

OCIDENTAL
grupo ageas

☐ Seguro Novo ☐ Alteração Apólice n.º

Sucursal

Mediador **207074605** Banco Comercial Português SA

Millennium
bcp

TOMADOR DO SEGURO

Banco Comercial Português, SA

IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA SEGURA

PESSOA SEGURA

Nome Completo:

Data de Nascimento:

Sexo: ☐ F ☐ M

Naturalidade:

Nacionalidade:

(no doc. de identificação):

Outras nacionalidades:

N.º Doc. Identificação:

☐ C.C. ☐ B.I. ☐ Passaporte ☐ Outro (indicar):

Emitente do documento de
identificação:

Validade do documento:

N.º. Identificação Fiscal:

Estado Civil:

Residência Permanente:

Código Postal: -

Localidade:

País:

Residência Fiscal (se diferente da Permanente):

Código Postal: -

Localidade:

Telefone (casa/outro):

Telemóvel:

E-mail:

Profissão:

Entidade Patronal:

☐ Não autoriza

☐ Autoriza

O envio de informação relativa à gestão contratual para o

☐ Não autoriza

☐ Autoriza

O envio de informação relativa à gestão contratual por email.

DATA INICIO E DURAÇÃO, COBERTURAS E CAPITALIS

Data de Início do seguro/Alteração:

Corresponde à data de aceitação do risco proposto ou outra data indicada na presente proposta se posterior.

Havendo aceitação da presente proposta, a cobertura dos riscos verifica-se apenas com o pagamento do prémio ou fração devidos.

No 1.º recibo de prémio acresce o custo de Apólice no valor de 5,00€. Para as alterações que impliquem a revisão de prémio, acrescerá o custo de emissão da respetiva Ata Adicional, atualmente fixado em 5,00€.

Duração do contrato:

1. O seguro é válido desde a sua data início e pelo período de um ano, sendo automaticamente renovado à data aniversária.
2. A idade atuarial mínima de subscrição é de 50 anos e a máxima de 75 anos da Pessoa Segura.
3. A idade atuarial limite de permanência é de 100 anos para todas as coberturas.

Periodicidade do Pagamento do Prémio: Mensal

1ª. PESSOA SEGURA

Coberturas:	Capital Seguro:	Opção €20	Opção €35	Opção €50
☒ Morte	€1.000,00	☐	☐	☐
☒ Doenças Graves				

Durante a vida da apólice e para qualquer opção selecionada, o cliente terá acesso aos seguintes serviços de suporte:

Serviço	Descrição	Limites	Condições
Médico ao domicílio	Envio de médico ao domicílio	Ilimitado/ano; Co-pag. 10€	Após triagem
Enfermagem ao Domicilio	Envio de profissional especializado	5x/ano	C/ prescrição
Fisioterapia ao domicilio	Envio de profissional especializado	5x/ano	C/ prescrição
Análises ao domicílio	Envio de técnico ao domicílio (análises standard)	1x/ano	C/ prescrição
Transporte não Urgente	Transporte não Urgente	2x/ano	Após triagem

O capital da cobertura de Doenças Graves tem em consideração a idade atuarial atual da Pessoa Segura. O capital seguro da cobertura de Doenças Graves é o que estiver refletido na simulação anexa.

A aceitação do risco por parte do Segurador depende do resultado da apreciação dos elementos constantes da Proposta de Seguro e de eventuais elementos adicionais, clínicos ou outros, necessários para a análise do referido risco. A apreciação do risco pode implicar agravamentos ou a não aceitação de determinada(s) coberturas ou do seguro como um todo.

DATA INICIO E DURAÇÃO, COBERTURAS E CAPITALIS

No 1.º recibo de prémio acresce o custo de Apólice no valor de € 5. Para as alterações que impliquem a revisão de prémio, acrescerá o custo de emissão da respetiva Ata Adicional, atualmente fixado em € 5. A estes valores acrescerão os encargos legais.

Havendo aceitação da presente proposta, a cobertura dos riscos verifica-se apenas com o pagamento o prémio ou fração devidos.

BENEFICIÁRIOS EM CASO DE VIDA DA PESSOA SEGURA

A Pessoa Segura

Nota: Caso pretenda designar beneficiários específicos em caso de Vida, deverá providenciar o preenchimento integral (e assinatura) de um documento específico para Designação de Beneficiários em caso de Vida.

