

SUCURSAL	GER. CONTA
<input type="checkbox"/> NOVO <input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO	N.º DE APÓLICE



Tomador de Seguro: Banco Comercial Português, S.A.

Entidade Credora: Banco Comercial Português, S.A. Outra _____
 MLA N.º _____ Valor total do empréstimo _____ €

Identificação da(s) Pessoa(s) Segura(s)

1.º PROPONENTE

NOME _____ DATA DE NASCIMENTO _____
 MORADA _____ SEXO F M
 LOCALIDADE _____ C. POSTAL _____ E-MAIL _____
 TELEMÓVEL _____ TELEFONE CASA _____ TELEFONE EMPREGO _____
 BI N.º _____ N.º CONTRIBUINTE _____ PROFISSÃO _____ ESTADO CIVIL _____

2.º PROPONENTE (A PREENCHER EXCLUSIVAMENTE QUANDO O CAPITAL PARA CADA UMA DAS PESSOAS SEGURAS SEJA IGUAL A 100% DO EMPRÉSTIMO, SE EXISTIR REPARTIÇÃO DO CAPITAL ENTRE OS PROPONENTES, CADA UM DEVE PREENCHER UMA PROPOSTA DE ADESÃO PELO CAPITAL QUE SUBSCREVE)

NOME _____ DATA DE NASCIMENTO _____
 MORADA _____ SEXO F M
 LOCALIDADE _____ C. POSTAL _____ E-MAIL _____
 TELEMÓVEL _____ TELEFONE CASA _____ TELEFONE EMPREGO _____
 BI N.º _____ N.º CONTRIBUINTE _____ PROFISSÃO _____ ESTADO CIVIL _____

Questionário Médico

	1.º PROPONENTE		2.º PROPONENTE	
1. JÁ O ACONSELHARAM A CONSULTAR UM MÉDICO, A SER HOSPITALIZADO, A SUBMETTER-SE A ALGUM TRATAMENTO OU INTERVENÇÃO CIRÚRGICA?	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N
2. ESTÁ DE BAIXA POR DOENÇA OU ACIDENTE?	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N
3. TEM OU TEVE ALGUMA DOENÇA QUE O TENHA OBRIGADO A INTERROMPER A SUA ACTIVIDADE LABORAL DURANTE MAIS DE 15 DIAS CONSECUTIVOS NO ÚLTIMOS 5 ANOS?	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N
4. TEM ALGUMA ALTERAÇÃO FÍSICA OU FUNCIONAL, TEVE ALGUM ACIDENTE GRAVE, FOI SUBMETIDO A ALGUMA INTERVENÇÃO CIRÚRGICA OU RECEBEU ALGUMA TRANSFUSÃO DE SANGUE?	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N
5. JÁ FEZ OU FOI ACONSELHADO A FAZER UM TESTE DE SIDA?	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N
6. PRÁTICA DESPORTO DE COMPETIÇÃO?	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N
7. JÁ LHE FOI RECUSADA A CELEBRAÇÃO DE UM SEGURO DE VIDA, DE DOENÇA OU DE ACIDENTES PESSOAIS, OU FOI O MESMO CELEBRADO EM CONDIÇÕES ESPECIAIS?	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N
8. É REFORMADO?	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N

SE RESPONDEU SIM A ALGUMA DAS QUESTÕES, ESPECIFIQUE E PORMENORIZE ABAIXO:

	PESO	KG	KG
1.ª Pessoa Segura	ALTURA	M	M
	TENSÃO ARTERIAL	MÍN	MÍN
2.ª Pessoa Segura		MÁX	MÁX

Capital Seguro, Início da Cobertura e Prazo do Contrato

(1) OPÇÃO VIDA RISCO (COBERTURAS: MORTE + ITP - INVALIDEZ, TOTAL E PERMANENTE)
 (2) OPÇÃO VIDA BASE (COBERTURAS: MORTE + IAD - INVALIDEZ, ABSOLUTA E DEFINITIVA)
 (1) Melhor protecção para os nossos Clientes
 (2) A subscrição desta opção implica a competente autorização da Direcção Comercial.

