

## Proposta Individual de Seguro de Vida

---

### 1. Segurado

Apelido \_\_\_\_\_ Nome de solteiro(a) \_\_\_\_\_

Nomes completo \_\_\_\_\_

Título (marcar) Sr<sup>o</sup>  Sr<sup>a</sup> (Assinale) Estado civil Casado (a)  Solteiro (a)  Viúvo (a)  Divorciado (a)  Separado (a) 

Data de nascimento \_\_\_\_\_ Local de nascimento \_\_\_\_\_

Endereço postal \_\_\_\_\_

Endereço físico \_\_\_\_\_

Número de contacto (trabalho) \_\_\_\_\_ (casa) \_\_\_\_\_ (telemóvel) \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

### 2. Proponente

**Preencher apenas se não for o segurado**

Apelido \_\_\_\_\_ Nome de solteiro(a) \_\_\_\_\_

Nomes \_\_\_\_\_

Título (marcar) Sr<sup>o</sup>  Sr<sup>a</sup> Relação com o segurado: Mãe  Pai  Mulher  Marido  Empregador 

Data de nascimento \_\_\_\_\_ Local de nascimento \_\_\_\_\_

Endereço postal \_\_\_\_\_

Endereço físico \_\_\_\_\_

Número de contacto (trabalho) \_\_\_\_\_ (casa) \_\_\_\_\_ (telemóvel) \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

### 3. Descrição da Apólice

Descrição do Seguro \_\_\_\_\_ Período \_\_\_\_\_

Capital Seguro \_\_\_\_\_ Prémio \_\_\_\_\_ Moeda \_\_\_\_\_

Método de pagamento (assinale): Mensal  Trimestral  Semestral  Anual **(Os Pagamentos Mensais, Trimestrais e Semestrais deverão ser efectuados através de Débito Directo)**

**Dados Bancários:**

Nome do titular \_\_\_\_\_

Nome do Banco \_\_\_\_\_ Conta Número \_\_\_\_\_ Filial \_\_\_\_\_

Moeda \_\_\_\_\_ NIB \_\_\_\_\_ Tipo de conta bancária \_\_\_\_\_

Para seguro Poupança Júnior (se aplicável). Requer-se renúncia do prémio? Sim  Não 

Para Seguro de Poupança (Se Aplicável). Indicar a Data de Aniversário \_\_\_\_\_

**Secção 4, 5 e 6 devem ser preenchidas por:**

- Segurado, salvo no caso do seguro Poupança Júnior e seguro de Vida Misto
- O Proponente, onde tiver sido seleccionada a opção de Renúncia de Prémio.
- Deixado em branco no caso de seguro de Vida Misto sem benefício de Renúncia ou de Prémio.

**4. Ocupação e Actividades do Segurado / Proponente**

4.1. Profissão \_\_\_\_\_ Empregador \_\_\_\_\_

4.2. Descrição detalhada das funções \_\_\_\_\_

4.3. Já terá trabalhado ou tenciona trabalhar ou estar envolvido em algumas destas áreas (indicar sim/não):

a) Voar sem ser num voô onde paga uma tarifa de passageiro em uma companhia aérea regular Sim  Não b) Em qualquer exercício desportivo perigoso ou ocupação, como boxe, mergulho, corrida de carros ou manuseamento de explosivos Sim  Não c) A indústria mineira ou comércio de bebidas alcoólicas Sim  Não 4.4. Já terá tido alguma intenção de trocar a sua ocupação actual ou país de residência? Sim  Não 

4.5. Se a resposta a qualquer uma das perguntas for afirmativa, por favor preencha o respectivo questionário ou dê mais informações completas

**Pergunta nº. Comentários**

Pergunta nº.	Comentários

**5. Saúde do Segurado/Proponente****É importante revelar qualquer doença no passado ou presente mesmo se tiver alguma dúvida que possa afectar a sua segurabilidade.**

5.1. Consumo de álcool

	Diário	Semanal
Copos de Bebida Seca		
Copos de Vinho		
Copos de Cerveja		

5.2. Terá consumido mais álcool no passado? Sim  Não 

5.3. Consumo de tabaco

Cigarros	Charutos	Cachimbo

5.4. Já terá sido aconselhado por médico para reduzir ou deixar de consumir bebidas alcoólicas ou tabaco? Sim  Não

- 5.5. Algum dos seus pais, irmãos, irmãs sofre ou terá sofrido ou perdeu a vida (se perdeu a vida, indicar a causa da morte e idade) de SIDA, diabetes, doença cardíaca, trombose, pressão arterial alta, doenças mentais ou qualquer outra doença hereditária Sim  Não
- 5.6. Indicar o nome e endereço do seu médico habitual e por quanto tempo é seu médico?
- a) Nome \_\_\_\_\_
- b) Endereço \_\_\_\_\_
- c) Período \_\_\_\_\_
- 5.7. Terá procurado assistência médica nos últimos 5 anos em conexão com qualquer sintoma ou situação, ou terá sido internado em alguma unidade sanitária ou exames médicos (incluindo ECG, Raios-X, teste de HIV ou outros testes laboratoriais especializados) Sim  Não
- 5.8. Sofre ou terá sofrido de ou terá problemas de saúde relacionados com: **(indicar sim/não)**
- a) Seu coração ou circulação (isto é pressão arterial, dores no peito, sopro no coração, palpitações, febre reumática ou problemas de vasos sanguíneos, trombose, etc.) Sim  Não
- b) Seus pulmões (isto é, tosse persistente, falta de respiração, tuberculose, asma, bronquite, etc.) Sim  Não
- c) Seus rins, bexiga, ou órgãos reprodutivos (isto é, pedras, infecções, doenças venéreas, bilharziose, etc) Sim  Não
- d) Seu sistema nervoso (isto é, traumatismo craniano, inconsciência, paralisia, ataques "Blackouts", depressão ou estado de ansiedade, dores de cabeça persistentes, etc) Sim  Não
- e) Seu sistema digestivo e fígadoYour digestive system and (isto é, indigestão, úlcera, hemorragia intestinal, hepatite, cálculo biliar, etc) Sim  Não
- f) Seus olhos, ouvidos, nariz ou garganta (isto é, surdez, descargas do ouvido etc.) Sim  Não
- g) Seu esqueleto, articulações ou músculos (isto é, reumatismo, artrite, problemas das costas ou pescoço, gota, etc.) Sim  Não
- h) Suas glândulas ou sangue (isto é, diabetes, tiroide, baço, problemas de hemorragia ou leucemia, etc.) Sim  Não
- i) Crescimento (isto é cancro ou tumor ou qualquer tipo, etc.) Sim  Não
- j) Transpiração noturna persistente sem explicação Sim  Não
- k) Febres ou problemas de pele recorrentes ou persistentes inexplicáveis. Sim  Não
- l) Perda de peso inexplicável. Sim  Não
- m) Infecções ou glândulas inchadas inexplicavelmente. Sim  Não
- n) Diarreia crónica ou recorrente Sim  Não
- 5.9. Para Proponentes do sexo feminino apenas:
- a) Terá sofrido de alguma doença da mama ou dos órgãos sexuais? Sim  Não
- b) Terá tido algum parto prematuro, aborto involuntário ou nado morto? Sim  Não
- c) Estará em estado de gravidez neste momento? Sim  Não
- 5.10. Haverá ou terá havido alguma coisa relacionada com a sua saúde (isto é, indisposição, doenças, ferimentos, operações) nas suas actividades, estilo de vida ou condições de trabalho que poderia afectar o risco do seguro proposto e que não tenha sido revelado acima? Sim  Não
- 5.11. Se a resposta a qualquer uma das perguntas for afirmativa, favor dar descrições abaixo, incluindo o mês e ano em que teve os últimos sintomas e nome e endereço dos médicos, hospitais ou instituições ou preencha o respectivo questionário.

**Pergunta nº. Descrição**


## 6. Altura e Peso

6.1. Qual é a sua altura (sem sapatos)?

6.2. Qual é o seu peso em vestuário normal?

6.3. O seu peso terá mudado por mais de 3kg durante o ano passado? Se sim, indicar em 6.4 se aumentou ou diminuiu para quanto, motivo e por quanto tempo o actual peso é constante.

Sim  Não

6.4. Se a resposta ao ponto 6.3 for afirmativa, favor responder à seguinte pergunta

a) Peso aumentou/diminuiu por quanto \_\_\_\_\_

b) Motivos o aumento/diminuição \_\_\_\_\_

c) Actual peso constante por quanto tempo \_\_\_\_\_

---

## 7. Outros Seguros

7.1. Já terá efectuado alguma apólice com a Sanlam ou qualquer outra Companhia de Seguro local ou estrangeira?

Sim  Não

7.2. Terá alguma proposta de seguro de vida sido indeferida, adiada ou retirada, carregada ou aceite em termos especiais por qualquer seguradora?

Sim  Não

7.3. Terá alguma outra proposta pendente sobre a sua vida?

Sim  Não

7.4. Esta proposta é para substituir qualquer outra proposta ou qualquer outra companhia de seguro (se a substituição é para ocorrer imediatamente ou para substituir uma apólice descontinuada dentro dos últimos seis meses ou para descontinuar dentro dos próximos seis meses)?

Sim  Não

**IMPORTANTE: Substituição de qualquer apólice é quase sempre em desvantagem do proponente porque envolve duplicação dos custos iniciais cobrados à apólice.**

7.5. Se a resposta a qualquer uma das perguntas for afirmativa, favor dar informações detalhadas abaixo, incluindo o número da apólice, datas e nomes das companhias seguradoras.

**Pergunta nº. Descrição**

Pergunta nº.	Descrição

## 8. Declaração

- 8.1. Declaro que as afirmações feitas nesta proposta e em todos os outros documentos submetidos à Sanlam e em conexão, quer no meu manuscrito ou não, são verdadeiras, correctas e completas e formam a base do contrato proposto.
- 8.2. Concordo que se um representante da Sanlam ou o corretor preencher a proposta ou todos os documentos apresentados em conexão, fá-lo-á na qualidade de meu mandatário e não como um agente da empresa.
- 8.3. Autorizo a qualquer médico, pessoa ou instituição, divulgar à Sanlam, a qualquer momento, quaisquer informações relativas à saúde do segurado e concordo igualmente que esta autoridade permanecerá em vigor, após a morte do segurado.
- 8.4. Além disso, concordo que caso alguma coisa seja indicada sendo contrária à verdade ou quaisquer informações que vierem a ser conhecidas pela Sanlam com referência à garantia da proposta tiverem sido retidas ou ocultadas, a resultante apólice que for concedida nos termos da presente proposta será considerada nula e sem efeitos.

Data \_\_\_\_\_ Local \_\_\_\_\_

Assinatura do segurado \_\_\_\_\_ Assinatura do proponente \_\_\_\_\_

Assinatura do tutor, se o proponente for menor de 18 \_\_\_\_\_

---

## 9. Relatório do Agente / Corretora

- 9.1. Fornecer abaixo um relatório especial sobre o segurado e proponente (ou seja, fonte de rendimento, estilo de vida, etc).

---

---

---

---

---

---

9.2. Nome do agente / correctora \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_