BENEFICIÁRIOS EM CASO DE MORTE DA PESSOA SEGURA

Os Herdeiros Legais da Pessoa Segura

Nota: Caso pretenda designar beneficiários específicos em caso de Morte, e para efeitos de cumprimento do DL 384/2007, deverá providenciar o preenchimento integral (e assinatura) de um documento específico para Designação de Beneficiários em caso de Morte.

Local e Data: _____, _____ Pessoa Segura: _____

Assinatura da Sucursal: _____

Titular da Conta:

Banco Comercial Português, S.A. Número de Conta – IBAN

[illegible]

Tipo de pagamento: Pagamento recorrente ☐ ou Pagamento pontual ☐

Os seus direitos, referentes à autorização acima referida, são explicados em declaração que pode obter no seu Banco e 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. Alertamos, no entanto, para o facto de que a satisfação do pedido de reembolso por parte do seu Banco, não extingue a obrigação de pagamento do prémio em causa, nem as eventuais responsabilidades decorrentes do consequente incumprimento do contrato de Seguro.

No caso de subscrição em contas conjuntas ou mistas, é necessário o acordo expresso dos titulares aos termos da subscrição, devendo a presente instrução de pagamento ser assinada de acordo com as condições de movimentação da conta de depósito à ordem.

No caso de subscrição efetuada por procurador da conta ou representante de entidade coletiva, é necessária a validação pela Sucursal da exibição de procuração com poderes suficientes e necessários para a subscrição, e respetivos termos.

Local e data _____, _____ de _____ de _____

Assinatura dos Titulares da Conta:

(Conforme Ficha de Assinaturas, ou Documento de Identificação, e de acordo com as condições de movimentação da conta de depósito à ordem)

DECLARAÇÕES, DATA E ASSINATURAS

Para efeitos de celebração do presente contrato de seguro, o(s) Proponente(s)/ Pessoa(s) Segura(s) declara(m) que:

1. Tomaram conhecimento das condições do contrato de seguro e foram-lhes prestados todos os esclarecimentos necessários e legalmente exigíveis, declarando ter recebido para este efeito os anexos a esta proposta: Documento de informação sobre o produto de seguros e Condições Gerais e Especiais.

2. Se aplicável, o presente contrato pode ser outorgado com recurso a assinatura digital, nos termos da convenção de adesão a assinatura digital previamente celebrada.

3. O(s) Proponente(s)/Pessoa(s) Segura(s) compromete(m)-se a prestar a informação de todos os elementos de identificação (nome, domicílio, números de identificação civil e fiscal) dos eventuais Beneficiários designados, sem os quais o Segurador não poderá dar cumprimento aos seus deveres estabelecidos na legislação aplicável que decorram desta falta.

4. Toma(m) conhecimento de que a apreciação e aceitação do risco proposto poderá ficar dependente da realização de exames médicos e/ou exames auxiliares de diagnóstico, o que será transmitido ao(s) Proponente(s)/Pessoa Segura(s) após a receção e análise da presente Proposta de Adesão nos serviços do Segurador e que as garantias do seguro de vida proposto só produzirão efeitos após a conclusão do referido processo de aceitação e com a emissão do Certificado de Seguro ou das Condições Particulares. A Pessoa Segura pode aceder aos dados médicos relativamente aos exames realizados.

5. Toma(m) conhecimento que caso decorram mais de 6 (seis) meses entre a data de preenchimento da presente Proposta de Adesão e a data de início do seguro, terá de ser subscrita nova Declaração de Saúde, preenchido novo Questionário Médico e repetidos os eventuais exames necessários, sem o que a referida proposta não terá condições de aceitação pelo Segurador.

6. As omissões, inexatidões ou falsidades, quer no que respeita a dados de fornecimento obrigatório quer facultativo são da responsabilidade dos Proponentes/Pessoas Seguras.

7. PESSOA(S) POLITICAMENTE EXPOSTA(S) – PEP (Para melhor definição de PEP, ver Apêndice A desta proposta, que faz parte integrante da mesma.)

7.1...Preencher abaixo:

1. O Tomador do seguro ou qualquer outro interveniente (Beneficiário, Representante ou Titular da Origem dos Fundos) são PEP?

☐ Sim ☐ Não

2. Pode algum membro próximo da família de qualquer dos intervenientes ou pessoa com quem algum dos intervenientes tenha estreitas relações de natureza societária ou comercial, ou ser titular de outros cargos políticos ou públicos, ser considerada pessoa politicamente exposta?