CAPITAL (1) A SEGURAR: _____ PRAZO _____ ANOS _____ DATA DE INÍCIO _____
(DATA DA ESCRITURA)

DURAÇÃO: O SEGURO É VÁLIDO POR UM ANO, SENDO AUTOMATICAMENTE RENOVÁVEL POR IGUAIS PERÍODOS.

FREQUÊNCIA DE PAGAMENTOS DO PRÉMIO: MENSAL TRIMESTRAL SEMESTRAL ANUAL
 (1) O Capital é indicativo, resultando o seu valor definitivo do valor do empréstimo que lhe está associado

Beneficiários

- Relativamente à parte do Capital em dívida: A ENTIDADE CREDORA. (A cláusula beneficiária é irrevogável na parte relativa ao capital em dívida).
- Pelo eventual remanescente: - Em caso de Morte: Os Herdeiros Legais; - Outras Coberturas: A Pessoa Segura

Autorização de Débito em Conta

TITULAR DA CONTA	BANCO
MORADA	BALCÃO
LOCALIDADE	LOCALIDADE

Ao Banco _____,
 por débito, em sistema de débitos directos, na minha conta com o NIB n.º _____,
 queiram proceder ao pagamento do prémio à Ocidental – Companhia Portuguesa de Seguros, SA, relativo ao(s) seguro(s) contratado(s) através da respectiva Proposta.

_____/_____/_____
 (Local e data) _____ (Titular da Conta)

Declaração, Data e Assinatura

Para efeitos de celebração do(s) presente(s) contrato(s) de seguro, declaramos que:

1. São exactas e completas as declarações prestadas e que tomei conhecimento de todas as informações necessárias à celebração do(s) presente(s) contrato(s), tendo 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.
2. Tanto o Tomador de Seguro (Banco Comercial Português, S.A.) como a Pessoa Segura declaram ter tomado conhecimento das Condições Gerais do contrato a realizar, bem como da possibilidade de realização de Exames Médicos e/ou Exames Auxiliares de Diagnóstico que se tornem necessários, nomeadamente pela conjugação do Capital com a idade da Pessoa Segura ou por força da existência de outros seguros de vida.
Para efeito da realização dos referidos Exames Médicos e/ou Exames Auxiliares de Diagnóstico será contactada a Pessoa Segura. As garantias deste seguro de vida só poderão ser accionadas após aceitação do(s) mesmo(s) e pela Ocidental - Companhia Portuguesa de Seguros de Vida, S.A., que para o efeito, a comunicará ao Tomador de Seguro/Pessoa Segura.
3. O Questionário Médico faz parte integrante do Seguro de Vida. As declarações inexactas ou reticentes ou a omissão de factos, tornam o pedido de adesão nulo e sem qualquer efeito e libertam a Ocidental - Companhia Portuguesa de Seguros de Vida, S.A. e a Ocidental - Companhia Portuguesa de Seguros, S.A. do pagamento de qualquer indemnização. Autorizamos os médicos e todas as pessoas consultadas pela Ocidental - Companhia Portuguesa de Seguros de Vida, S.A. e a Ocidental - Companhia Portuguesa de Seguros, S.A. a prestarem a estas ou aos seus serviços médicos as informações que venham a ser solicitadas.
4. Tomámos conhecimento que, caso decorram mais de 6 meses entre a data de preenchimento da Proposta de Adesão e a data de início do seguro, terá de ser subscrita nova Declaração de Saúde e Emprego/ preenchido novo Questionário Médico e repetidos os eventuais exames médicos, sem os quais a referida proposta não tem condições de aceitação.
5. Autorizamos a cedência dos dados pessoais disponibilizados, sob o regime de absoluta confidencialidade, às empresas que integram o Millennium bcp, à Ocidental - Companhia Portuguesa de Seguros, SA, e à Ocidental - Companhia Portuguesa de Seguros de Vida, S.A., desde que compatível com a finalidade de recolha dos mesmos.
6. Autorizamos que se proceda 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. Autorizamos a Seguradora 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 Seguradora 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 com as Sucursais do Millennium bcp.

(Data)

(1.ª Pessoa Segura)

(2.ª Pessoa Segura)

(A Sucursal)