade: Tipo: Frequência:

c) Consome drogas? Sim Não Explique:

Quantidade: Tipo: Frequência:

5. Toma alguma medicação, segue ou foi-lhe recomendado algum tratamento médico ou cirúrgico, ou tem pendente receber algum resultado de alguma prova médica? (Por favor, ignore intervenções leves como amigdalite, apendicite, rinoplastia e septoplastia, quistos sebáceos, hérnias inguinais e extrações dentária simples).

Sim Não Medicação/Tratamento

Datas e diagnóstico:

6.- Sofre ou já sofreu de algum transtorno ou de uma das seguintes doenças: cardíaca, circulatória, respiratória, dermatológica, neurológica, mental, hepática, digestiva, reumatológica, óssea, endócrina, renal, urogenital, acidente vascular cerebral, cancro/tumor, doença degenerativa do sistema nervoso, visão, auditiva, síndrome ou malformação congénita, HIV/SIDA, hipertensão, colesterol, diabetes, hérnia, ou outras?

Sim Não Doenças:

Data e diagnóstico:

Tratamento:

Estado atual:

7. Pratica actividades de risco? Ou algum desporto?

Sim Não Se Sim, quais:

8. Observações

Declarações

Declaro ter conhecimento das Condições de Adesão ao Seguro Vida Asisa + Fácil e preencher as mesmas. Declaro ainda que é minha vontade aderir ao presente seguro de Vida.

Declaro que me foram prestadas as informações pré-contratuais legalmente previstas, tendo-me sido entregue para o efeito o documento respetivo para delas tomar integral conhecimento e 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 pela Seguradora, do dever de lhe comunicar com exatidão todas as circunstâncias que conheça e razoavelmente deva ter por significativas para apreciação do risco pela Seguradora, ainda que a sua menção não seja solicitada em questionário eventualmente fornecido pela Seguradora para esse efeito, bem com das consequências do incumprimento de tal dever.

De acordo com o previsto da legislação em vigor sobre Branqueamento de Capitais, declaro que o prémio pago no presente contrato não provém de atividades relacionadas com Branqueamento de Capitais nem de atividades ilícitas.

Mais garanto ter declarado com exatidão todas as circunstâncias do meu conhecimento e que são relevantes para apreciação do risco pela Seguradora, tendo tomado conhecimento das consequências da prestação de informações inexatas ou da omissão de informações relevantes.

Em _____ a _____ de _____ de _____

O Tomador do Seguro

A Pessoa Segura (se diferente do Tomador do Seguro)

Antes de assinar verifique o pedido e certifique-se de que respondeu a todas as questões.

Dados Pessoais

O Tomador do Seguro e a Pessoa Segura ficam informados, nos termos da lei aplicável, de que todos os dados pessoais transmitidos no âmbito da presente proposta, incluindo dados de saúde, serão tratados pela Asisa Vida Seguros S.A.U. - Sucursal em Portugal ("ASISA VIDA Seguros"), na qualidade de responsável pelo tratamento, para a subscrição da proposta de seguro de vida, sendo a execução do próprio contrato, o cumprimento de obrigações legais e, quando aplicável, o consentimento, a base legal para a ASISA VIDA Seguros tratar essa informação, pelo que todas as questões colocadas devem ser respondidas de forma verdadeira. Apenas será comunicada a informação pessoal do Tomador do Seguro e da Pessoa Segura a entidades terceiras no âmbito do que seja necessário para a gestão da apólice de seguro. O Tomador do Seguro e Pessoa Segura ficam também informados de que lhes assistem os direitos de acesso, retificação, apagamento, portabilidade, oposição, limitação, e o direito de não ficar sujeito a decisões exclusivamente automatizadas, que podem exercer mediante envio de comunicação escrita para o endereço de correio eletrónico do Encarregado de Proteção de Dados, disponível em www.asisa.pt, bem como o direito de apresentar reclamações à Comissão Nacional de Proteção de Dados.

Além disso, o Tomador do Seguro e a Pessoa Segura podem fornecer dados de beneficiários da apólice de seguro ou de outros tomadores com o intuito de formalizar a relação contratual com a ASISA VIDA Seguros. Neste contexto, antes de fornecer dados de terceiros, o Tomador do Seguro e a Pessoa Segura serão responsáveis por informá-los sobre as finalidades de tratamento levadas a cabo pela ASISA VIDA Seguros, devendo assegurar-se que os mesmos estão de acordo e dão o seu consentimento a esses tratamentos.

O Tomador e a Pessoa Segura poderão consultar toda a informação adicional sobre a proteção dos seus dados pessoais nas Informações Pré-contratuais.