☐ Sim ☐ Não

» Se a resposta for positiva a qualquer uma das questões anteriores, por favor especifique:

7.2 ORIGEM DOS FUNDOS (preencher quando a respetiva importância seja igual ou superior a €15.000)

No seguimento da Lei 83/2017, de 18 agosto, que estabelece medidas de combate ao branqueamento de capitais e ao financiamento do terrorismo, e de modo a dar cumprimento à mesma, confirme a(s) origem(ns) dos fundos.

☐ Fundos existentes em Conta à Ordem no Millennium BCP acima indicada no campo “AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO DIRETO/ CREDITO SEPA”.

Toma(m) ainda conhecimento de que:

8. Nos termos legais, havendo aceitação da presente Proposta, a cobertura dos riscos verifica-se, apenas, com o pagamento do prémio ou fração devidos.

9. O Banco Comercial Português, S.A. (Millennium bcp) atua em nome e por conta do Segurador e a sua intervenção envolve a prestação de assistência ao longo do período de vigência do contrato de seguro. No contrato de seguro não existe intervenção de outros mediadores de seguros. O Millennium bcp detém uma participação indireta superior a 10% no capital social das entidades Ocidental – Companhia Portuguesa de Seguros de Vida, S.A. e Ocidental – Sociedade Gestora de Fundos de Pensões, S.A.. Por seu turno, a Fosun International Holdings Limited, que detém uma participação indireta no capital social do Millennium bcp superior a 10%, detém indiretamente participações qualificadas em diversas empresas de seguros do Grupo Fidelidade, entre as quais a Fidelidade – Companhia de Seguros, S.A., a Companhia Portuguesa de Resseguros, S.A. e a Multicare - Seguros de Saúde, S.A. Não obstante, o Millennium bcp não comercializa produtos de seguros das empresas de seguros do Grupo Fidelidade. O Millennium bcp presta aconselhamento. As informações fornecidas pelo Tomador do Seguro relativamente às suas exigências e necessidades são especificadas na proposta seguro e/ou na proposta de adesão, bem como em eventuais simulações e questionários adicionais, e nortearam o aconselhamento prestado, o qual tem apenas por base a análise dos contratos de seguro de distribuidores com quem o mediador tem relações estreitas. O Millennium bcp, como mediador de seguros, tem a obrigação contratual de exercer a atividade de distribuição de seguros exclusivamente para os seguintes seguradores: Ocidental - Companhia Portuguesa de Seguros de Vida, S.A., Ocidental Companhia Portuguesa de Seguros S.A. e Médis - Companhia Portuguesa de Seguros de Saúde, S.A. e ainda para a Ocidental – Sociedade Gestora de Fundos de Pensões S.A. Não obstante, em determinados casos, nos termos contratualmente previstos, o Millennium bcp pode exercer a atividade de distribuição de seguros para outros Seguradores. Pela atividade de distribuição, o Mediador não é remunerado diretamente pelo Tomador do Seguro. O Mediador receberá do Segurador parte da comissão de gestão, a título de comissão como remuneração em relação ao contrato de seguro, sem prejuízo do Segurador poder atribuir vantagens, que podem ou não ter natureza económica, às pessoas diretamente envolvidas na atividade de distribuição de seguros, as quais não são concedidas em função de um determinado contrato de seguro. O Tomador do Seguro tem o direito de solicitar informação sobre a remuneração do Mediador pela prestação do serviço de distribuição, pelo que, sempre que solicitada, ser-lhe-á prestada tal informação.

A intervenção do Millennium bcp enquanto Mediador envolve a prestação de assistência ao longo do período de vigência dos contratos de seguro, não estando autorizado a receber prémios de seguro para entrega ao Segurador. O Proponente/Pessoa Segura tem o direito de solicitar informação sobre a remuneração do Millennium bcp, enquanto Mediador, pela prestação do serviço de mediação, pelo que, sempre que solicitada, ser-lhe-á prestada tal informação.

O Banco, como Mediador de Seguros, tem a obrigação contratual de exercer a atividade de mediação de seguros exclusivamente para os seguradores acima identificados. Nos contratos de seguro em que o Banco figurar como Mediador, não existe intervenção de outros mediadores de seguros.

10. As reclamações emergentes do contrato podem ser apresentadas por escrito ao departamento de gestão de reclamações do Segurador Apoio ao Cliente Vida, (nomeadamente através do e-mail: apoioaocliente@ocidental.pt), no Livro de Reclamações, ao Provedor do Cliente através do e-mail

provedor.ocidental@mm-advogados.com e à Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões, em www.asf.com.pt. Em caso de litígio, as partes podem ainda recorrer à Entidade de Resolução Alternativa de Litígios: CIMPAS – Centro de Informação, Mediação e Arbitragem de Seguros - www.cimpas.pt - ou aos tribunais judiciais. A Política de Tratamento de Clientes do Segurador e restante informação relativa à Gestão de Reclamações está disponível em www.ocidental.pt.

