



## QUESTIONÁRIO

Executa, de uma maneira activa, trabalhos em fábricas, estaleiros, obras, oficinas ou outros análogos?	Sim	Não	▼ Quais	Sofre ou já sofreu de qualquer das seguintes doenças?	Sim	Não
				Reumatismo		
Ou limita-se a dirigi-los ou fiscalizá-los?				Paralisia		
				Varizes		
Faz uso de substâncias perigosas?	Sim	Não	▼ Quais	Hérnias		
				Diminuição das faculdades visuais e auditivas		
Que meios de transporte utiliza?				Vertigens		
Desloca-se em veículo de duas rodas?	Sim	Não		Síncope		
Já foi vítima de acidentes corporais?	Sim	Não		Diabetes		
Em que circunstâncias?				Albuminúria		
				Sífilis		
Tem qualquer invalidez permanente?				Alcoolismo		
				Epilepsia		
Tem qualquer defeito físico?				Ataques de alienação mental ou simples ataques nervosos		
				Doenças da coluna ou medulares		
É canhoto?				Qualquer outra doença crónica		

## RESPOSTAS OBRIGATÓRIAS

Tem já algum seguro de acidentes pessoais?	Sim	Não
Em que Companhia?		
Relativamente ao mesmo seguro, existe qualquer débito por falta de pagamento de prémios ou fracção de prémios?	Sim	Não
Está abrangido por alguma apólice de acidentes de trabalho?		
Já foi recusado ou aceite em condições especiais para algum Seguro de Vida ou contra Acidentes Pessoais?		

## BENEFICIÁRIO(S) EM CASO DE MORTE

Nome	Parentesco	Data de Nascimento

## OUTRAS INDICAÇÕES

**IMPORTANTE:** Este seguro só entrará em vigor depois de aprovação desta proposta pela LUSITANIA – COMPANHIA DE SEGUROS, S.A.. De acordo com as disposições legais em vigor, o seguro agora proposto apenas entra em vigor na data indicada nesta proposta como data de início se o prémio for pago de imediato ou no prazo que vier a ser indicado para o efeito. No caso de falta de pagamento do prémio o contrato não entrará em vigor nem produzirá os seus efeitos.

Ainda de acordo com as disposições legais em vigor, os dados agora recolhidos poderão ser comunicados à Associação Portuguesa de Seguradores para constituição da base de dados "Prémios não Pagos" sempre que, sem fundada justificação, os Tomadores de Seguro não satisfizerem as suas obrigações de pagamento relativamente aos contratos de seguro que celebrarem.

Os dados recolhidos serão processados e armazenados informaticamente e destinam-se à utilização nas relações contratuais com a Companhia e seus subcontratados. As omissões, inexactidões e falsidades, quer no que respeita a dados de fornecimento obrigatório, quer facultativo, são da responsabilidade do Cliente.

Os interessados podem ter acesso à informação que lhes diga directamente respeito, solicitando a sua correcção, aditamento ou eliminação, mediante contacto directo ou por escrito, junto da Companhia.

Autorizo a Companhia a proceder à recolha de dados pessoais complementares junto de Organismos Públicos, empresas especializadas e outras entidades económicas, tendo em vista a confirmação ou complemento dos elementos recolhidos e necessários à gestão contratual.

Autorizo igualmente a consulta dos dados pessoais disponibilizados, sob regime de absoluta confidencialidade, às Empresas que integram o Grupo, desde que compatível com a finalidade da recolha dos mesmos.

## LOCAL, DATAS E ASSINATURAS

O Tomador de seguro garante a exactidão das declarações contidas nesta proposta e declara nada ter omitido que possa alterar a apreciação dos riscos discriminados, e que se obriga a cumprir as Condições da Apólice à qual adere.

_____ , _____ de _____ de _____	_____
Tomador de Seguro	O mediador
ACEITAÇÃO _____	DATA _____ / _____ / _____