



ACIDENTES PESSOAIS – GRUPO BOLETIM DE ADESÃO

TOMADOR DE SEGURO: **SINDICATO PROFESSORES ZONA NORTE** APÓLICE: **0001 10009898**

PESSOAS A SEGURAR (Favor assinalar com X)

ASSOCIADO: _____
CÔNJUGE: _____
FILHOS: _____

DATA DE NASCIMENTO

____/____/____
____/____/____
____/____/____
____/____/____

PROFISSÃO DO CÔNJUGE: _____

CÓDIGO POSTAL ____ - ____

E-MAIL _____

MORADA : _____

TELEFONE _____ TELEMÓVEL _____

DATA DE ADESÃO AO SEGURO ____/____/____	ASSOCIADO N.º _____	PARTICIPANTE N.º _____
--	------------------------	---------------------------

OPÇÕES (ASSINALAR COM X A OPÇÃO DESEJADA)

OPÇÕES	CLASSE I MÓDULO 1	CLASSE I MÓDULO 2	CLASSE I MÓDULO 3
COBERTURAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MORTE OU INV. PERMANENTE	6.000,00 €	26.000,00 €	51.000,00 €
DESPESAS DE TRATAMENTO	500,00 €	2.500,00 €	5.000,00 €
INCAPACIDADE TEMPORÁRIA P/ INTERNAM. HOSPITALAR	N/a	15,00 €/dia	25,00 €/dia

BENEFICIÁRIO(S) EM CASO DE MORTE

ASSOCIADO: _____

CÔNJUGE: _____

- Sofre ou já sofreu de reumatismo, paralisia, varizes, hérnias, diminuição da visão ou audição, vertigens, síncope, diabetes, albuminúria, sífilis, alcoolismo, epilepsia, ataques de alienação ou simples ataques nervosos, doenças da espinha ou medulares, susceptíveis de determinar acidentes e agravar as consequências ou demorar a cura das lesões ? Em caso afirmativo, indique quais os tratamentos, datas e médico assistente.
- _____

- Já foi vítima de acidentes corporais ? Em que circunstância ?
- _____

- É canhoto ? ____ Tem qualquer defeito físico ou Invalidez Permanente ? ____ % ____ I.P.

- Tem já algum seguro de Acidentes Pessoais ? ____ Em que Companhia ? _____

A(s) Pessoa(s) indicada(s) deseja(m) ser incluída(s) na apólice em epígrafe.

O TOMADOR DE SEGURO

DATA

O ASSOCIADO

_____/_____/____