11. Em caso de reclamação relativa à conduta do Millennium bcp pode ainda contactar a sua Sucursal, ou o Centro de Atenção ao Cliente através do e-mail centroatencaoaocliente@millenniumbcp.pt, ou o Centro de Contactos através do telefone 707 50 24 24. Pode ainda contactar a Provedoria do Cliente, sita na Praça Dom João I, nº 28 - Piso 4, 4000-295 Porto através do e-mail provedoria.cliente@millenniumbcp.pt. A Política de Gestão de Reclamações do Millennium bcp e outras informações conexas encontram-se disponíveis em www.millenniumbcp.pt.

A Ocidental - Companhia Portuguesa de Seguros de Vida, S.A. (doravante referida como "Ocidental Vida") é responsável pelo tratamento dos dados pessoais do tomador de seguro (se pessoa singular) ou do(s) representante(s) do tomador de seguro (se pessoa coletiva), demais pessoas seguras e/ ou beneficiários ("Titulares dos dados"), no âmbito da subscrição de produtos de seguro, recolhidos através do presente documento, bem como aqueles que vierem a ser fornecidos posteriormente, nomeadamente no âmbito da participação de um sinistro, ainda que estes tenham sido recolhidos junto de terceiros. Os dados pessoais disponibilizados são necessários à subscrição e gestão do seguro, incluindo a emissão de apólice, gestão do seguro, gestão de sinistros e anulação da apólice, sendo tratados apenas para esta(s) finalidade(s). Neste contexto, a Ocidental Vida trata as seguintes categorias de dados: dados de identificação e contacto, dados de saúde, dados financeiros e demais dados necessários à celebração do contrato de seguro. A Ocidental Vida para a prossecução da(s) finalidade(s) descrita(s) poderá comunicar os dados pessoais recolhidos a entidades subcontratantes, parceiros comerciais e entidades do setor segurador, tais como a Associação Portuguesa de Seguradores, distribuidores de seguros, resseguradores. A Ocidental Vida poderá ainda comunicar os dados pessoais, quando julgue tais comunicações de dados como necessárias ou adequadas (i) à luz da lei aplicável, (ii) no cumprimento de obrigações legais/ordens judiciais, ou (iii) para responder a solicitações de autoridades públicas ou governamentais. A prestação de produtos e serviços pela Ocidental Vida pode implicar a transferência dos dados pessoais para países terceiros (que não pertençam à União Europeia ou ao Espaço Económico Europeu). Nesses casos, a Ocidental Vida implementará as medidas necessárias e adequadas à luz da lei aplicável para assegurar a proteção dos dados pessoais objeto de uma tal transferência. A Ocidental Vida guarda os dados pelo período da relação contratual estabelecida, exceto se obrigada por lei a conservar os dados por prazo superior. Os Titulares dos dados poderão solicitar, a todo o tempo, o acesso aos dados pessoais que lhe digam respeito, bem como a sua retificação, eliminação ou a limitação do seu tratamento, a portabilidade dos seus dados, ou opor-se ao seu tratamento (com exceção dos dados estritamente necessários para a prestação do serviço) mediante pedido escrito dirigido à Ocidental Vida para o endereço de email apoioaocliente@ocidental.pt ou para a morada Av. Dr. Mário Soares (Tagus Park), Edifício 10, Piso 1, 2744-002 Porto Salvo. Caso deseje contactar o Encarregado de Proteção de Dados poderá fazê-lo para o endereço de e-mail dpo@ocidental.pt. Sem prejuízo de qualquer outra via de recurso administrativo ou judicial, os Titulares dos dados têm direito a apresentar uma reclamação à CNPD ou a outra autoridade de controlo competente nos termos da lei, caso considerem que os seus dados não estão a ser objeto de tratamento legítimo por parte da Ocidental Vida. A Ocidental Vida poderá tratar os dados pessoais de forma a avaliar o nível de risco associado à subscrição de seguro com base no tratamento automatizado (i.e. sem intervenção humana) dos dados pessoais, consubstanciando uma decisão que poderá produzir efeitos na esfera jurídica do titular, designadamente no que respeita à cotação do seguro. Neste sentido, a Ocidental Vida compromete-se a adotar as medidas adequadas para salvaguardar os direitos, liberdades e interesses legítimos dos titulares de dados, designadamente o direito de obter intervenção humana por parte da Ocidental Vida, manifestar o seu ponto de vista e contestar a decisão em causa.

O Tomador de Seguro (pessoa singular ou coletiva), ao disponibilizar dados de terceiros, nomeadamente pessoa(s) segura(s) e/ ou beneficiário(s), compromete-se a prestar as informações relativas ao tratamento de dados pessoais acima descritas, bem como a recolher o(s) consentimento(s) eventualmente aplicáveis.

Mediante o seu consentimento (se pessoa singular), a Ocidental Vida, utilizará os dados recolhidos para o envio de comunicações promocionais, divulgação de campanhas relativas a produtos e serviços da Ocidental Vida ajustados ao perfil do titular.

Mediante o seu consentimento, as entidades do Grupo Ageas Portugal (a saber: Ageas – Companhia Portuguesa de Seguros, S.A. (marca Ocidental), Ocidental - Companhia Portuguesa de Seguros de Vida, S.A., Médis - Companhia Portuguesa de Seguros de Saúde, S.A., Ocidental - Sociedade Gestora de Fundos de Pensões, S.A.) irão ter acesso aos seus dados pessoais, para o envio de comunicações promocionais, divulgação de campanhas relativas aos seus próprios produtos e serviços ajustados ao seu perfil, atuando essas entidades como responsáveis autónomas pelo tratamento que cada uma delas leve a cabo. Poderá solicitar, a todo o tempo, o acesso aos dados pessoais que lhe digam respeito, bem como a sua retificação, eliminação ou a limitação do seu tratamento, a portabilidade dos seus dados, ou opor-se ao seu tratamento mediante pedido escrito dirigido às entidades responsáveis pelo tratamento para os contactos acima identificados. Poderá ainda entrar em contacto com o DPO do Grupo Ageas Portugal através do endereço de email dpo@ageas.pt. Poderá ainda gerir os consentimentos que tenha prestado através da sua Área Reservada. Caso queira saber mais acerca da forma como as entidades do Grupo Ageas Portugal tratam os seus dados pessoais deverá consultar as respetivas Políticas de Privacidade, constantes nos websites de cada uma delas.

O perfil será criado com base, nomeadamente, em variáveis demográficas como idade e género, zona de residência, preferências pessoais indicadas, assim como os produtos subscritos, sendo o perfil ajustado ao longo da relação que tenha estabelecido com alguma(s) das entidades do Grupo Ageas Portugal. Os dados pessoais serão conservados para a finalidade de marketing enquanto o titular dos dados não retirar o consentimento. Todas as nossas comunicações contêm um link através do qual o titular poderá, a qualquer momento, retirar o seu consentimento, o que não invalida, no entanto, o tratamento efetuado até essa data com base no consentimento previamente dado.

Tomador do Seguro/Pessoa Segura

☐ Consinto que as entidades do Grupo Ageas Portugal (acima identificadas) tenham acesso aos meus dados pessoais conservados no âmbito da relação estabelecida com a(s) entidade(s) do Grupo Ageas, nos termos acima referidos.

☐ Consinto no tratamento dos meus dados pessoais pelas entidades do Grupo Ageas Portugal (acima identificadas), para efeitos de envio de comunicações de marketing através dos diferentes canais de comunicação, quer físicos quer digitais, nomeadamente notificações eletrónicas, carta, SMS ou email, ajustadas ao meu perfil, nos termos acima referidos e melhor descritos nas várias Políticas de Privacidades disponíveis nos seus websites.

Mediador de Seguros: Banco Comercial Português, S.A., sociedade aberta, com sede na Praça D. João I, 28, no Porto, com o capital social de 4.725.000.000,00 Euros, matriculado na Conservatória do Registo Comercial do Porto, com o número único de matrícula e de pessoa coletiva 501525882. Agente de Seguros registado com o n.º 419527602, junto da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões - Data da Inscrição: 21/01/2019. Autorização para mediação de seguros dos Ramos Vida e Não Vida. Informações e outros detalhes do registo podem ser verificados em www.asf.com.pt. O Mediador não está autorizado a celebrar contratos de seguro em nome do Segurador nem a receber prémios de seguro para serem entregues ao Segurador. O Mediador não assume a cobertura dos riscos inerentes ao contrato de seguro, que são integralmente assumidos pelo Segurador.

OCIDENTAL
grupo ageas

Segurador: Ocidental - Companhia Portuguesa de Seguros de Vida, S.A., sede Praça Príncipe Perfeito 2, 1990-278 Lisboa. Matrícula / Pessoa Coletiva 501836926. CRC de Lisboa. Capital Social de 22.375.000 Euros. Registo ASF 1024, www.asf.com.pt.

Escritórios: Edifício Campo Alegre - Rua Gonçalo Sampaio nº 39 4169-001 Porto

Local e Data: _____, _____ Pessoa Segura: _____

Assinatura da Sucursal: _____

PESSOA SEGURA

Nome:

NIF:

DECLARAÇÃO/ AUTORIZAÇÃO ACESSO A DADOS CLÍNICOS

Autorizo expressamente o Segurador a inquirir junto de qualquer entidade que me tenha tratado ou examinado, mesmo depois da minha morte, a pedir todos os elementos clínicos ou médicos ou hospitalares necessários sobre o meu estado de saúde, relacionados com intervenções cirúrgicas, internamentos hospitalares, consultas médicas e exames complementares de diagnóstico, para efeitos de aceitação ou recusa da celebração do(s) contrato(s) de seguro de vida ou para efeito de apuramento ou complemento de informação prestada aquando ou após a subscrição do(s) presente(s) seguro(s) com a finalidade de avaliação do risco, de subscrição do seguro ou de gestão da relação contratual subsequente, designadamente para o efeito de determinação da origem, causa e evolução de eventual doença ou acidente que venha a provocar a morte ou incapacidade e que compreende a essencialidade desta autorização para a possibilidade de celebração do(s) presente(s) contrato(s) de seguro.

A presente declaração faz parte integrante da proposta de adesão ao seguro acima identificada.

Local e Data: _____, _____ Pessoa Segura: _____

Assinatura da Sucursal: _____

PESSOA SEGURA	
Nome:	NIF:

QUESTIONÁRIO DE SAÚDE	
1. Índices Biométricos	
Altura (cm):	Peso (Kg):
2. Durante os últimos 12 meses, ganhou ou perdeu mais de 5 kg sem causa conhecida?	
	☐ Sim ☐ Não
3. Tem fumado nos últimos 12 meses?	
	☐ Sim ☐ Não
a) Quantos cigarros por dia? _____	
4. Alguma vez consumiu drogas (cocaína, anfetaminas ou outros estimulantes; barbitúricos ou outros sedativos; marijuana ou outros alucinogénios; heroína, morfina, ópio ou outros estupefacientes?	
	☐ Sim ☐ Não
5. Qual é o seu consumo diário de álcool em unidades? (1 unidade = 1 cerveja, 1 copo de vinho, 2.0 cl licor)	
	☐ Sim ☐ Não
a) Alguma vez lhe foi aconselhado diminuir o consumo de álcool ou foi tratado por consumo excessivo de álcool?	
	☐ Sim ☐ Não
6. Alguma vez consultou um médico, ou foi sujeito a, ou está sob investigação médica ou tratamento devido a alguma das seguintes situações:	
a) Cancro, carcinoma in-situ ou cancro não invasivo, tumor, linfoma, leucemia?	☐ Sim ☐ Não
b) Pólipo, quisto, nódulo, ulcerações ou aftas que não cicatrizam, inflamação ou protuberância de qualquer tipo?	☐ Sim ☐ Não
c) Aumento de número de sinais ou alteração em tamanho, forma, cor, comichão ou sangramento?	☐ Sim ☐ Não
d) Anemia sem explicação?	☐ Sim ☐ Não
e) Angina, enfarte do miocárdio, arritmia, defeitos valvulares, cardiopatia ou qualquer outra doença do coração?	☐ Sim ☐ Não
f) Acidente vascular cerebral, ataque isquémico transitório, aneurisma, hemorragia cerebral ou qualquer outro transtorno neurológico?	☐ Sim ☐ Não
g) Paralisia, esclerose múltipla, doenças desmielinizantes ou qualquer neuropatia?	☐ Sim ☐ Não
h) Glaucoma, retinite pigmentosa, degeneração macular, cataratas, retinopatia diabética?	☐ Sim ☐ Não
i) Demência ou deficiência cognitiva leve, Alzheimer, Parkinson?	☐ Sim ☐ Não
j) Patologia psiquiátrica?	☐ Sim ☐ Não

