

**Proposta de Seguro Poupança Júnior
(Para crianças até a idade de 15 anos)****Detalhes do segurado**

Apelido _____ Nomes _____
Data de Nascimento _____ Local de Nascimento _____

Dados do Tomador de Seguro

Apelido _____ Apelido de solteiro(a) _____

Nomes _____

Marcar: Sr. Srª

Relação com Segurado: Mãe Pai Outro Se outro, por favor especificar _____

Data de Nascimento _____ Local de Nascimento _____

Endereço postal _____

Endereço Residencial _____

Número de Contacto (Serviço) _____ (Casa) _____ (Telemóvel) _____

Email _____

Descrição da apólice

Descrição do Seguro _____ Período _____

Valor Segurado _____ Prémio _____

Período de Caducidade: (Marcar) 10 15 18 21

Pagamento de prémio

Método de Pagamento (Marcar) Mensal Trimestral Semestral Anual

(Pagamentos Mensais, Trimestrais, Semestrais por Débito Directo Apenas)

Dados Bancários:

Nome _____

Nome do Banco _____ Número da Conta _____

Filial _____ Moeda _____ NIB _____

Detalhes do Parente mais próximo

Nome _____

Endereço _____

Relação _____ Telefone Nº _____

Declaração

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.
2. Concordo que se um representante da Sanlam ou o corretor concluir a proposta ou todos os documentos apresentados em conexão, fá-lo-á na qualidade de meu mandatário e não como um agente da empresa.
3. 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.
4. 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.

Datado de _____ em _____

Assinatura do TOMADOR DE SEGURO _____

Nome do Agente _____ Código _____

Assinatura _____