

Proposta N.º []/[]/[]

Apólice N.º []/[]/[]

BENEFICIÁRIOS
Beneficiário Irrevogável em caso de Morte ou Invalidez Não Sim Nome da Entidade _____

Beneficiários em caso de Morte (na falta de indicação expressa de Beneficiários, consideram-se como tal os herdeiros legais da Pessoa Segura)

 Herdeiros Legais Outros (Designação Genérica) _____ Designação Específica (preencher informação abaixo)

Nome _____

Morada _____ Cód. Postal []-[]

Data de Nascimento []/[]/[] NIF []-[]-[]-[]-[]-[]-[]-[]-[]-[] B.I./C.C. []-[]-[]-[]-[]-[]-[]-[]-[]-[]

Nome _____

Morada _____ Cód. Postal []-[]

Data de Nascimento []/[]/[] NIF []-[]-[]-[]-[]-[]-[]-[]-[]-[] B.I./C.C. []-[]-[]-[]-[]-[]-[]-[]-[]-[]

Beneficiários em caso de Invalidez (na falta de indicação expressa de Beneficiários, considera-se como tal a Pessoa Segura)

 Pessoa Segura Outros (Designação Genérica) _____ Designação Específica (preencher informação abaixo)

Nome _____

Morada _____ Cód. Postal []-[]

Data de Nascimento []/[]/[] NIF []-[]-[]-[]-[]-[]-[]-[]-[]-[] B.I./C.C. []-[]-[]-[]-[]-[]-[]-[]-[]-[]

Nome _____

Morada _____ Cód. Postal []-[]

Data de Nascimento []/[]/[] NIF []-[]-[]-[]-[]-[]-[]-[]-[]-[] B.I./C.C. []-[]-[]-[]-[]-[]-[]-[]-[]-[]

 Outros beneficiários? Não Sim (Em caso afirmativo preencher o anexo "Nomeação de Beneficiários")

 No caso de impossibilidade comprovada de contacto, durante um ano seguido, com o Tomador do Seguro e com a Pessoa Segura, no caso de serem pessoas distintas, autoriza que se contacte(m) o(s) Beneficiário(s) em caso de morte, alertando-os para esse facto, nos termos e para efeitos no Art. 5º do Decreto-Lei 384/2007, de 19 de novembro? Não Sim
DECLARAÇÕES/AUTORIZAÇÕES

- 1- Tomei conhecimento das Informações Pré-Contratuais que constam de documento que me foi entregue e que integram o presente contrato.
 - 2- Dou acordo a que as Condições Gerais, e Especiais se as houver, aplicáveis ao contrato me sejam entregues no site da Internet indicado nas Condições Particulares.
 - 3- Autorizo o Segurador a proceder à recolha de dados complementares, sempre que necessários à manutenção da gestão contratual.
 - 4- Declaro ter sido prestada pelo Mediador do Contrato, nos termos do Art.º 33.º do DL144/2006, de 31 de Julho, a informação a que se refere o Art.º 32.º do mesmo diploma.
 - 5- As omissões, inexactidões e falsidades, no que respeita a dados de fornecimento obrigatório ou facultativo neste documento são da minha inteira responsabilidade, independentemente de me serem, ou não, questionados e ainda que tenham sido preenchidos por terceiros e apenas por mim assinado.
 - 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.)

Proposta N.º / / Apólice N.º / **DECLARAÇÃO DE BOA SAÚDE**

Preencher caso enquadrável no critério abaixo. Caso não se encontre em condições de aceitar a presente declaração preencher Questionário Clínico.

- Idade igual ou inferior a 55 anos independentemente do Módulo subscrito.

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

Mais declaro que, nos últimos três anos, não interrompi a minha actividade profissional por motivos de saúde durante mais de três semanas consecutivas e que estou actualmente a exercê-la normal e regularmente.

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

Data / /

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

QUESTIONÁRIO CLÍNICO

Preencher caso não se enquadre nos critérios da Declaração de Boa Saúde.

Sempre que necessário, anexar folha com informações complementares ao questionário abaixo para esclarecer com precisão e rigor os respectivos riscos de saúde.

1. Tem ou teve alguma proposta de seguro de Vida recusada ou aceite em condições especiais? Não Sim

Se sim, quando e qual o motivo? _____

2. Já foi submetido a alguma intervenção cirúrgica e/ou esteve hospitalizado nos últimos 5 anos? Não Sim

Se sim, indique qual e/ou motivo: _____

3. Tem ou teve alguma doença que o tenha obrigado a interromper a sua actividade por mais de 15 dias nos últimos 4 anos? Não Sim

Se sim, qual? _____

4. Tem deficiências de audição, visão, motoras ou sequelas de algum acidente grave das quais resultaram grau de desvalorização? Não Sim

Se sim, qual o grau de desvalorização: _____

5. Sofre ou sofreu de doença cardíaca, respiratória, renal, hematológica, oncológica, auto-imune, neurológica, do aparelho digestivo ou do sistema endócrino/metabólico (ex. tiroide ou diabetes)? Não Sim

Se sim, especifique a doença: _____

6. Já foi submetido a testes de despistagem de seropositividade de HIV, Hepatite "B" ou "C" com resultados positivos? Não Sim

7. Fuma? Não Sim

Se sim, indique a quantidade/dia: Até 20 cigarros Mais de 20 cigarros

8. Consome ou consumiu medicamentos ou drogas de abuso ou estupefacientes? Não Sim

Se sim, especifique quais e há quanto tempo: _____

9. Normalmente ingere bebidas alcoólicas? Não Sim

Se sim, indique tipo de bebida e quantidade/dia: _____

10. Peso (Kg) Altura (Cm) Tensão arterial Máx. Min.

Data / /

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

Proposta N.º / / Apólice N.º / **DECLARAÇÕES/AUTORIZAÇÕES**

1- Confirmo a exactidão das informações que prestei para efeitos de apreciação do risco e declaro não ter omitido nada em relação ao meu estado de saúde, independentemente de me ter sido, ou não, questionado e ainda que os factos tenham sido preenchidos por terceiros e apenas por mim assinado o documento. Estou ciente também de que qualquer falsa declaração ou omissão da minha parte, relativa ao termo de responsabilidade, terá como consequência a anulação do contrato com possibilidade de retenção dos prémios, sem qualquer cobertura dos riscos relacionados com o risco omitido ou declarado inexactamente.

2- Tomei conhecimento que estão excluídas todas as patologias pré-existentes à data de adesão a este seguro e toda ou qualquer patologia futura com relação directa ou indirecta com as mesmas.

3- Para os efeitos do presente contrato, autorizo um médico designado pela Real Vida Seguros, S.A. a inquirir junto de qualquer entidade que me tenha tratado e/ou examinado, a pedir todos os elementos clínicos e/ou médicos e/ou hospitalares necessários sobre o meu estado de saúde relacionados com intervenções cirúrgicas, internamentos hospitalares, consultas médicas, e exames complementares de diagnóstico para efeito de aceitação ou recusa da celebração do contrato de seguro do ramo vida ou para efeito de apuramento da existência de falsas declarações sobre o meu estado de saúde susceptíveis de influenciarem a decisão de aceitação do contrato de seguro do ramo vida e de gerarem a anulabilidade deste. Declaro expressamente que esta autorização foi prestada por forma inteiramente livre e com integral informação sobre os fins a que se destina, aceitação, recusa ou regularização de sinistro participado por mim, meus herdeiros ou beneficiários, aceitando que a mesma é irrevogável enquanto se mantiver em vigor este contrato de seguro, tendo sido adequadamente informado sobre todos os aspectos relativos ao tratamento de dados pessoais bem como as consequências de recusa de consentimento, caso em que a Real Vida Seguros, S.A. se reserva ao direito de recusar a subscrição do contrato de seguro.

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.

Data / /

(Nome Completo da Pessoa Segura conforme B.I./C.C.)

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

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

Autorização de Débito Directo SEPA

Referência da autorização (ADD) a completar pelo Segurador*Mandate reference - to be completed by the Creditor*

Ao subscrever esta autorização, está a autorizar a Real Vida Seguros, S.A. a enviar instruções ao seu Banco para debitar a sua conta e o seu Banco a debitar a sua conta, de acordo com as instruções da Real Vida Seguros, S.A..

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 os campos assinalados com *. O preenchimento dos campos assinalados com ** é da responsabilidade do segurador.

By signing this mandate form, you authorise Real Vida Seguros S.A. to send instructions to your bank to debit your account and your bank to debit your account in accordance with the instructions from Real Vida Seguros S.A..

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 8 weeks starting from the date on which your account was debited. Please complete all the fields marked. Fields marked with** must be completed by the Creditor.*

IDENTIFICAÇÃO DO TOMADOR DO SEGURO/TITULAR DA CONTA - POLICY HOLDER / ACCOUNT HOLDER IDENTIFICATION*** Nome do Tomador do Seguro/Titular da Conta**** Name of the policy holder/account holder**** Nome da rua e número**** Street name and number**** Código Postal** | | | | | - | | | | |** Postal code**** Cidade**** City**** País**** Country**** Número de conta - IBAN** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |** Account number - IBAN**** BIC SWIFT** | | | | | | | | | |** SWIFT BIC***IDENTIFICAÇÃO DO SEGURADOR - INSURER IDENTIFICATION****** Nome do Segurador** **REAL VIDA SEGUROS, S.A.***** Insurer name***** Identificação do Segurador***** Insurer identifier***** Nome da rua e número** **AVENIDA DE FRANÇA, 316 - 2º PISO EDIFÍCIO CAPITÓLIO***** Street name and number***** Código Postal** | 4 | 0 | 5 | 0 | - | 2 | 7 | 6 | **PORTO***** Postal code***** Cidade** **PORTO***** City***** País** **PORTUGAL***** Country***RELATIVAMENTE AO CONTRATO - IN RESPECT OF THE CONTRACT****Número de identificação do contrato subjacente** | | | | | | | | | |*Identification number of the underlying contract***Produto***Type of insurance***TIPOS DE PAGAMENTO - TYPE OF PAYMENTS****Pagamento recorrente** **ou***Recurrent payment**or***Pagamento pontual** *One-off payment***Local e Data***Location and Date****Assinatura****Signature*

Os seus direitos, referentes à autorização acima referida, são explicados em declaração que pode obter no seu Banco.
Your rights regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.