Local e Data: _____, _____ Pessoa Segura: _____

Assinatura da Sucursal: _____

7. Nos últimos cinco anos consultou um médico, ou esteve sob investigação médica ou tratamento por:	
a) Sangramento, pus o corrimento anormal de qualquer parte do corpo – exemplo: nariz, ouvidos, boca, gengivas, pele, mamas, vagina, ânus, reto?	☐ Sim ☐ Não
b) Presença de sangue nas fezes, na urina, na expetoração ou no vômito?	☐ Sim ☐ Não
8. Alguma vez foi ou está sob investigação médica ou tratamento por:	
a) Manifestação persistente de tosse, rouquidão ou febre?	☐ Sim ☐ Não
b) Fortes dores de cabeça, visão dupla ou desfocada, convulsões, perda de consciência ou sintomas neurológicos sem explicação?	☐ Sim ☐ Não
c) Gastrite persistente, úlcera duodenal ou de estômago, esôfago de Barrett, doença de Crohn ou qualquer outro transtorno gastrointestinal?	☐ Sim ☐ Não
d) Hepatite B ou C?	☐ Sim ☐ Não
e) VIH ou SIDA?	☐ Sim ☐ Não
f) Aumento da próstata? (se homem)	☐ Sim ☐ Não
9. Está sob tratamento na atualidade por:	
a) Diabetes?	☐ Sim ☐ Não
b) Colesterol?	☐ Sim ☐ Não
<u>Se sim</u> , indique: Data de diagnóstico: _____ Frequência de controlo do colesterol: _____ Datas e resultados das últimas análises de sangue: _____ Indique o nome do(s) medicamento(s) que toma para tratar o colesterol: _____	
c) Hipertensão?	☐ Sim ☐ Não
<u>Se sim</u> , indique: Data de diagnóstico: _____ Frequência da medição da tensão arterial: _____ Datas e resultados das 3 últimas medições da tensão arterial: _____ Indique o nome do(s) medicamento(s) que toma para tratar a hipertensão: _____	
d) Qualquer outra doença crónica respiratória, de sangue, dermatológica, gastrointestinal, sistémica, autoimune, da tiroide, que não tinha sido indicada anteriormente?	☐ Sim ☐ Não
10. Nos últimos 3 meses tem tido fadiga, febre, náuseas, diarreia, debilidade nas extremidades ou qualquer outro sintoma pelos quais tencione procurar consulta médica ou tratamento?	☐ Sim ☐ Não

Local e Data: _____, _____ Pessoa Segura: _____

Assinatura da Sucursal: _____

11. Nos últimos cinco anos, fez algum exame ou procedimento médico que tenha tido alterações nos resultados, como:	
a) ECG, prova de esforço, ecocardiograma, Holter?	☐ Sim ☐ Não
b) Raios X, ecografia, mamografia, TAC, ressonância magnética, PET ou qualquer outra prova de imagem?	☐ Sim ☐ Não
c) Marcadores tumorais, biopsia, citologia?	☐ Sim ☐ Não
d) Análise de sangue ou de urina?	☐ Sim ☐ Não
e) Conização ou colposcopia? (se mulher)	☐ Sim ☐ Não
f) PSA? (se homem)	☐ Sim ☐ Não
g) Qualquer outro exame não nomeado anteriormente? Se sim, indique quais: _____	☐ Sim ☐ Não
12. Fez ou tem planeado fazer algum tratamento médico para alguma doença ou alteração de mama, colo do útero, útero ou ovários; endometriose, fibromas, miomas ou sangramento? (Questão só para candidatos maiores de 65 anos)	☐ Sim ☐ Não
13. Pode realizar todas as suas atividades diárias básicas sem quaisquer problemas físicos e/ou limitações? (ex.: comer, vestir-se, cuidados pessoais, mobilidade)	☐ Sim ☐ Não

Declaro que respondi ao questionário clínico com todo o rigor e verdade não tendo omitido qualquer facto relevante, pelo que do mesmo não consta qualquer inexatidão, designadamente por falta de diligência, cuidado ou atenção no seu preenchimento.

Tomo ainda conhecimento que o presente questionário faz parte integrante da proposta de adesão acima identificada e que as declarações inexatas ou reticentes ou a omissão de factos, tornam o pedido de adesão nulo e sem qualquer efeito, exonerando o Segurador da obrigação de pagamento de qualquer indemnização.

