

UNIVERSAL SEGUROS



QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL DE SAÚDE

| Quadro pa | ara uso exclusivo da Administração |
|----------------------------|---|
| Proposta Nº | Plano: |
| Apolice N° | Prata Ouro Platina |
| | Produtor N°: N° |
| Moeda Do Contrato: | AOA Cobrador: |
| 1. TOMADOR DO | O SECUEDO |
| CPJ - Caixa de Previdêno | |
| 2. PESSOA SEGUI | |
| | sa, não abrevie o apelido, nem os três primeiros nomes. |
| Nome: | |
| Data de Nascimento: | D D M M A A A A A A A Nacionalidade: |
| 3. DADOS PARA | APÓLICE |
| Indique se lhe foi feito a | algum diagnóstico ou indicado um tratamento/cirurgia relacionados com alguma das doenças abaixo descritas |
| 3.1 - Tumores | |
| ∐ Não | Sim Se sim, por favor especifique: |
| 2.2 | Benignos Malignos |
| 3.2 - Doenças Ca | |
| Não | Sim Se sim, por favor especifique: |
| | Hipertensão Arterial Angina de Peito Doença Valvular Doença Arterial Periférica |
| 0.0 B | Dislipidémia Arritmias/Bloqueios Enfarte do Miocárdio Varizes Outras |
| 3.3 - Doenças Ne | |
| ∐ Não | Sim Se sim, por favor especifique: |
| | AVC Cefaleias Epilepsia Sequelas de Traumatismos Doenças Muscular |
| 2.4 Doopers Fr | Doenças de Parkinson Esclerose Múltipla Paralisia Outras |
| 3.4 - Doenças Er | Sim Se sim, por favor especifique: |
| LI Nau | ☐ Diabetes ☐ Tiroide ☐ Supra-renal ☐ Hipófise ☐ Outras |
| 3.5 - Doenças Re | |
| □ Não | Sim Se sim, por favor especifique: |
| | Asma Doença Pulmonar Obstructiva Sarcoidose Apneia do Sono Outras |
| 3.6 - Doenças do | o Aparelho Digestivo |
| ☐ Não | Sim Se sim, por favor especifique: |
| | ☐ Hérnia do Hiato ☐ Gastrite ☐ Úlceras ☐ Doença Inflamatória Intestino ☐ Pólipos |
| | Hemorroidas Hérnias Abdominais Outras |
| 3.7 - Doenças He | epáticas e das Vias Biliares |
| ☐ Não | Sim Se sim, por favor especifique: |
| | ☐ Hepatite ☐ Cirrose ☐ Cálculos ☐ Pancreatite ☐ Outras |
| 3.8 - Doenças Ps | siquiátricas |
| ☐ Não | Sim Se sim, por favor especifique: |
| | Esquizofrenia Doença Bipolar Anorexia/ Bulimia Ansiedade Depressão |
| | □ Demência/Alzheimer □ Outras |
| 3.9 - Doenças He | |
| I I Não | Sim Se sim, por favor especifique: |
| Não | |
| ∐ NdO | Anemia Linfoma Leucemia Doenças de Coagulação |
| | Anemia Linfoma Leucemia Doenças de Coagulação Mieloma Outras |
| | Mieloma Outras |
| | |

www.universalseguros.co.ao pag. 1/

(







QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL DE SAÚDE

| No. | | Ginecologicas ou da mama |
|--|------------------------------|--|
| 3.13 - Openças de Columa extractoridos sum por fevor expectifiques properties | ∐ Não | Sim Se sim, por favor especifique: |
| Max Sin Se sin por free/ expectinge. Floronizingia Triples Dutres | 3 12 - Doencas | |
| 3.13 - Doenças da Columa e Articulações Sa sin, por favor espectifique Cora Cora | | |
| Main Se simil, por fivor especifique Diseascorese Practuras Escallase Similia Diseascorese Practuras Escallase Diseascorese Practuras Escallase Diseascorese D | | Artrite Reumatóide Espondilite Aquilosante Fibromialgia Lupus Outras |
| Secondary Cottoe | 3.13 - Doenças | da Coluna e Articulações |
| Hernia Discal Golo Outras | Não | Sim Se sim, por favor especifique: |
| 3.14 - Doengas da Pele | | |
| Não Sim Se alm, por fivor espectrique Parriade Parriade Outras | 3.14 Dooness | |
| Beautiful Provided Provided Provided Provided Similar Outras | | |
| 3.15 - Doengas Infecciosas | | |
| Não Sim Se sim, por favor expecifiques SHIIIS Outras | 3.15 - Doencas | |
| Tuberculosse HIV/Sida SIFIIIs Outras | | |
| 3.16 - Doenças dos Olhos, Ouvidos e Nasofaringe Não Sim Se sim, por favor especifique Mão Sim Se sim, por favor especifique En caso de resposta affirmétiva a qualquer uma da o existende da palema anterior, especifique por favor os seguintee elementos: Quala edicença, ou doenças, e aaló prespective(s) data(s) de cliagnostice? Quala edicença, ou doenças, e aaló prespective(s) data(s) de cliagnostice? Quala edicença, ou doenças, e ambulatório ou internamento, e as respectivas datas? Estado Clinico Actual Foi submetido(s) à alguma intervenção criorgiça? Não Sim Em caso afirmativo, especifique qual, em que ano foi realizada e se the foi colocada alguma protesse ou outro material ciringico: Qual o estado Clinico actual? Faz algum tipo de tratamento médico ou medicação com regularidade? Não Sim Ton caso afirmativo, especifique qual; em que ano foi realizada e se the foi colocada alguma protesse ou outro material ciringico: Qual o estado Clinico actual? Faz algum tipo de tratamento médico ou medicação com regularidade? Não Sim Ton caso afirmativo, especifique qual; em que ano foi realizada e se the foi colocada alguma protesse ou outro material ciringico: Paz algum tipo de tratamento médico ou medicação com regularidade? Não Sim Ton caso afirmativa, especifique qual; em que ano foi realizada e se the foi colocada alguma protesse ou outro material ciringico: Não Sim Ton caso afirmativa especifique qual; em que ano foi realizada e se the foi colocada alguma protesse ou outro material ciringico: Não Sim Não Sim Ton caso afirmativa especifique qual; em que ano foi realizada e se the foi colocada alguma protesse ou outro material ciringico: Não Sim Não Sim Ton caso afirmativa especifique qual; em que ano foi realizada es contro da ciringica especifique qual; em que ano foi realizada | | |
| Não Sim Se sim, por fivor especifique Otite Vertigem Glaucoma Retina Micola Catarans Sinuste Outras | 3 16 - Doencas | |
| Miopia Cotaristas Otite Vertigem Glaucoma Retina | _ | |
| Balxa de Audição Sinusite Outras 'Em cao de resposta atrimento a qualquer uma das questos da pagin a interior especifique por favor os seguintes elementos. Qual a doenças, e a (s) respectiva/s) data(s) de ciliagnóstico? Quals os tratamentos realizados, em ambulatório ou internamento, e as respectivas datas? Estado Clínico Actual Foi submetico(n) a alguma intervenção circirgica? Não Sim Em caso affirmativo, especifique qual, em que ano foi realizada e se lhe foi colocada alguma prótese ou outro material circirgico: Qual o estado clínico actual? Faz algum tipo de tratamento médico ou medicação com regularidade? Não Sim Em caso affirmativo, especifique qual. Faz algum tipo de tratamento médico ou medicação com regularidade? Não Sim Qual da se respectivas consecuências? Fau vitima de algum acidente de trabableo, viação, desportivo ou outro? Não Sim Quals as respectivas consecuências? Fau ma? Não Sim Tipo de bebida? Quantidade? Far ou tove algum seguro de saúde? Não Sim Tipo de bebida? Tem ou tove algum seguro de saúde? Não Sim Tipo de bebida? Tem ou tove algum seguro de saúde? Não Sim Tipo de bebida? Tem ou tove algum seguro de saúde? Não Sim Tipo de bebida? Tem ou tove algum seguro de saúde? Não Sim Tipo de bebida? Tem ou tove algum seguro de saúde? Não Sim Tipo de bebida? Tem ou tove algum seguro de saúde? Não Sim Tipo de bebida? Tem ou tove algum seguro de saúde? Não Sim Tipo de bebida? Tem ou tove algum seguro de saúde? Não Sim Tipo de bebida? Tem ou tove algum seguro de saúde? Não Sim Tipo de bebida? Tem ou tove algum seguro de saúde? Não Sim Tipo de bebida? Tem ou tove algum seguro de saúde? Não Sim Tipo de bebida? Tem ou tove algum seguro de saúde? Não Sim Tipo de bebida? Tem ou tove algum seguro de saúde? Não Sim Tipo de bebida? Tem ou tove algum seguro de saúde? Não Sim Tipo de bebida? Tem ou tove algum | | |
| **Ent caso de recasota affirmativa a qualquer uma dio quesióne da página anierior específique par finor no seguintes elementos (Qual a oberça, ou doenças, e a (s) respectivo(s) data(s) de diagnóstico? Quals os tratamentos realizados, em ambulatório ou internamento, e as respectivas datas? Estado Clínico Actual Foi submetido(a) a alguma intervenção cirúrgica? Inão Sim Em caso afirmativo, especifique qual, em que ano foi realizada e se libe foi colocada alguma prótese ou outro material cirúrgico: Qual o estado clínico actual? Qual o estado clínico actual? Faz algum tipo de tratamento médico ou medicação com regularidade? Em caso afirmativo, especifique qual. Faz algum tipo de tratamento médico ou medicação com regularidade? Em caso afirmativo, especifique qual. Faz algum tipo de tratamento médico ou medicação com regularidade? Em caso afirmativo, especifique qual. Faz algum tipo de tratamento médico ou medicação com regularidade? Fina caso de tratamento médico ou medicação com regularidade? Duals as respectivas consequências? Furma? Não Sim Quantidade? Duantidade? Não Sim Quantidade? Qu | | |
| Quals os tratamentos realizados, em ambulatório ou internamento, e as respectivas datas? Estado Clínico Actual Foi submetidoda) a alguma intervenção cirórgica? Em caso afirmativo, especifique qual, em que ano foi realizada e se lhe foi colocada alguma prótese ou outro material cirórgico. Qual o estado clínico actual? Faz algum tipo de tratamento médico ou medicação com regularidade? Faz algum tipo de tratamento médico ou medicação com regularidade? Foi vitima de algum acidente de trabalho, viação, desportivo ou outro? Quals as respectivas consequências? Foi vitima de algum acidente de trabalho, viação, desportivo ou outro? Quals as respectivas consequências? Foi moi teve algum seguro de saúde? O seguro foi aceite com exclusões ou restricões, ou foi-lhe aplicado algum agravamento no prémio? Em caso es transferência deve anexar cosa das concições Contratuais onde retira a existência ou não de restrições de aceitação (exclusões) 4. ÍNDICES BIOMÉTRICOS DA PESSOA SEGURA Nance Especialidade: Consultório: Telefone Consultório: Telefone Consultório: Telefone Consultório: Telefone Consultório: Especialidade: Consultório: | * Emicaso do rosposta ofici- | |
| Quals os tratamentos realizados, em ambulatório ou internamento, e as respectivas datas? Estado Clínico Actual Foi submetido(a) a alguma intervenção cirúrgica? Em caso afirmativo, específique qual, em que ano foi realizada e se lhe foi colocada alguma prótese ou outro material cirúrgico: Qual o estado clínico actual? Faz algum tipo de tratamento médico ou medicação com regularidade? Em caso afirmativo, específique qual; Foi vitima de algum acidente de trabalho, viação, desportivo ou outro? Quals as respectivas consequências? Fuma? Não Sim Quantidade? Fuma? Não Sim Quantidade? Fuma ou teve algum seguro de saúde? Em caso de transferência deve amorar capia das Condições Contratuais onde refina a existência ou não de restrições de acetação (pocludes). 4. ÍNDICES BIOMÉTRICOS DA PESSOA SEGURA Nome: Especialidade: Consultório: Telefone Consultório: Telefone Consultório: Telefone Consultório: Telefone Consultório: Telefone Consultório: Telefone Consultório: | | |
| Estado Clínico Actual Foi submetido(a) a alguma intervenção cirárgica? Em caso afirmativo, específique qual, em que ano foi realizada e se line foi colocada alguma protese ou outro material cirúrgico: Qual o estado clínico actual? Faz algum tipo de tratamento médico ou medicação com regularidade? Em caso afirmativo, específique qual; Foi vitima de algum acidente de trabalho, viação, desportivo ou outro? Não | quai a uueriça, ou doenç | .as, e als) respectivals) uata(s) ue uiagiiostico: |
| Estado Clínico Actual Foi submetido(a) a alguma intervenção cirárgica? Em caso afirmativo, específique qual, em que ano foi realizada e se line foi colocada alguma protese ou outro material cirúrgico: Qual o estado clínico actual? Faz algum tipo de tratamento médico ou medicação com regularidade? Em caso afirmativo, específique qual; Foi vitima de algum acidente de trabalho, viação, desportivo ou outro? Não | Ougle on trate | |
| Foi submetido(a) a alguma intervenção cirúrgica? Não Sim Em caso afirmativo, especifique qual, em que ano foi realizada e se lhe foi colocada alguma prótese ou outro material cirúrgico: Qual o estado clínico actual? Não Sim Em caso afirmativo, especifique qual: Não Sim Em caso afirmativo, especifique qual: Não Sim Em caso afirmativo, especifique qual: Não Sim Quals as respectivas consequências? Não Sim Em quals as respectivas consequências? Quantidade? Quantidade? Em caso de transferência deve anexar cópia das Condições Contratuais onde refira a existência ou não de restrições de aceitação (exclusões). 4. ÍNDICES BIOMÉTRICOS DA PESSOA SEGURA Nome: Especialidade: Consultório: Telefone Consultório: Minimistra Telefone Consultório: Telefone Consultório: Sepecialidade: Consultório: Telefone Consultório: Sepecialidade: Consu | quais us tratamentos re | anzados, em ambulatorio du internamento, e as respectivas datas? |
| Foi submetido(a) a alguma intervenção cirúrgica? Não Sim Em caso afirmativo, especifique qual, em que ano foi realizada e se lhe foi colocada alguma prótese ou outro material cirúrgico: Qual o estado clínico actual? Não Sim Em caso afirmativo, especifique qual: Não Sim Em caso afirmativo, especifique qual: Não Sim Em caso afirmativo, especifique qual: Não Sim Quals as respectivas consequências? Não Sim Em quals as respectivas consequências? Quantidade? Quantidade? Em caso de transferência deve anexar cópia das Condições Contratuais onde refira a existência ou não de restrições de aceitação (exclusões). 4. ÍNDICES BIOMÉTRICOS DA PESSOA SEGURA Nome: Especialidade: Consultório: Telefone Consultório: Minimistra Telefone Consultório: Telefone Consultório: Sepecialidade: Consultório: Telefone Consultório: Sepecialidade: Consu | Fotodo Clínico Actual | |
| Em caso afirmativo, especifique qual, em que ano foi realizada e se lhe foi colocada alguma prótese ou outro material cirúrgico: Qual o estado clínico actual? Faz algum tipo de tratamento médico ou medicação com regularidade? Em caso afirmativo, especifique qual: Foi vitima de algum acidente de trabalho, viação, desportivo ou outro? Quals as respectivas consequências? Fuma? Não Sim Quantidade? Bebe bebidas alcodicas? Rom ou teve algum seguro de saúde? Não Sim Em que Seguradora? O seguro foi aceite com exclusões ou restrições, ou foi-lhe aplicado algum agravamento no prémio? Em caso de transferência deve anexar cópia das Condições Contratuais onde refira a existência ou não de restrições de aceitação (exclusões). 4. ÍNDICES BIOMÉTRICOS DA PESSOA SEGURA *Altura M Peso Kg Tensão arterial (só para maiores de 16 anos) min. max. 5. MÉDICO(S) ASSISTENTE(S) DA PESSOA SEGURA Nome: Especialidade: Consultório: Telefone Consultório: Telefone Consultório: Telefone Consultório: | ESIAGO CIITICO ACTUAL | |
| Qual o estado clínico actual? Faz algum tipo de tratamento médico ou medicação com regularidade? Não Sim Em caso afirmativo, especifique qual: Não Sim Foi vitima de algum acidente de trabalho, viação, desportivo ou outro? Não Sim Quals as respectivas consequências? Não Sim Quantidade? Quantidade? Quantidade? Quantidade? Quantidade? Quantidade? Quantidade? Quantidade? Quantidade? Não Sim Tipo de bebida? Quantidade? Quantidade? Pare ou teve algum seguro de saúde? Não Sim Em que Seguradora? Quantidade? Pare ou teve algum seguro de saúde? Não Sim Em que Seguradora? Quantidade? Pare ou teve algum seguro de saúde? Não Sim Em que Seguradora? Quantidade? Pare ou teve algum seguro de saúde? Não Sim Em que Seguradora? Pare ou teve algum seguro de saúde? Pare ou teve algum seguro de saúde? Quantidade? Pare ou teve algum seguradora? Quantidade? Pare ou teve algum seguro de saúde? Pare ou teve algum seguro de saúde | Foi submetido(a) a algur | na intervenção cirúrgica? Não Sim |
| Faz algum tipo de tratamento médico ou medicação com regularidade? Não Sim Em caso afirmativo, especifique qual: Não Sim Quals as respectivas consequências? Não Sim Ptima? Não Sim Quantidade? Não Sim Em que Seguradora? Quantidade? Qua | Em caso afirmativo, esp | ecifique qual, em que ano foi realizada e se lhe foi colocada alguma prótese ou outro material cirúrgico: |
| Faz algum tipo de tratamento médico ou medicação com regularidade? Não Sim Em caso afirmativo, especifique qual: Não Sim Quals as respectivas consequências? Não Sim Ptima? Não Sim Quantidade? Não Sim Em que Seguradora? Quantidade? Qua | | |
| Em caso afirmativo, especifique qual: Foi vitima de algum acidente de trabalho, viação, desportivo ou outro? Quals as respectivas consequências? Fuma? Não Sim Quantidade? Bebe bebidas alcoólicas? Não Sim Tipo de bebida? Quantidade? Tem ou teve algum seguro de saúde? Em caso de transferência deve anexar copia das Condições Contratuais onde refira a existência ou não de restrições de aceitação (exclusões). 4. ÍNDICES BIOMÉTRICOS DA PESSOA SEGURA *Altura M Peso Kg Tensão arterial (só para maiores de 16 anos) min. max. 5. MÉDICO(S) ASSISTENTE(S) DA PESSOA SEGURA Nome: Especialidade: Consultório: Telefone Consultório: Telefone Consultório: Especialidade: Consultório: | Qual o estado clínico act | rual? |
| Em caso afirmativo, especifique qual: Foi vitima de algum acidente de trabalho, viação, desportivo ou outro? Quals as respectivas consequências? Fuma? Não Sim Quantidade? Bebe bebidas alcoólicas? Não Sim Tipo de bebida? Quantidade? Tem ou teve algum seguro de saúde? Em caso de transferência deve anexar copia das Condições Contratuais onde refira a existência ou não de restrições de aceitação (exclusões). 4. ÍNDICES BIOMÉTRICOS DA PESSOA SEGURA *Altura M Peso Kg Tensão arterial (só para maiores de 16 anos) min. max. 5. MÉDICO(S) ASSISTENTE(S) DA PESSOA SEGURA Nome: Especialidade: Consultório: Telefone Consultório: Telefone Consultório: Especialidade: Consultório: | | |
| Foi vitima de algum acidente de trabalho, viação, desportivo ou outro? Não Sim Quais as respectivas consequências? Fuma? Não Sim Quantidade? Bebe bebidas alcoólicas? Não Sim Tipo de bebida? Quantidade? Quantidade? Não Sim Em que Seguradora? Quantidade? Não Sim Em que Seguradora? Quantidade? Não Sim Em que Seguradora? O seguro foi aceite com exclusões ou restrições, ou foi-lhe aplicado algum agravamento no prémio? Em caso de transferência deve anexar cópia das Condições Contratuais onde refira a existência ou não de restrições de aceitação (exclusões). M | Faz algum tipo de tratar | nento médico ou medicação com regularidade? |
| Quais as respectivas consequências? Fuma? | Em caso afirmativo, esp | ecifique qual: |
| Quantidade? Fuma? Não Sim Quantidade? | Foi vítima de algum acid | dente de trabalho, viação, desportivo ou outro? |
| Fuma? Não Sim Quantidade? | | |
| Bebe bebidas alcoólicas? Não Sim Tipo de bebida? Quantidade? Dim ou teve algum seguro de saúde? Não Sim Em que Seguradora? O seguro foi aceite com exclusões ou restrições, ou foi-lhe aplicado algum agravamento no prémio? Em caso de transferência deve anexar cópia das Condições Contratuais onde refira a existência ou não de restrições de aceitação (exclusões). A. ÍNDICES BIOMÉTRICOS DA PESSOA SEGURA Yeso Kg Tensão arterial (só para maiores de 16 anos) min. max. | | |
| Tem ou teve algum seguro de saúde? Não Sim Em que Seguradora? O seguro foi aceite com exclusões ou restrições, ou foi-lhe aplicado algum agravamento no prémio? Em caso de transferência deve anexar cópia das Condições Contratuais onde refira a existência ou não de restrições de aceitação (exclusões). 4. ÍNDICES BIOMÉTRICOS DA PESSOA SEGURA *Altura M *Peso Kg *Tensão arterial (só para maiores de 16 anos) min. max. 5. MÉDICO(S) ASSISTENTE(S) DA PESSOA SEGURA Nome: Especialidade: Consultório: Telefone Consultório: Telefone Consultório: Specialidade: Consultório: | | |
| O seguro foi aceite com exclusões ou restrições, ou foi-lhe aplicado algum agravamento no prémio? Em caso de transferência deve anexar cópia das Condições Contratuais onde refira a existência ou não de restrições de aceitação (exclusões). 4. ÍNDICES BIOMÉTRICOS DA PESSOA SEGURA *Altura | | |
| Em caso de transferência deve anexar cópia das Condições Contratuais onde refira a existência ou não de restrições de aceitação (exclusões). 4. ÍNDICES BIOMÉTRICOS DA PESSOA SEGURA *Altura | lem ou teve algum segu | ro de saude? |
| 4. ÍNDICES BIOMÉTRICOS DA PESSOA SEGURA 'Altura M 'Peso M Kg 'Tensão arterial (só para maiores de 16 anos) min. max. 5. MÉDICO(S) ASSISTENTE(S) DA PESSOA SEGURA Nome: Especialidade: Consultório: Telemóvel: Telefone Consultório: Especialidade: Consultório: | O seguro foi aceite com | exclusões ou restrições, ou foi-lhe aplicado algum agravamento no prémio? |
| 4. ÍNDICES BIOMÉTRICOS DA PESSOA SEGURA 'Altura M 'Peso Kg 'Tensão arterial (só para maiores de 16 anos) min. max. 5. MÉDICO(S) ASSISTENTE(S) DA PESSOA SEGURA Nome: Especialidade: Consultório: Telemóvel: Telefone Consultório: Especialidade: Consultório: | | |
| *Altura M *Peso Kg *Tensão arterial (só para maiores de 16 anos) min. max. 5. MÉDICO(S) ASSISTENTE(S) DA PESSOA SEGURA Nome: Especialidade: Consultório: Telemóvel: Nome: Especialidade: Consultório: | Em caso de transferência d | eve anexar cópia das Condições Contratuais onde refira a existência ou não de restrições de aceitação (exclusões). |
| *Altura M *Peso Kg *Tensão arterial (só para maiores de 16 anos) min. max. 5. MÉDICO(S) ASSISTENTE(S) DA PESSOA SEGURA Nome: Especialidade: Consultório: Telemóvel: Nome: Especialidade: Consultório: | | <u></u> |
| 5. MÉDICO(S) ASSISTENTE(S) DA PESSOA SEGURA Nome: Especialidade: Consultório: Telemóvel: Nome: Especialidade: Consultório: | 4. INDICES BIOM | IETRICOS DA PESSOA SEGURA |
| 5. MÉDICO(S) ASSISTENTE(S) DA PESSOA SEGURA Nome: Especialidade: Consultório: Telemóvel: Nome: Especialidade: Consultório: | *Altura N | *Peso Kg *Tensão arterial (só para maiores de 16 anos) min. max. |
| Nome: Especialidade: Consultório: Telemóvel: Nome: Especialidade: Consultório: | | |
| Nome: Especialidade: Consultório: Telemóvel: Nome: Especialidade: Consultório: | 5. MÉDICO(S) AS | SISTENTE(S) DA PESSOA SEGURA |
| Especialidade: Consultório: Telemóvel: Telefone Consultório: Telefone Consultório: Nome: Especialidade: Consultório: | | |
| Consultório: Telemóvel: Telefone Consultório: | | |
| Telemóvel: Telefone Consultório: Telefone Consultório: Nome: Especialidade: Consultório: | | |
| Nome: Especialidade: Consultório: | Consultório: | |
| Nome: Especialidade: Consultório: | Telemóvel: | Telefone Consultório: |
| Especialidade: Consultório: | | |
| Consultório: | | |
| | _ | |
| Telemóvel: Telefone Consultório: | Consultório: | |
| | Telemóvel: | |
| | | |

www.universalseguros.co.ao pag. 2,



QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL DE SAÚDE

| 7. DADOS PESSOAIS DADOS PESSOAIS DADOS PESSOAIS DA dadas pessoais constantes neste documento ser\u00e3o processados e armazenados informaticamente pelo Segurador e destinam se ao seu uso exclusivo, no ámbito das relicções presonatores pessoais constantes neste documento ser\u00e3o processados e armazenados informaticamente pelo Segurador e destinam se ao seu uso exclusivo, no ámbito das relicções presonatores dos contratos celebrados como seu Cliente, incluindo as suos renovações. Os dedos ser\u00e3o conservados de forma a permitir a identificação dos titulores ais que tenham cessão definitivamente essas reloções. O titulor para livar escavo aos seus daopos pessoais; com uma periodicidade não inferior a um ano a contar da recolha ou primeiro acesso, desde que o solicite por escrito, podendo proceder à aus retificação. Os dados recolhidos em virtude do ceobração, execução ou cessação do contrato poder\u00e3os ercenses e ilimátes previsos em mateira de protectos de dotos pessoais e de concorrência e sempre como se para a como se consecuente de como como se para de como como como como como como como com | 6. 0 | BSERVAÇÕES CONTRACTOR | |
|--|----------------------------|---|--|
| DADOS PESSOAIS Os dados pessoais constantes neste documento serão processados e armazenados informaticamente pelo Segurador e destinam-se ao seu uso exclusivo, no âmbito das relações pré contratuais au decorrentes do contrato celebrado com o seu Cliente, incluindo as suás renovações. Os dados serão conservados de forma a permitir a identificação dos titulares até que tenham cessado definitivamente essas relações. Os dados recolhidos em virtude da celebração, execução ou cessação do contrato poderão ser fornecidos às autoridades judiciais ou administrativas, desde que o solicite por escrito, podendo proceder à sua retificação. Os dados recolhidos em virtude da celebração, execução ou cessação do contrato poderão ser fornecidos às autoridades judiciais ou administrativas, desde que em cumprimento de chapitação legal a cargo do Segurador, e bem assim, sem prejuízio dos deveres e limitias previstos em matéria de proteção de dados pessoais e de concurrência, e sempre sujeito ao dever de sigilo, aos prestadores de servicos do Segurador, designadomente os seus resseguradores e peritos e ainda ás entidades, nomeadamente de tipo associativo, como seja a Associação Portugues ade Seguradores, que enquaderem ou realizem, licitamente, ações de compilação de dados, ações de prevenção e combate à fraude, estudos de mercado ou estudos estatisticos ou têcnico alturais. 8. DECLARAÇÕES Para efeitos de celebração do presente contracto de seguro, declaro que: 1. São exactas e completas as declarações por mim prestadas e tomei conhecimento de todas as informações necessárias à celebração do presente contracto, 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 as mesmas condições, coma squies estou de acordo. 2. Autorizo a consulta dos dados pessoais disponibilizados, sob regime de absoluta confidencialidade, às empresas que integram o grupo desde que compatível com a finalidade da recolh | * Em ca | aso de observações, especifique por favor os seguintes elementos: | |
| DADOS PESSOAIS Os dados pessoais constantes neste documento seráo processados e armazenados informaticamente pelo Segurador e destinam-se ao seu uso exclusivo, no ámbito das relações por contratuais ou discorrentes do contrato celebrado com o seu Cliente, incluindo as suas renovações. Os dados serão conservados de forma a permitir a identificação dos titulares ade que tenham cessado definitivamente esaas relações. 10 titular tesá livera esaes aos seus dados pessoais, com uma periodicidade não inferior a um ano a contar da recolha ou primeiro acesso, desede que o solicite por escrito, podendo proceder à sua retificação. 20 dados recolhidos em virtude da celebração, execução ou cessação do contrato poderão ser fornecidos às autoridades judiciais ou administrativas, desde que em cumprimento de brigação legal a cargo do Segurados, e bem assim, sem prejuizo dos deveres e limites previstos em matéria de proteção de dados pessoais de do contrario poderãos ser fornecidos às autoridades judiciais ou administrativas, desde que em cumprimento de obreve de sigilo, aos prestadores de servicos do Segurador, designadamente os seus resseguradores e peritos e ainda às entidades, nomeadamente de tipo associativo, omo seja a Associacião Portuquesa de Seguradores, que enquadrem ou realizem, licitamente, ações de compilação de dados, ações de prevenção e combate à fraude, estudos de mercado ou estudos estatísticos ou técnico-atuariais. 28. DECLARAÇÕES Para efeitos de celebração do presente contracto de seguro, declaro que: 1. São exactas e completas as declarações por mim prestadas e tomei conhecimento de todas as informações necessárias à celebração do presente contracto, tendo-me sido entregues as respectivas Condições Gerais e Especialis, para delas tomar integral conhecimento, e prestados todos os esclarecimentos sobre as mesmas condições, nomeadamentes sor expansatias e exclusões, com as quais estou de acordo. 2. Autorizo a consulta dos dados pessoais disponibilizados, sob regime de absoluta confidencialidade, às empres | | | |
| DADOS PESSOAIS Os dados pessoais constantes neste documento seráo processados e armazenados informaticamente pelo Segurador e destinam-se ao seu uso exclusivo, no ámbito das relações pré contratuas ou decorrentes do contrato celebrado com o seu Cliente, incluindo as suás renovações. Os dados serão conservados de forma a permitir a identificação dos titulares até que tenham cessado definitivamente esass relações. 10 titular tes fil inver acessa ou seu dados pessoais, com uma periodicidade não inferior a um ano a contar da recolha ou primeiro acesso, desde que o solicite por escrito, podendo proceder à sua retificação. 10 dados recolhidos em virtude da celebração, execução ou cessado do contrato poderão ser fornecidos às autoridades judiciais ou administrativas, desde que em cumprimento de de desdes pessoais de de concarrência, es exempre sujeito ao dever de sigilo, aos prestadores de servicos do Segurador, de las masim sem prejuizo dos deveres e limites previstos em matéria de proteção de dados pessoais de de concarrência, es exempre sujeito ao dever de sigilo, aos prestadores de servicos do Segurador, de las encuentrados de servicas do Segurador, de las concarrências exempre sujeito ao dever de sigilo, aos prestadores de servicos do Segurador, designadamente os seus resseguradores e peritos e ainda ás entidades, nomeadamente de tipo associativo, como seja a Associação Portugues ade Seguradores, que enquaderen ou realizem, licitamente, ações de compilação de dados, ações de prevenção e combate à fraude, estudos de mercado ou estudos estatisticos ou têcnico atuariais. 10 São exactas e completas as declarações por mimi prestadas e tomei conhecimento de todas as informações necessárias à celebração do presente contracto, 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 as mastrais e exclusões, com as quais estou de acordo. 11 São exactas e completas as declarações por m | | | |
| DADOS PESSOAIS Os dados pessoais constantes neste documento seráo processados e armazenados informaticamente pelo Segurador e destinam-se ao seu uso exclusivo, no ámbito das relações pré contratuais ou decorrentes do contrato celebrado com o seu Cliente, incluindo às suás renovações. Os dados serão conservados de forma a permitir a identificação dos titulares ais e que tenham cessado definitivamente essas relações. Os dados recolhidos sem virtude da celebração, execução ou cessação do contrato poderão ser fornecidos às autoridades judiciais ou administrativas, desde que o solicite por escrito, podendo proceder à sua retificação. Os dados recolhidos em virtude da celebração, execução ou cessação do contrato poderão ser fornecidos às autoridades judiciais ou administrativas, desde que en cumprimento de bribação legal a cargo do Separador, e bem assim, sem prejuizo dos deveres e limites previstos em matéria de proteção de dados pessoais e de concorrência, e sempre sujeito ao dever de sigilo, aos prestadores de servicos do Segurador, designadamente os seus resseguradores e peritos e ainda às entidades, nomeadamente de tipo associativo, como seja a Associação Portugues ade Seguradores, que enquaderem ou realizem, licitamente, ações de compilação de dados, ações de prevenção e combate à fraude, estudos de mercado ou estudos estatísticos ou têcnico atuariais. 8. DECLARAÇÕES Para efeitos de celebração do presente contracto de seguro, declaro que: 1. São exactas e completas as declarações por mim prestadas e tomei conhecimento de todas as informações necessárias à celebração do presente contracto, tendo-me sido entregues as respectivas Condições Geraís e Especiais, para delas tomar integral conhecimento, e prestados todos os esclarecimentos sobre as mesmas condições, nomeadamente sobre as mesmas executados, com as quais estou de acordo. 2. Autorizo a consulta dos dados pessoais disponibilizados, sob regime de absoluta confidencialidade, às empresas que integram o grupo desde que compatível com a finalidade da rec | | | |
| DADOS PESSOAIS Os dados pessoais constantes neste documento serão processados e armazenados informaticamente pelo Segurador e destinam-se ao seu uso exclusivo, no ámbito das relações pré contratuais sou decorrentes do contrato celebrado com o seu Cliente, incluindo as suás renovações. Os dados serão conservados de forma a permitir a identificação dos titulares até que tenham cessado definitivamente essas relações. Os dados recolhidos em virtude da celebração, execução ou cessação do contrato poderão ser fornecidos as autoridades judiciais ou administrativas, desde que o solicite por escrito, podendo proceder à sua retificação. Os dados recolhidos em virtude da celebração, execução ou cessação do contrato poderão ser fornecidos as autoridades judiciais ou administrativas, desde que en cumprimento de chongração legal a cargo do Segurador, e bem assim, sem prejuízio dos deveres e ilimites provistos em matéria de proteção de dados pessoais e de concorrência, e sempre sujeito ao dever de siglio, aos prestadores de serviços do Segurador, designadamente os seus resseguradores e peritos e ainda ás entidades, nomeadamente de tipo associativo, como seja a Associatão Portuguesa de Seguradores, que enquadrem ou realizem, licitamente, ações de compilação de dados, ações de prevenção e combate à fraude, estudos de mercado ou estudos estatísticos ou têcnico alturiais. 8. DECLARAÇÕES Para efeitos de celebração do presente contracto de seguro, declaro que: 1. São exactas e completas as declarações por mim prestadas e tomei conhecimento de todas as informações necessárias à celebração do presente contracto, 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 as mesmas executoses, com as quais estou de acordo. 2. Autorizo a consulta dos dados pessoais disponibilizados, sob regime de absoluta confidencialidade, às empresas que integram o grupo desde que compatível com a finalidade da rec | | | |
| Os dados pessoals constantes neste documento serão processados e armazenados informaticamente pelo Segurador e destinam-se ao seu uso exclusivo, no âmbito das relações pré-contratuais ou decorrentes do contrato celebrado com o seu Cliente, incluíndo as suas renovações. Os dados serão conservados de forma a permitir a identificação dos titulares até que tenham cessado definitivamente esas as relações. O titular terá livre acesso aos seus dados pessoais, com uma periodicidade não inferior a um ano a contar da recolha ou primeiro acesso, desde que o solicite por escrito, podendo proceder à sua retificação. Os dados recolhidos em virtude da celebração, execução ou cessação do contrato poderão ser fornecidos às autoridades judiciais ou administrativas, desde que em cumprimento de obrigação legal a cargo do Segurador, e bem assim, sem prejuízo dos deveres e limites previstos em matéria de proteção de dados pessoais e de concorrência, e sempre sujeito ao dever de sigilo, oas prestadores de serviços do Segurador, designadamente os seus resseguradores e peritos e ainda às entidades, nomeadamente de tipo associativo, como seja a Associação Portuguesão de Seguradores, que enquadrem ou realizem, licitamente, ações de compilação de dados, ações de prevenção e combate à fraude, estudos de mercado ou estudos estatisticos ou técnico-atuariais. 8. DECLARAÇÕES Para efeitos de celebração do presente contracto de seguro, declaro que: 1. São exactas e completas as declarações por mim prestadas e tomei conhecimento, e prestados todos os esclarecimentos sobre as mesmas condições, nomeadamente sobre garantias e exclusões, com as quais estou de acordo. 2. Autorizo a consulta dos dados pessoais disponibilizados, sob regime de absoluta confidencialidade, às empresas que integram o grupo desde que compatível com a finalidade da recolha dos mesmos. 3. Autorizo a CAIXA DE PREVIDÊNCIA DA JUSTIÇA e a UNIVERSAL SECUROS S.A. a efectuar se assima o entender, o registo das chamadas telefónicas que forme realizadas, no ambito da relação con | 7. D | ADOS PESSOAIS | |
| pre-contratuals ou decorrentes do contrato celebrado com o seu Cliente, incluindo as suas renovações. Os dados serão conservados de forma a permitir a identificação dos titulares até que tenham cessado definitivamente esas relações. O titular terá livre acesso aos seus dados pessoais, com uma periodicidade não inferior a um ano a contar da recolha ou primeiro acesso, desde que o solicite por escrito, podendo proceder à sua retificação. Os dados recolhidos em virtude da celebração, execução ou cessação do contrato poderão ser fornecidos às autoridades judiciais ou administrativas, desde que em cumprimento de obrigação legal a cargo do Segurador, e bem assim, sem prejuízo dos deveres e limites previstos em matéria de proteção de dados pessoais e de concorrência, a sempre sujeito ao dever de sigilo, aos prestadores de serviços do Segurador, designadamente os seus resseguradores e peritos e ainda às entidades, nomeadamente de tipo associativo, como seja a Associação Porruguesa de Seguradores, que enquadrem ou realizem, licitamente, ações de compilação de dados, ações de prevenção e combate à fraude, estudos de mercado ou estudos estatísticos ou técnico-atuariais. 8. DECLARAÇÕES Para efeitos de celebração do presente contracto de seguro, declaro que: 1. São exactas e completas as declarações por mim prestadas e tomei conhecimento de todas as informações necessárias à celebração do presente contracto, tendo-me sido entregues as respectivas Condições Gerais e Especials, para delas tomar integral conhecimento, e prestados todos os esclarecimentos sobre as mesmas condições, nomeadamente sobre garantas e exclusões, com as quais estou de acordo. 2. Autorizo a consulta dos dados pessoais disponibilizados, sob regime de absoluta confidencialidade, às empresas que integram o grupo desde que compatível com a finalidade da recolha dos mesmos. 3. Autorizo o CAIXA DE PREVIDÊNCIA DA JUSTIÇA e a UNIVERSAL SEGUROS SA, a efectuar se assim o horte escalados contratual. 4. Autorizo o CAIXA DE PREVIDÊNCIA DA JUSTIÇA e a UNIVERS | DADO | OS PESSOAIS | |
| Os dados recolhidos em virtude da celebração, execução ou cessação do contrato poderão ser fornecidos às autoridades judiciais ou administrativas, desde que em cumprimento de obrigação legal a cargo do Segurador; e bem assim, sem prejuízo dos deveres e limites previstos em matéria de proteção de dados pessoais e de concorrência, e sempre sujeito ao dever de sigilo, aos prestadores de serviços do Segurador, designadamente os seus resseguradores e peritos e ainda às entidades, nomeadamente de tipo associativo, como seja a Associação Portuguesa de Seguradores, que enquadrem ou realizem, licitamente, ações de compilação de dados, ações de prevenção e combate à fraude, estudos de mercado ou estudos estatísticos ou técnico atuariais. 8. DECLARAÇÕES Para efeitos de celebração do presente contracto de seguro, declaro que: 1. São exactas e completas as declarações por mim prestadas e tomei conhecimento de todas as informações necessárias à celebração do presente contracto, tendo-me sido entregues as respectivas Condições Gerais e Especials, 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. Autorizo a consulta dos dados pessoais disponibilizados, sob regime de absoluta confidencialidade, às empresas que integram o grupo desde que compatível com a finalidade da recolha dos mesmos. 3. Autorizo a CAIXA DE PREVIDÊNCIA DA JUSTIÇA e a UNIVERSAL SEGUROS S.A. 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 a gestão da relação contratual. 4. Autorizo a CAIXA DE PREVIDÊNCIA DA JUSTIÇA e a UNIVERSAL SEGUROS S.A., a efectuar se assim o entender, o registo das chamadas telefônicas que forem realizadas, no âmbito da relação contratual or a proposta, quer em fase de formação do contrato, quer durante a vigência do mesmo, e bem assim a | pré-co | ontratuais ou decorrentes do contrato celebrado com o seu Cliente, incluindo as suas renovações. Os dados serão conservados de forma a permitir a identificação dos | |
| to de obrigação legal a cargo do Segurador, e bem assim, sem prejuízo dos deverse e limites previstos em matéria de proteção de dados pessoais e de concorrência, e sempre sujeito ao adver de siglio, aos perviscos do Seguradores, que enquadrem ou realizem, licitamente, ações de compilação de dados, ações de prevenção e combate à fraude, estudos de mercado ou estudos estatísticos ou técnico-atuariais. 8. DECLARAÇÕES Para efeitos de celebração do presente contracto de seguro, declaro que: 1. São exactas e completas as declarações por mim prestadas e tomei conhecimento de todas as informações necessárias à celebração do presente contracto, 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. 2. Autorizo a consulta dos dados pessoais disponibilizados, sob regime de absoluta confidencialidade, às empresas que integram o grupo desde que compatível com a finalidade da recolha dos mesmos. 3. Autorizo a CAIXA DE PREVIDÊNCIA DA JUSTIÇA e a UNIVERSAL SEGUROS S.A. a proceder à recolha de dados pessoais complementares junto de organismos públicos, empresas especializadas e outras unidades econômicas, tendo em vista a confirmação ou complemento dos elementos recolhidos necessários a gestão da relação contratual. 4. Autorizo a CAIXA DE PREVIDÊNCIA DA JUSTIÇA e a UNIVERSAL SEGUROS S.A., a fectuar se assim o entender, o registo das chamadas telefônicas que forem realizadas, no âmbito da relação contratual or a proposta, quer em 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 contractados, para melhoramento e controlo dos mesmos e como melo de prova. Os dados recolhidos bem como aqueles que vierem a ser fornecidos aquando da participação de um sinistro serão comunicados ao Instituto de Supervisão de Seguros pa | | | |
| Para efeitos de celebração do presente contracto de seguro, declaro que: 1. São exactas e completas as declarações por mim prestadas e tomei conhecimento de todas as informações necessárias à celebração do presente contracto, 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. 2. Autorizo a consulta dos dados pessoais disponibilizados, sob regime de absoluta confidencialidade, às empresas que integram o grupo desde que compatível com a finalidade da recolha dos mesmos. 3. Autorizo o CAIXA DE PREVIDÊNCIA DA JUSTIÇA e a UNIVERSAL SEGUROS S.A. 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 a gestão da relação contratual. 4. Autorizo o CAIXA DE PREVIDÊNCIA DA JUSTIÇA e a UNIVERSAL SEGUROS S.A., 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 durante a vigência do mesmo, e bem assim a proceder à sua utilização para quaisquer finsi licitos, nomeadamente, para execução dos serviços contractados, 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 contractuais com a UNIVERSAL SEGUROS S.A. e seus subcontractados, 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 um sinistro serão comunicados ao Instituto de Supervisão de Seguros para a constituição da Base de Dados "Prémios Não pagos", sempre que, sem fundada justificação | to de o sujeito como | obrigação legal a cargo do Segurador, e bem assim, sem prejuízo dos deveres e limites previstos em matéria de proteção de dados pessoais e de concorrência, e sempre o ao dever de sigilo, aos prestadores de serviços do Segurador, designadamente os seus resseguradores e peritos e ainda às entidades, nomeadamente de tipo associativo, seja a Associação Portuguesa de Seguradores, que enquadrem ou realizem, licitamente, ações de compilação de dados, ações de prevenção e combate à fraude, estudos | |
| 1. São exactas e completas as declarações por mim prestadas e tomei conhecimento de todas as informações necessárias à celebração do presente contracto, 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. 2. Autorizo a consulta dos dados pessoais disponibilizados, sob regime de absoluta confidencialidade, às empresas que integram o grupo desde que compatível com a finalidade da recolha dos mesmos. 3. Autorizo o CAIXA DE PREVIDÊNCIA DA JUSTIÇA e a UNIVERSAL SEGUROS S.A. 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 a gestão da relação contratual. 4. Autorizo o CAIXA DE PREVIDÊNCIA DA JUSTIÇA e a UNIVERSAL SEGUROS S.A., 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 durante a vigência do mesmo, e bem assim a proceder à sua utilização para quaisquer fins lícitos, nomeadamente, para execução dos serviços contractados, 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 contractuais com a UNIVERSAL SEGUROS S.A. e seus subcontractados. 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 um sinistro serão comunicados ao Instituto de Supervisão de Seguros para a constituição do Ficheiro Nacional de sinistros e fraudes. Os dados agora recolhidos poderão ser comunicados ao Instituto de Supervisão de Seguros para a constitu | 8. D | ECLARAÇÕES | |
| 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. Autorizo a consulta dos dados pessoais disponibilizados, sob regime de absoluta confidencialidade, às empresas que integram o grupo desde que compatível com a finalidade da recolha dos mesmos. 3. Autorizo o CAIXA DE PREVIDÊNCIA DA JUSTIÇA e a UNIVERSAL SEGUROS S.A. 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 a gestão da relação contratual. 4. Autorizo o CAIXA DE PREVIDÊNCIA DA JUSTIÇA e a UNIVERSAL SEGUROS S.A., 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 durante a vigência do mesmo, e bem assim a proceder à sua utilização para quaisquer fins lícitos, nomeadamente, para execução dos serviços contractados, 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 contractuais com a UNIVERSAL SEGUROS S.A. e seus subcontractados. 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 um sinistro serão comunicados ao Instituto de Supervisão de Seguros para a constituição do Ficheiro Nacional de sinistros e fraudes. Os dados agora recolhidos poderão ser comunicados ao Instituto de Supervisão de Seguros para a 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 | Para e | efeitos de celebração do presente contracto de seguro, declaro que: | |
| da recolha dos mesmos. 3. Autorizo o CAIXA DE PREVIDÊNCIA DA JUSTIÇA e a UNIVERSAL SEGUROS S.A. 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 a gestão da relação contratual. 4. Autorizo o CAIXA DE PREVIDÊNCIA DA JUSTIÇA e a UNIVERSAL SEGUROS S.A., 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 durante a vigência do mesmo, e bem assim a proceder à sua utilização para quaisquer fins lícitos, nomeadamente, para execução dos serviços contractados, 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 contractuais com a UNIVERSAL SEGUROS S.A. e seus subcontractados. 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 um sinistro serão comunicados ao Instituto de Supervisão de Seguros para a constituição do Ficheiro Nacional de sinistros e fraudes. Os dados agora recolhidos poderão ser comunicados ao Instituto de Supervisão de Seguros para a 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 contractos de seguro que celebrarem. 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, nos balcões da Companhia. | entreg | gues as respectivas Condições Gerais e Especiais, para delas tomar integral conhecimento, e prestados todos os esclarecimentos sobre as mesmas condições, nomeada- | |
| A. Autorizo o CAIXA DE PREVIDÊNCIA DA JUSTIÇA e a UNIVERSAL SEGUROS S.A., 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 durante a vigência do mesmo, e bem assim a proceder à sua utilização para quaisquer fins lícitos, nomeadamente, para execução dos serviços contractados, 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 contractuais com a UNIVERSAL SEGUROS S.A. e seus subcontractados. 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 um sinistro serão comunicados ao Instituto de Supervisão de Seguros para a constituição do Ficheiro Nacional de sinistros e fraudes. Os dados agora recolhidos poderão ser comunicados ao Instituto de Supervisão de Seguros para a 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 contractos de seguro que celebrarem. 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, nos balcões da Companhia. | | | |
| âmbito da relação contratual ora proposta, quer em 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 contractados, 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 contractuais com a UNIVERSAL SEGUROS S.A. e seus subcontractados. 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 um sinistro serão comunicados ao Instituto de Supervisão de Seguros para a constituição do Ficheiro Nacional de sinistros e fraudes. Os dados agora recolhidos poderão ser comunicados ao Instituto de Supervisão de Seguros para a 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 contractos de seguro que celebrarem. 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, nos balcões da Companhia. | | | |
| tractados. 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 um sinistro serão comunicados ao Instituto de Supervisão de Seguros para a constituição do Ficheiro Nacional de sinistros e fraudes. Os dados agora recolhidos poderão ser comunicados ao Instituto de Supervisão de Seguros para a 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 contractos de seguro que celebrarem. 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, nos balcões da Companhia. | âmbito | o da relação contratual ora proposta, quer em fase de formação do contrato, quer durante a vigência do mesmo, e bem assim a proceder à sua utilização para quaisquer | |
| constituição do Ficheiro Nacional de sinistros e fraudes. Os dados agora recolhidos poderão ser comunicados ao Instituto de Supervisão de Seguros para a 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 contractos de seguro que celebrarem. 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, nos balcões da Companhia. | | | |
| justificação, os tomadores de seguro não satisfizerem as suas obrigações de pagamento relativamente aos contractos de seguro que celebrarem. 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, nos balcões da Companhia. | | | |
| escrito, nos balcões da Companhia. | | | |
| Esta informação não dispensa a leitura atenta das Condições Gerais, especiais e particulares do contrato. | | | |
| | Esta ir | nformação não dispensa a leitura atenta das Condições Gerais, especiais e particulares do contrato. | |

NIF: 5417061590

Local: