

Credor Financeiro e Beneficiário em caso de morte ou invalidez

Nome: _____

Morada: _____

Questionário e Declaração do Estado de Saúde da Pessoa Segura

- | | Sim | Não |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Tem conhecimento de sofrer actualmente ou ter pedecido no passado, de estar a receber ou ter recebido, qualquer tipo de assistência, observação ou tratamento médico em virtude de problemas de tensão arterial, enfarte do miocárdio ou outras doenças cardio-vasculares, doenças infecto-contagiosas ou problemas cancerígenos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Tem algum defeito físico ou algum tipo de invalidez? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Verificou-se, nos últimos seis meses, algum problema no seu estado de saúde decorrente de doença ou acidente, que não lhe permita estar ou ter estado no referido período de tempo, na posse de plena capacidade de trabalho e de desenvolver a sua actividade profissional de forma plena e regular? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Verificou-se nos últimos dois anos, alguma doença ou acidente que o tenha levado a internamento em alguma instituição hospitalar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Verificou-se nos últimos dois anos, algumas das seguintes situações: | | |
| • Febre durante mais de duas semanas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Tose durante mais de um mês? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Diarreia com mais de duas semanas de evolução? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Perda de peso superior a 5Kg? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Foi alguma vez submetido ao teste de HIV? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Pratica Desporto? | | |
| h. Qual o seu peso? _____ Kg Qual a sua Altura? _____ m | | |
| i. Se respondeu Sim a alguma das respostas anteriores, especifique e pormenorize: | | |

Autorização de Débito em Conta

Titular da Conta: _____ Balcão: _____

Morada: _____ Cod. Postal: _____

Nº. de Conta/NIB: [| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |]

Em relação ao seguro contratado através da presente proposta, autorizo a Fidelidade Moçambique - Companhia de Seguros S.A. a enviar instruções ao meu banco para debitar a minha conta para pagamento do prémio respectivo, bem como autorizo o meu banco a debitar a minha conta para esse mesmo efeito, de acordo com as instruções recebidas desta Seguradora.

Assinatura do Titular da Conta

Procedimentos

Os dados recolhidos serão processados e armazenados informaticamente e destinam-se à utilização nas relações contratuais com a FIDELIDADE IMPAR 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 dados recolhidos, bem como aqueles que vierem a ser fornecidos aquando da participação de sinistros, serão comunicados ao Instituto de Supervisão de Seguros de Moçambique para a constituição do Ficheiro Nacional de Sinistros e Fraudes.

Os dados agora recolhidos poderão ser comunicados ao Instituto de Supervisão de Seguros de Moçambique para a constituição da Base de Dados "Prémios não pagos", sempre que, sem fundada justificação, os tomadores de seguro não satisfizerem as obrigações de pagamento relativamente aos contratos de seguro que celebram.

Os interessados podem ter acesso à informação que lhes diga directamente respeito, solicitando a sua correção, aditamento ou eliminação, mediante contacto directo ou por escrito, nas agências da Seguradora

Declarações

Para efeitos da celebração do contrato de seguro proposto, declaro que:

1. Me foram prestadas as Informações Pré-Contratuais legalmente previstas, tendo-me sido entregue, para o efeito, o documento respectivo para delas tomar integral conhecimento e, bem assim, que me foram prestados todos os esclarecimentos de que necessitava para a compreensão do contrato, nomeadamente sobre garantias e exclusões, sobre cujo âmbito e conteúdo fiquei esclarecido;
2. Fui informado pela FIDELIDADE IMPAR do dever de lhe comunicar com exactidão todas as circunstâncias que conheça e razoavelmente deva ter por significativas para a apreciação do risco, bem como das consequências do incumprimento de tal dever;
3. Tenho conhecimento e dou o meu acordo a que as Condições Gerais e Especiais, se as houver, aplicáveis ao contrato proposto, me sejam entregues na página da internet / Website indicada nas Condições Particulares, e bem assim que as Condições Gerais, Especiais e Particulares, bem como qualquer documento ulterior relacionado com a Apólice, me sejam remetidos em formato digital, caso tenha indicado um endereço electrónico para o efeito, tendo tomado conhecimento de que estão disponíveis para me serem entregues em papel, a meu pedido;
4. O risco que pretendo segurar não foi coberto, total ou parcialmente, por contrato relativamente ao qual existam quantias em dívida;
5. Autorizo a consulta dos dados pessoais disponibilizados, sob regime de absoluta confidencialidade, às empresas que integram o grupo de empresas a que pertence a FIDELIDADE IMPAR, desde que compatível com a finalidade de recolha dos mesmos;
6. Autorizo a FIDELIDADE IMPAR a proceder à recolha de dados pessoais complementares junto de organismos públicos, empresas especializadas e outras unidades económicas, tendo em vista a confirmação ou complemento dos elementos recolhidos necessários à gestão da relação contratual;
7. Autorizo a FIDELIDADE IMPAR a efectuar, se assim o entender, o registo das chamadas telefónicas que forem realizadas, no âmbito da relação contratual ora proposta, quer em fase de formação do contrato, quer na vigência do mesmo e, bem assim, a proceder à sua utilização para quaisquer fins lícitos, nomeadamente, para execução dos serviços contratados, para melhoramento e controlo dos mesmos e como meio de prova.
8. Em caso de distribuição do seguro por canal bancário, autorizo, desde já, a instituição bancária a disponibilizar à Fidelidade Impar os dados pessoais necessários à celebração e gestão do contrato de seguro, bem como os dados que venham, posteriormente, a ser objecto de actualização.

Local: _____ Data: ____/____/____ O Tomador do Seguro: _____

Balcão \ Mediador: _____

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Por favor, assinale o quadrado que corresponde ao seu estado de saúde:

Eu, abaixo assinado, certifico que:

1. Não tenho nenhuma doença crónica, grave ou contagiosa;
2. Não estou presentemente sujeito a nenhum tratamento médico regular;
3. Tanto quanto sei, não sou seropositivo;
4. Durante os últimos cinco anos, nunca estive sujeito a qualquer intervenção cirúrgica, nem a qualquer acompanhamento ou tratamento médico regular;
5. Nunca sofri de qualquer patologia cardíaca, vascular, neoplásica ou cancerígena;
6. Nunca me foi recusado seguro de vida;
7. Nunca interrompi as minhas actividades profissionais por um período superior a 2 semanas devido a acidente ou doença.

Eu não posso confirmar as situações acima mencionadas, pelo que peço à Companhia de Seguros que me envie um questionário clínico, a fim de esclarecer alguns aspectos.

Confirmo que todas as declarações e respostas acima prestadas são completas e verdadeiras, integrando a presente proposta de adesão ao Vida Crédito ao Consumo.

Local, _____

Data: ___/___/_____

Assinatura: _____