Local e Data: _____, _____ Pessoa Segura: _____

Assinatura da Sucursal: _____

APÊNDICE A: PESSOA(S) POLITICAMENTE EXPOSTA(S)

APÊNDICE A: PESSOA(S) POLITICAMENTE EXPOSTA(S)

Nos termos das alíneas cc), dd) e gg) do n.º 1 do artigo 2.º da Lei n.º 83/2017, de 18 de agosto (Lei de Combate ao Branqueamento de Capitais e Financiamento do Terrorismo), revestem a qualidade de Pessoa Politicamente Exposta (PEP) as pessoas singulares que - em qualquer país ou jurisdição - desempenhem, ou tenham desempenhado nos últimos doze meses, as seguintes funções públicas proeminentes de nível superior:

- a) Chefes de Estado, chefes de Governo e membros do Governo, designadamente ministros, secretários e subsecretários de Estado ou equiparados;
- b) Deputados;
- c) Juízes do Tribunal Constitucional, do Supremo Tribunal de Justiça, do Supremo Tribunal Administrativo, do Tribunal de Contas, e membros de supremos tribunais, tribunais constitucionais e de outros órgãos judiciais de alto nível de outros estados e de organizações internacionais;
- d) Representantes da República e membros dos órgãos de governo próprio de regiões autónomas;
- e) Provedor de Justiça, Conselheiros de Estado, e membros da Comissão Nacional da Proteção de Dados, do Conselho Superior da Magistratura, do Conselho Superior dos Tribunais Administrativos e Fiscais, da Procuradoria-Geral da República, do Conselho Superior do Ministério Público, do Conselho Superior de Defesa Nacional, do Conselho Económico e Social, e da Entidade Reguladora para a Comunicação Social;
- f) Chefes de missões diplomáticas e de postos consulares;
- g) Oficiais Gerais das Forças Armadas em efetividade de serviço;
- h) Presidentes e vereadores com funções executivas de câmaras municipais;
- i) Membros de órgãos de administração e fiscalização de bancos centrais, incluindo o Banco Central Europeu;
- j) Membros de órgãos de administração e de fiscalização de institutos públicos, fundações públicas, estabelecimentos públicos e entidades administrativas independentes, qualquer que seja o modo da sua designação;
- k) Membros de órgãos de administração e de fiscalização de entidades pertencentes ao setor público empresarial, incluindo os setores empresarial, regional e local;
- l) Membros dos órgãos executivos de direção de partidos políticos de âmbito nacional ou regional;
- m) Diretores, diretores-adjuntos e membros do conselho de administração ou pessoas que exercem funções equivalentes numa organização internacional.

São extensivas às relações de negócio ou transações ocasionais os representantes ou beneficiários efetivos que sejam:

A. Membros próximos da família das pessoas politicamente expostas, considerando-se como tal:

- os ascendentes e descendentes diretos em linha reta de pessoa politicamente exposta;
- os cônjuges ou unidos de facto de pessoa politicamente exposta;
- os cônjuges ou unidos de facto dos ascendentes e descendentes diretos em linha reta de pessoa politicamente exposta.

B. Pessoas reconhecidas como estreitamente associadas a pessoas politicamente expostas, considerando-se como tal:

- qualquer pessoa singular, conhecida como comproprietária, com pessoa politicamente exposta, de uma pessoa coletiva ou de um centro de interesses coletivos sem personalidade jurídica;
- qualquer pessoa singular que seja proprietária de capital social ou detentora de direitos de voto de uma pessoa coletiva, ou de património de um centro de interesses coletivos sem personalidade jurídica, conhecidos como tendo por beneficiário efetivo pessoa politicamente exposta;
- qualquer pessoa singular, conhecida como tendo relações societárias, comerciais ou profissionais com pessoa politicamente exposta.

C. Titulares de outros cargos políticos ou públicos, considerando-se como tal as pessoas singulares que, não revestindo a qualidade de PEP, desempenhem ou tenham desempenhado nos últimos 12 meses - em território nacional - algum dos seguintes cargos:

- cargos enumerados no n.º 3 do artigo 4.º da Lei n.º 4/83, de 2 de abril;

- a) Gestores públicos;
- b) Titulares de órgão de gestão de empresa participada pelo Estado, quando designados por este;
- c) Membros de órgãos executivos das empresas que integram o setor empresarial local;
- d) Membros dos órgãos diretivos dos institutos públicos;
- e) Membros das entidades públicas independentes previstas na Constituição ou na lei;
- f) Titulares de cargos de direção superior do 1.º grau e equiparados.

- membro de órgão representativo ou executivo de área metropolitana ou de outras formas de associativismo municipal.