



**ÂMBITO DE COBERTURA**

**RISCOS PROFISSIONAIS E EXTRA-PROFISSIONAIS**

**TIPIFICAÇÃO DO RISCO** (Preenchimento obrigatório)

AS FUNÇÕES INDICADAS SÃO EXERCIDAS EM:	1.ª PESSOA SEGURA		ESPECIFIQUE, EM CASO AFIRMATIVO	2.ª PESSOA SEGURA		ESPECIFIQUE, EM CASO AFIRMATIVO
	NÃO	SIM		NÃO	SIM	
– Essencialmente em Gabinete? Se não especifique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
– Escritório, estabelecimento ou armazém comercial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
– Fábrica, estaleiro, oficina ou outro estabelecimento industrial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
– Andaimos, postes, telhados, pontes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
– Minas, poços, pedreiras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
EXECUTA TRABALHOS COM:						
– Ferramentas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
– Máquinas eléctricas (serras, guilhotinas, rebarbadoras, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
– Tractor ou máquinas industriais?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
– Correntes eléctricas de alta tensão?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
– Autogénio ou outras substâncias perigosas para soldaduras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TRABALHA, ESTÁ JUNTO OU EM CONTACTO COM SUBSTÂNCIAS PERIGOSAS OU EXPLOSIVAS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DESLOCA-SE COM FREQUÊNCIA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**QUESTIONÁRIO CLÍNICO** (Preenchimento obrigatório)

	1.ª PESSOA SEGURA		2.ª PESSOA SEGURA		1.ª PESSOA SEGURA		2.ª PESSOA SEGURA		
<b>Sofre ou sofreu de alguma das seguintes doenças ou enfermidades?</b>									
• REUMATISMO	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	• VERTIGENS	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
• PARALISIA	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	• EPILEPSIA	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
• VARIZES	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	• DOENÇAS DA COLUNA OU MÈDULARES	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
• HÈRNIAS	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	• ALCOOLISMO/USO DE ESTUPEFACIENTES	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
• SÍNCOPES:					• REDUÇÃO DAS FACULDADES:				
– CARDÍACA	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	– VISUAIS	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
– RESPIRATÓRIA	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	– AUDITIVAS	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
• DIABETES	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	– MOTORAS	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
• ALBUMINÚRIA	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	<b>Tem algum defeito físico ou é portador de alguma Invalidez Permanente?</b>	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
É canhoto?	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>					
Especifique por qualquer questão respondida afirmativamente.									
1.ª PESSOA SEGURA					2.ª PESSOA SEGURA				

**NOS TERMOS DA LEI, O PRESENTE CONTRATO NÃO GARANTE EM CASO ALGUM, O RISCO DE MORTE A PESSOAS DE IDADE INFERIOR A 14 ANOS.**

**OPÇÕES/COBERTURAS/CAPITAIS**

	OPÇÃO	MORTE OU INVALIDEZ PERMANENTE	DESPESAS DE TRATAMENTO E REPATRIAMENTO
TEM À SUA DISPOSIÇÃO 4 OPÇÕES DE CAPITAIS	<input type="checkbox"/>	€ 9.975,96	€ 997,60
	<input type="checkbox"/>	€ 14.963,94	€ 1.496,39
ESCOLHA APENAS UMA:	<input type="checkbox"/>	€ 24.939,89	€ 2.493,99
	<input type="checkbox"/>	€ 49.879,79	€ 4.987,98

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

O RISCO QUE PRETENDE GARANTIR JÁ ESTEVE SEGURO EM NOME DO TOMADOR DE SEGURO? SIM  NÃO

EM QUE COMPANHIA? \_\_\_\_\_ INDIQUE O N.º DE APÓLICE \_\_\_\_\_

DESSA APÓLICE EXISTE ALGUM PRÉMIO OU OUTRA QUANTIA EM DÍVIDA? SIM  NÃO

**OBSERVAÇÕES**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**DECLARAÇÃO**

Para efeitos de celebração do presente contrato de seguro, declaro que:

- São exactas e completas as declarações por mim prestadas e que tomei conhecimento de todas as informações necessárias à celebração do presente contrato, tendo-me sido entregues as respectivas Condições Gerais e Especiais, para delas tomar integral conhecimento, e prestados todos os esclarecimentos sobre as mesmas condições, nomeadamente sobre garantias e exclusões com as quais estou de acordo.
- Autorizo a cedência dos dados pessoais disponibilizados, sob o regime de absoluta confidencialidade, às empresas que integram o Grupo, desde que compatível com a finalidade da recolha dos mesmos.
- Autorizo a Seguradora 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.
- Autorizo a Companhia, a efectuar, se assim o entender, o registo magnético das chamadas telefónicas que forem realizadas, no âmbito da relação contratual ora proposta, quer na fase de formação do contrato, quer durante a 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.

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.

De acordo com o previsto no DL 142/2000, 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 interessados podem ter acesso à informação que lhes diga respeito, solicitando a sua correcção, aditamento ou eliminação, mediante contacto directo ou por escrito, junto dos balcões da Companhia.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Local e data

\_\_\_\_\_

Assinatura do Tomador de Seguro

**VALIDAÇÃO**

Local e data _____, _____/_____/_____	Assinatura do Mediador _____
--	---------------------------------

**A PREENCHER PELOS SERVIÇOS DA COMPANHIA**

RECEPÇÃO NA COMPANHIA - NUC	<input type="text"/>	Rubrica	_____
ANÁLISE	NUC	<input type="text"/>	Rubrica
			_____

**LINHA IMPÉRIO BONANÇA 707 502 400**

**AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO EM CONTA**

TITULAR DA CONTA	_____	BANCO	_____
MORADA	_____	BALCÃO	_____
LOCALIDADE	_____	CÓDIGO POSTAL	____-____
Exmos. Senhores, Por débito da minha / nossa conta n.º _____ queiram proceder ao pagamento dos prémios de seguro apresentados pela Império Bonança - Companhia de Seguros, S.A.		Transcrever da zona inferior esquerda do cheque Zona interbancária      Número de conta _____ NIB	
Local e data	_____, _____/_____/_____	Assinatura do titular da conta	
A PREENCHER PELA COMPANHIA			
ENTIDADE	<input type="text"/>	RAMO: ACIDENTES PESSOAIS	RAMO/APÓLICE <input type="text"/>