



ACIDENTES PESSOAIS

GENERALI

Proposta de Seguro de Acidentes Pessoais Individual e de Agregado Familiar

Novo
 Alteração à Apólice

Domiciliação Bancária
 Sim Não

Doc. n.º _____
 Apólice n.º _____

Início do Seguro/ Alteração
 □□.□□.□□□□

Mediador N.º □□□□□□

 Cobrador N.º □□□□□□

Duração do contrato:
 1 ano e seguintes
 Temporário

Forma de Pagamento:
 Anual
 Semestral
 Trimestral
 Mensal
 Única

Termo do Seguro
 □□.□□.□□□□
 Acerto de vencimento para
 □□.□□ de cada ano

Novo - Preencher todos os quesitos necessários à efectivação do Seguro.

Alteração - Indicar o n.º de Apólice, Data de Início pretendida e o nome do Tomador e preencher somente os quesitos que são alterados.

Tomador do Seguro Cliente do GRUPO GENERALI n.º _____

Nome _____
 Morada _____ Código Postal □□□□.□□□□
 Localidade _____ E-mail _____ Fax □□□□□□□□□□
 Telefones: Casa □□□□□□□□□□ Local de Trabalho □□□□□□□□□□ Telemóvel □□□□□□□□□□
 Data de Nascimento □□.□□.□□ N.I. Civil: _____ Profissão / Actividade: _____
 Nacionalidade _____ N.I. Fiscal □□□□□□□□□□
 Morada de Cobrança _____
 Localidade _____ Código Postal □□□□.□□□□

Segurado/Pessoa Segura (Preencher para cada pessoa diferente do Tomador do Seguro)

Nome _____
 Morada _____ Código Postal □□□□.□□□□
 Localidade _____ E-mail _____ Fax □□□□□□□□□□
 Telefones: Casa □□□□□□□□□□ Local de Trabalho □□□□□□□□□□ Telemóvel □□□□□□□□□□
 Data de Nascimento □□.□□.□□ N.I. Civil: _____ Profissão / Actividade: _____
 Nacionalidade _____ N.I. Fiscal □□□□□□□□□□

Riscos Pretendidos (assinale com x)

Riscos Profissionais e Extraprofissionais
 Riscos Extraprofissionais (Exclusivamente) Outros. Quais? _____

Coberturas (assinale com x)

<input type="checkbox"/> Morte	□□□□.□□□□,□□□€	Pretende Franquia? (assinale com x) <input type="checkbox"/> 15% <input type="checkbox"/> 25% <input type="checkbox"/> 50% Dias <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 90
<input type="checkbox"/> Invalidez Permanente	□□□□.□□□□,□□□€	
<input type="checkbox"/> Morte ou Invalidez Permanente	□□□□.□□□□,□□□€	
<input type="checkbox"/> Incapacidade Temporária	□□□□.□□□□,□□□€	
<input type="checkbox"/> Incapacidade Temporária Absoluta p/ Int. Hosp.	□□□□.□□□□,□□□€	
<input type="checkbox"/> Desp. Tratamento e Repatriamento	□□□□.□□□□,□□□€	
<input type="checkbox"/> Despesas de Funeral	□□□□.□□□□,□□□€	

Exclusões das Condições Gerais da Apólice (que poderão ser derogadas mediante o pagamento de sobreprémio) (Assinale com x as exclusões que pretende derogar)

<input type="checkbox"/> Prática de desportos como profissional	<input type="checkbox"/> Utilização de aeronaves para além das consideradas nas Condições Gerais
<input type="checkbox"/> Prática de desportos como amador	<input type="checkbox"/> Actos de guerra, terrorismo, perturbações da ordem pública.
<input type="checkbox"/> Prática de caça a animais ferozes	<input type="checkbox"/> Utilização de veículos motorizados de duas rodas, triciclos e motoquatro
<input type="checkbox"/> Prática de desportos de Inverno	<input type="checkbox"/> Outros. Quais? _____
<input type="checkbox"/> Prática de Karaté e outras artes marciais	_____
<input type="checkbox"/> Prática de pára-queda	_____

Beneficiários em caso de Morte

EM CASO DE MORTE:

Os Herdeiros legais em partes iguais Beneficiário Confidencial* Os designados a seguir:

Nome/ Designação completa _____

Domicílio/ Sede _____

N.I. Fiscal _____ N.I. Civil _____ % _____

Nome/ Designação completa _____

Domicílio/ Sede _____

N.I. Fiscal _____ N.I. Civil _____ % _____

Nome/ Designação completa _____

Domicílio/ Sede _____

N.I. Fiscal _____ N.I. Civil _____ % _____

* Tratando-se de beneficiários confidenciais a identificação dos mesmos deve ser entregue à Companhia em envelope fechado.

