

N.º Apólice

O presente documento faz parte integrante da(o)

<input type="checkbox"/> APÓLICE-RECIBO	<input type="text"/>	com o Recibo provisório n.º	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> PROPOSTA	<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> BOLETIM DE ADESÃO – Seguro de Vida Grupo	<input type="text"/>		

Anexar à apólice-recibo/proposta de seguro/boletim de adesão em envelope fechado, depois de devidamente preenchido e assinado. No caso de o seguro ter mais do que uma Pessoa Segura, é obrigatório o preenchimento de um questionário médico por Pessoa Segura.

TOMADOR DO SEGURO

Nome

PESSOA SEGURA

Nome

Data de nascimento N.º de Ident. Fiscal

Profissão Função

Documento de Identificação: B.I. Cartão de Cidadão N.º

Questionário	Sim	Não
1. Altura (cm): _____ Peso (kg): _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. É fumador(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tem algum tipo de incapacidade física ou psíquica? Qual? _____ Grau % _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Está sob algum tipo de tratamento médico para alguma doença grave ou doença crónica (incluindo alterações dos valores de Colesterol e Tensão Arterial)? Qual? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Já esteve alguma vez hospitalizado(a), foi submetido(a) a alguma cirurgia ou tem prevista alguma intervenção clínica? Qual e porquê? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sofre ou já sofreu de:		
a) Patologia do Foro Oncológico? Qual? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Patologia Cardíaca? Qual? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Patologia Vascular, Arterial ou Venosa? Qual? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Patologia Osteo-articular? Qual? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Outras patologias não especificadas? Quais? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Tem antecedentes familiares importantes, nomeadamente do Foro Oncológico, Cardiovascular, Neurológico, Diabetes ou outros? Quais? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se respondeu afirmativamente a alguma das questões anteriores, esclareça pormenorizadamente datas, evolução, tratamento e resultado: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Pratica algum desporto? Qual? _____ Participa em competições? Quais? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outros factores significativos para apreciação do risco: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



O presente documento faz parte integrante da(o)

 APÓLICE-RECIBO

com o Recibo provisório n.º _____

 PROPOSTA

 BOLETIM DE ADESÃO – Seguro de Vida Grupo

PESSOA SEGURA

Nome

DECLARAÇÕES

O presente questionário faz parte integrante da apólice-recibo/proposta de seguro/boletim de adesão e, mesmo que tenha sido preenchido por terceiros, todas as respostas foram por mim lidas e confirmadas pelo que correspondem à verdade, estando ciente que as declarações inexatas ou reticentes ou a omissão de factos que viciem a apreciação do risco tornam a Apólice/Adesão anulável.

Declaro que tenho conhecimento que as garantias cobertas por esta Apólice/Adesão só terão efeito se a apólice-recibo/proposta de seguro/boletim de adesão for aceite pela Ageas Portugal, Companhia de Seguros de Vida, S.A.

Declaro que tomei conhecimento que estou obrigado(a) a responder com exactidão e veracidade a todas as questões colocadas na apólice-recibo/proposta de seguro/boletim de adesão e no presente questionário médico e a declarar todas as circunstâncias ou factos que conheça e que sejam significativos para a avaliação do risco proposto, mesmo que não tenham sido solicitados expressamente no questionário médico, devendo-o fazer no campo assinalado para o efeito denominado "Outros factores significativos para apreciação do risco" sob pena de serem aplicáveis as consequências previstas nas Condições Gerais da Apólice.

Estou de acordo com a realização de todos os exames médicos que me sejam solicitados ao abrigo da presente apólice-recibo/proposta de seguro/boletim de adesão e autorizo o envio dos resultados para a Ageas Portugal, Companhia de Seguros de Vida, S.A.

A Pessoa Segura

(Assinatura da Pessoa Segura ou de quem legalmente a represente, conforme documento de identificação, sem rasuras, entrelinhas ou emendas)

AUTORIZAÇÕES DADOS PESSOAIS E ACESSO A DADOS CLÍNICOS

Autorizo o tratamento automatizado de todos os meus dados pessoais, bem como dos elementos clínicos constantes do presente questionário médico. A Ageas Portugal, Companhia de Seguros de Vida, S.A. poderá transmitir os dados pessoais de identificação reportados ao Tomador do seguro e a cada uma das Pessoas Seguras bem como do respectivo contrato, a entidades subcontratadas para assegurarem especificamente o serviço de assistência.

Autorizo expressamente a Ageas Portugal, Companhia de Seguros de Vida, S.A. a transmitir, sob regime de absoluta confidencialidade às entidades subcontratadas para efeitos de Gestão de Sinistros do presente contrato, todos os dados e elementos recolhidos, inclusive sobre o meu estado de saúde e respectivos elementos clínicos.

Eu, Pessoa Segura do presente contrato de seguro, declaro que autorizo o médico designado pela Ageas Portugal, Companhia de Seguros de Vida, S.A. a solicitar, mesmo depois do meu falecimento, a qualquer outro médico ou profissional de saúde, informações e documentos, nomeadamente, relatórios clínicos, relatórios de internamento e resultados de exames auxiliares de diagnóstico, cópia de certificados de óbito ou outra documentação relativos à minha saúde que julguem necessários para determinar a origem, causa e evolução da doença ou acidente que tenha sido causa, directa ou indirecta do sinistro que seja participado ao Segurador, por mim, pelo(s) Beneficiário(s) ou pelos meus herdeiros.

Mais autorizo os referidos médicos e profissionais de saúde a prestarem ao médico designado pela Ageas Portugal, Companhia de Seguros de Vida, S.A., mesmo após o meu falecimento, todas as informações e documentos que lhes sejam por este solicitados no âmbito da autorização que agora lhe conferi.

Tomei conhecimento de que a recusa do presente consentimento poderá determinar, caso existam indícios que evidenciem ter havido omissão ou inexactidões aquando da declaração do risco e ou aquando da participação de sinistro, que o Segurador fica impossibilitado de proceder, enquanto não forem prestadas as informações por este requerido, à regularização de sinistro que vier a ser participado ao abrigo do contrato de seguro.

A Pessoa Segura

_____ de _____ de _____

(Assinatura da Pessoa Segura ou de quem legalmente a represente, conforme documento de identificação, sem rasuras, entrelinhas ou emendas)