- O Tomador do Seguro e a Pessoa Segura autorizam que a ASISA VIDA SEGUROS lhes envie informações relativas a qualquer um dos seus produtos ou serviços.
- O Tomador do Seguro e a Pessoa Segura autorizam que a ASISA VIDA SEGUROS lhes envie informações relativas a produtos ou serviços de entidades do grupo.

Autorizações e Dados Clínicos

O Tomador do Seguro e a Pessoa Segura consentem expressamente no tratamento dos seus dados de saúde pela ASISA VIDA Seguros, ou pelo médico por esta designado, e na recolha, junto de qualquer entidade que o tenha tratado ou examinado, da informação necessária sobre o seu estado de saúde para a (i) aceitação ou recusa de celebração do contrato de seguro, (ii) apuramento da existência de falsas declarações suscetível de influenciar a decisão de aceitação do contrato de seguro e, (iii) determinação das causas e consequências de qualquer sinistro que seja participado à ASISA VIDA Seguros. Autorizam ainda que, em caso de falecimento e para efeitos de pagamento de qualquer indemnização que seja devida ao abrigo do contrato de seguro, qualquer entidade pública ou privada faculte à ASISA VIDA Seguros, através de médico designado, o relatório de autópsia assim como outros documentos elucidativos da origem, causas e evolução da doença ou do acidente de que resultou o sinistro.

O Tomador do Seguro que fornece o respetivo endereço de correio eletrónico confirma que acede regularmente à internet e que opta expressamente por receber da Seguradora e enviar qualquer comunicação e/ou correspondência relacionada com o presente Contrato através de um suporte duradouro distinto do papel, nomeadamente, correio eletrónico.

O Tomador do Seguro reconhece e atribui força probatória plena a quaisquer documentos eletrónicos sem assinatura certificada, desde que enviados através ou para o respetivo endereço de correio eletrónico.

O Tomador do Seguro e a Pessoa Segura declaram expressamente que esta autorização foi prestada de forma inteiramente livre e com integral informação sobre os fins a que se destina.

Em _____ a _____ de _____ de _____

O Tomador do Seguro

A Pessoa Segura (se diferente do Tomador do Seguro)

Antes de assinar verifique o pedido e certifique-se de que respondeu a todas as questões.

Autorização de Débito Direto (ADD)

Ao subscrever esta autorização, está a autorizar a Asisa Asistencia Sanitária Interprovincial de Seguros S.A.U. – Sucursal em Portugal a enviar instruções ao seu Banco para debitar a sua conta, de acordo com as instruções da Asisa Asistencia Sanitária Interprovincial de Seguros S.A.U. – Sucursal em Portugal.

Os seus direitos incluem a possibilidade de exigir do seu Banco o reembolso do montante debitado, nos termos e condições acordados com o seu Banco.

O reembolso deve ser solicitado até um prazo de oito semanas a contar da data do débito na sua conta. Preencha por favor todos os campos assinalados com *.

O preenchimento dos campos assinalados com ** é da responsabilidade da Seguradora.

By signing this mandate form, you authorise Asisa Asistencia Sanitária Interprovincial de Seguros S.A.U. – Sucursal em Portugal to send instructions to your Bank to debit your account in accordance with the instructions from Asisa Asistencia Sanitária Interprovincial de Seguros S.A.U. – Sucursal em Portugal.

As part of your rights, you are entitled to a refund from your Bank, under the terms and conditions of your agreement with your Bank. A refund must be claimed within eight weeks starting from the date on which your account was debited. Please complete all the fields marked with *

Identificação do Devedor Debtor Identification

*Nome do(s) Devedor(es):

*Name of the debtor:

Nome da rua e número:

Street name and number:

Código Postal:

Postal code:

Cidade:

City:

País:

Country:

*Número de conta – IBAN a debitar:

*Account number - IBAN to debit:

PIT50

*BIC SWIFT:

*SWIFT BIC:

Identificação do Credor Creditor Identification

**Nome do Credor:

**Creditor name:

Asisa Vida Seguros, S.A.U. - Sucursal em Portugal

**Identificação do Credor:

**Creditor identifier:

**Nome da rua e número:

**Street name and number:

Edifício Liberdade 225, Rua Rosa Araújo, n.º 2, 3.º Esq.

**Código Postal:

**Postal code:

1250-195

**Cidade:

**City:

Lisboa / Lisbon

**País:

**Country:

Portugal

*Tipo de pagamento:

*Type of payment:

*Pagamento recorrente

*Recurrent payment:

Pagamento pontual

One-off payment

Local de assinatura:

City or town in which you are signing

*Data

*Date

*Assinar aqui por favor:

*Signature

Os seus direitos, referentes à autorização acima referida, são explicados em declaração que pode obter do seu Banco.

Your rights regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.

Espaço reservado para a seguradora: