

Questionário Clínico da Pessoa Segura

- 1.- Fuma mais de 5 cigarros por dia? Sim Não Indique quantidade, tipo e frequência:
- 2.- Ingere mais de 5 unidades de álcool/semana? (1 unidade=cerveja/vinho, 2 unid.=copo de whisky...) Sim Não
Indique a quantidade
- 3.- Usa motociclo? Sim Não Indique cilindrada: Anos de carta de motociclo
- 4.- Está incapacitado total ou parcialmente, apresenta alguma doença incapacitante ou iniciou algum processo para a obtenção do grau de invalidez?
 Sim Não Se Sim, explique:
- 5.- Durante os 3 últimos anos, interrompeu a sua atividade em consequência de uma doença ou acidente por um período superior a 10 dias?
 Sim Não Neste momento, encontra-se em situação de baixa médica? Sim Não
Se Sim, explique:
- 6.- Pratica algum desporto? Sim Não Se Sim, quais:
- 7.- Altura cm Peso: Kg.

Se responder afirmativamente, desenvolva a sua resposta na caixa correspondente na coluna da direita:

8.- Padece ou já padeceu de alguma das seguintes doenças: cardíaca, circulatória, respiratória, neurológica, mental, hepática, digestiva, reumatológica, insuficiência renal, urogenital, acidente vascular cerebral, cancro/tumor, doença degenerativa do sistema nervoso, síndrome ou malformação congénita, hipertensão, colesterol, diabetes ou hérnia?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Em que ano? Qual é o seu estado atual?
9.- Vai ser submetido ou foi submetido a algum tratamento médico, psiquiátrico, psicológico ou de reabilitação?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Em que ano? Motivo: Tratamento/medicação:
10.- Padece de alguma limitação, defeito físico ou foi vítima de algum acidente?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual? Em que data:
11.- Foi submetido, ou prevê que venha a ser submetido a alguma intervenção médica ou cirúrgica, radiografia ou eletrocardiograma, TAC, Ressonância Magnética Nuclear, Eletrocardiograma?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual? Em que data: Resultado?
12.- Foi-lhe recomendado realizar, ou já realizou algum tipo de check-up médico ou análise de sangue para SIDA, hepatite, ou alguma doença sexualmente transmissível?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual? Em que data: Resultado?
13.- Padece ou já padeceu de alguma outra doença não mencionada que tenha obrigado a estar com supervisão ou tratamento médico durante mais de duas semanas nos últimos cinco anos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual? Em que data: Estado Atual:
14.- Consome ou já consumiu alguma droga (heroína, cocaína ou droga sintética)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual? Em que data:
15.- Viaja para fora da Comunidade Europeia? (exceto viagens de lazer)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Desenvolva a sua resposta:
16.- Alguma vez lhe foi recusada ou aceite com condições especiais uma proposta de seguro de vida, de acidente, de doenças graves ou de saúde?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Em que data: Motivo?
17.- Está a solicitar ou tem algum outro seguro de vida?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Com que seguradora? Qual o capital?

Espaço reservado para a seguradora:

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 erazoavelmente 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

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

O Tomador do Seguro

A Pessoa Segura (se diferente do Tomador do Seguro)

Dados Pessoais

O Tomador do Seguro e a Pessoa Segura prestam o seu consentimento expresso para que os dados pessoais fornecidos, incluindo os de saúde, bem como qualquer outro dado que possa ser fornecido pelos mesmos no decurso da relação contratual, sejam incluídos num ficheiro automatizado, da responsabilidade da ASISA VIDA SEGUROS, S.A. - SUCURSAL EM PORTUGAL (de agora em diante, ASISA VIDA SEGUROS), com vista ao cumprimento e à execução da relação contratual, à prevenção e investigação de fraude, à gestão e ao desenvolvimento subjacente à atividade seguradora, à gestão da apólice de seguro, à avaliação e definição do risco, bem como ao envio, por parte da mesma, de comunicações relativas a qualquer um dos seus produtos ou serviços ao cumprimento de quaisquer obrigações legais, bem como ao envio, por parte da mesma, de comunicações relativas a qualquer um dos seus produtos ou serviços.

Os referidos dados serão objeto de tratamento por parte da ASISA VIDA SEGUROS, podendo ser comunicados a terceiros, entidades públicas ou privadas que intervenham na gestão da sua atividade, para cumprimento e execução da relação contratual ou de obrigações legais. Mediante requerimento do titular dos dados pessoais, a ASISA VIDA SEGUROS compromete-se a facultar-lhe uma lista das referidas entidades. A ausência de resposta às perguntas formuladas ou a falta de veracidade sobre as mesmas impedirá o tratamento do pedido, sendo por isso obrigatório responder com verdade.

Além disso, o Tomador do Seguro e a Pessoa Segura assumem o compromisso de informar os beneficiários do conteúdo da presente cláusula e de obter o consentimento dos beneficiários, com vista a que os mesmos forneçam os seus dados pessoais à ASISA VIDA SEGUROS.

Os titulares dos dados poderão exercer os direitos de acesso, retificação, cancelamento e oposição ao tratamento dos mesmos. Para o efeito, deverão contactar a ASISA VIDA SEGUROS, Departamento de Assessoria Jurídica, Edifício Liberdade 225, Rua Rosa Araújo, nº 2, 3.º Esquerdo, 1250-195 Lisboa.

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

Autorizações e Dados Clínicos

O Tomador do Seguro e a Pessoa Segura autorizam a recolha de informação ou esclarecimento adicional relacionado com elementos clínicos através dos contactos indicados na presente Proposta. O Tomador do Seguro e a Pessoa Segura autorizam a Seguradora ou o médico por esta designado a inquirir junto de qualquer entidade, médicos ou profissionais de saúde que o(s) tenha(m) tratado e/ou examinado a pedir todos os elementos clínicos e/ou médicos e/ou hospitalares necessários sobre o seu estado de saúde relacionados com intervenções cirúrgicas, internamentos hospitalares, consultas médicas e exames complementares de diagnóstico ou observações para efeito de (i) aceitação ou recusa de celebração do contrato de seguro Asisa Vida + Fácil, (ii) apuramento da existência de falsas declarações sobre o estado de saúde do(s) Segurado(s) / Pessoa(s) Segura(s) suscetíveis de influenciarem a decisão de aceitação do contrato de seguro do ramo Vida, (iii) determinação das causas e consequências de qualquer sinistro que seja participado à Seguradora.

Para os efeitos do disposto no parágrafo anterior, o Tomador do Seguro e a Pessoa Segura desde já também expressamente autorizam as referidas entidades a prestarem ao médico designado pela Seguradora as informações e documentos que lhes sejam por este solicitados no âmbito da autorização agora conferida.

Expressamente autorizam ainda que os dados recolhidos neste documento e no decurso da relação contratual poderão ser fornecidos às autoridades judiciais ou administrativas, desde em cumprimento de uma obrigação legal.

O Tomador do Seguro e a Pessoa Segura poderão ter acesso à informação que lhes diga diretamente respeito, solicitando a sua correção, aditamento ou eliminação, mediante contacto direto ou por escrito para a Seguradora.

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

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

O Tomador do Seguro

A Pessoa Segura (se diferente do Tomador do Seguro)

Autorização de Débito Direto (ADD)

Ao subscrever esta autorização, está a autorizar a Asisa Vida 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 Vida 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 Vida Seguros, S.A.U. - Sucursal em Portugal to send instructions to your Bank to debit your account in accordance with the instructions from Asisa Vida 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:
*Account number - IBAN

P	T	5	0																
---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

*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 225, Rua Rosa Araújo, nº 2, 3º 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: