

(B/90-B/100)

**Data de Efeito:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Telef.: \_\_\_\_\_ Salário Mensal: \_\_\_\_\_

Chamamos a atenção de V. Exas. que, ao abrigo do D.L. 384/2007 de 19 de Novembro, os Beneficiários dos seguros de Vida deverão ser identificados com todas as informações que constam do presente formulário sob pena de as importâncias devidas por qualquer ocorrência não poderem ser reclamadas pelos Beneficiários em virtude do seu desconhecimento.

**1) Beneficiário Irrevogável** (em caso de utilização total ou parcial do seguro para fins de empréstimo bancário)

Capital em Dívida \_\_\_\_\_ N.º Contrato de Empréstimo \_\_\_\_\_

☐ Os Herdeiros legais em partes iguais ☐ Os designados a seguir:

N.I. Fiscal: \_\_\_\_\_ N.I. Civil: \_\_\_\_\_ % \_\_\_\_\_

Beneficiário(s)	%
-----------------	---

Em caso de **NOVA INCLUSÃO** a Pessoa Segura declara ser Activo Profissional, isto é estar em situação de pleno emprego, sem ausência ou interrupção, ainda que por motivo judicial, por mais de 20 dias durante o período de 60 dias consecutivos que precederem à data de efeito da inclusão.

Os dados pessoais agora recolhidos serão processados e armazenados informaticamente e destinam-se à utilização nas relações contratuais com a Generali Vida S.A. e seus subcontratados. Os interessados podem ter acesso à informação que lhes diga directamente respeito, solicitando a sua correcção, aditamento ou eliminação, mediante contacto pessoal ou por escrito, junto dos serviços da Generali Vida, Companhia de Seguros S.A.

Feito em \_\_\_\_\_ aos \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

ASSINATURA DA PESSOA SEGURA

TOMADOR DO SEGURO (COM CARIMBO)

#### DECLARAÇÕES E AUTORIZAÇÕES DA PESSOA SEGURA:

Autorizo o médico designado pela Generali Vida S.A. a solicitar a qualquer outro médico ou profissional de saúde, as informações e os documentos relativos à minha saúde que julgue necessários para analisar o risco agora proposto e para determinar as causas e consequências de qualquer sinistro que seja participado à Generali Vida S.A. por mim, pelos Beneficiários ou pelos meus herdeiros.

Autorizo, igualmente, os referidos médicos e profissionais de saúde a prestarem ao médico designado pela Generali Vida S.A. as informações e documentos por este solicitados no âmbito da autorização que agora lhe conferi.

Autorizo a consulta de dados pessoais disponibilizados, sob o regime de absoluta confidencialidade, às empresas que integram o Grupo, desde que compatível com a finalidade de recolha dos mesmos.

Feito em \_\_\_\_\_ aos \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

(ASSINATURA DA PESSOA SEGURA)

#### PARECER DOS SERVIÇOS