

REAL VIDA SEGUROS, S.A.

Sede: Av. de França, 316 - 2º, Edifício Capitólio  
4050-276 Porto

Tel.: 220 410 700

Fax: 220 410 706

www.realvidaseguros.pt



Seguro Novo

Alteração

Proposta N.º \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Apólice N.º \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

#### Informação Confidencial

A aceitação do Seguro está dependente do total preenchimento deste Questionário, que deve ser anexo à Proposta de Seguro. Deverá ser preenchido um Questionário por cada Pessoa Segura.

#### TOMADOR DO SEGURO

Nome \_\_\_\_\_ NIF \_\_\_\_\_

#### PESSOA SEGURA

Nome \_\_\_\_\_ NIF \_\_\_\_\_

#### INFORMAÇÕES DE SAÚDE

1. Tem actualmente alguma lesão, doença ou enfermidade?  Não  Sim

Se sim, quais? \_\_\_\_\_

2. Já teve ferimentos graves ou doenças tratadas em meio hospitalar por mais de 24 horas?  Não  Sim

Se sim, especifique \_\_\_\_\_

3. Consome ou consumiu drogas para outros fins que não médicos?  Não  Sim

Se sim, quais e porquê? \_\_\_\_\_

#### 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.

Data \_\_\_\_\_

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