Questionário

Sofre ou já sofreu de enfermidades susceptíveis de determinar acidentes, agravar as suas consequências ou demorar a cura das lesões? (Em caso afirmativo assinala com X e dê pormenores)

Reumatismos Diabetes Varizes Hérnias Redução das faculdades visuais ou auditivas Vertigens

Síncopes Paralisia Albuminúria Sífilis Alcoolismo Epilepsia

Ataques de alienação mental ou simples ataques nervosos

Tem algum defeito físico? _____ Qual? _____ É canhoto? _____

Tem algum seguro de Acidentes Pessoais? _____

Em que Segurador? _____

Onde Trabalha? Escritório, estabelecimento, armazém, oficina, fábrica ou no exterior? _____

Desloca-se com frequência? _____ Entrega-se a trabalhos manuais ou apenas dirige e vigia? _____

Está em contacto com máquinas, motores, correntes eléctricas ou substâncias perigosas? _____

Conduz tractores? _____ Trabalha em andaimes? _____ Telhados? _____ Pontes? _____ Minas? _____ Poços? _____ Pedreiras? _____

Declarações eventuais

Questionário Geral Obrigatório

O risco que pretende cobrir está ou esteve seguro, no seu todo ou em parte noutra Segurador? Sim Não

Se sim, indique qual o Segurador? _____ N.º de Apólice? _____ Taxa/Prémio? _____

A apólice está anulada? Sim Não Se sim, qual o motivo? _____

Existem débitos por liquidar ao anterior Segurador? Sim Não Se sim, especifique _____

Declaração Informação pré Contratual

Os dados recebidos serão processados e armazenados informaticamente e destinam-se à utilização nas relações contratuais com o Segurador. As omissões, inexactidões e falsidades, quer no que respeita a dados de fornecimento obrigatório quer facultativo, são da responsabilidade do Cliente. Os interessados podem ter acesso à informação que lhes diga respeito, solicitando a sua correcção, aditamento ou eliminação mediante contacto directo ou por escrito, junto das dependências do Segurador.

O Cliente autoriza o Segurador a proceder à recolha de dados pessoais complementares junto dos organismos públicos, empresas especializadas e outras unidades económicas, tendo em vista a confirmação ou complemento dos elementos recolhidos necessários à gestão da relação contratual. Autoriza igualmente a consulta dos dados pessoais disponibilizados, sob o regime de absoluta confidencialidade, às Empresas que integrem o Grupo Generali.

Autorizações para Marketing e Publicidade - Autorizo a utilização dos meus dados pessoais disponibilizados para envio de futuras campanhas de Marketing da Generali - Companhia de Seguros, S.p.A.. Caso não autorize, assinala aqui com uma cruz:

O Tomador do Seguro ao assinar esta proposta garante a exactidão das declarações, nada tendo omitido que possa induzir em erro a Generali na apreciação do risco cujo seguro propõe, ainda que esta tenha sido preenchida por terceiros e por si apenas assinada. Mais declara que lhe foram dadas a conhecer as Condições Contratuais que regulam este Seguro.

DECLARAÇÃO INFORMAÇÃO PRÉ CONTRATUAL

Declaro que me foram transmitidas todas as informações e prestados os devidos esclarecimentos sobre o contrato de seguro proposto e bem assim sobre as condições gerais e especiais aplicáveis, nomeadamente sobre as exclusões e limitações de cobertura; sobre o valor total do prémio e método de cálculo; sobre as modalidades de pagamento do prémio e das consequências da falta de pagamento do mesmo; dos agravamentos ou bónus que possam ser aplicados no contrato e respectivo regime de cálculo; do montante mínimo do capital e do montante máximo a que o segurador se obriga em cada período de vigência do contrato; da duração do contrato e do respectivo regime de renovação, de denúncia, de livre resolução; sobre o regime de transmissão do contrato; sobre o modo de efectuar reclamações, dos correspondentes mecanismos de protecção jurídica e da autoridade de supervisão e do regime relativo à lei aplicável ao contrato, tendo compreendido o teor e alcance das informações prestadas.

Mais declaro que me foram entregues as Condições Gerais e Especiais aplicáveis ao contrato, nas quais se inclui, em letras destacadas, toda a informação pré contratual anteriormente prestada.

DECLARAÇÃO DE PLURALIDADE DE SEGUROS

Sou tomador de seguro ou segurado de outros contratos de seguro, relativos ao risco ora proposto. Sim Não

Em caso afirmativo quais: _____

Declaro que tomei conhecimento que quando o risco ora proposto, relativo ao mesmo interesse e por idêntico período esteja ou venha a estar seguro em vários seguradores, o tomador ou o segurado deve informar dessa circunstância a todos os seguradores logo que tome conhecimento da sua verificação bem como aquando da participação do sinistro. A omissão fraudulenta das referidas informações desobriga os seguradores das respectivas prestações.

DECLARAÇÃO INICIAL DO RISCO

Declaro que tomei conhecimento que estou obrigado a responder com exactidão e veracidade a todas as questões colocadas nesta proposta e a declarar todas as circunstâncias ou factos que conheça e que sejam significativos para a avaliação do risco proposto, mesmo que não tenham sido solicitados expressamente no questionário, devendo-o fazer no campo assinalado para o efeito ou em declaração anexa à presente proposta.

Declaro ter sido esclarecido que em caso de incumprimento doloso do dever de declarar o risco com exactidão e veracidade, o contrato de seguro é anulável pelo segurador mediante o envio de uma declaração no prazo de três meses a contar do conhecimento do incumprimento, ficando o segurador desobrigado de cobrir qualquer sinistro que ocorra antes de ter tido conhecimento do incumprimento em causa ou no decurso do referido prazo e mantendo o direito a fazer seu o prémio recebido, até ao termo do prazo de três meses ou até ao termo do contrato se o tomador ou o segurado tiverem agido com o propósito de obter uma vantagem.

Fui ainda esclarecido que em caso de incumprimento negligente do dever de declaração do risco, o Segurador pode, no prazo de três meses a contar do conhecimento: propor uma alteração ao contrato, que cessará os seus efeitos se o tomador nada disser ou se rejeitar a proposta de alteração ou fazer cessar o contrato, demonstrando que, em caso algum, celebraria o contrato para a cobertura de riscos relacionados com o facto omitido ou declarado inexactamente, havendo lugar a devolução do prémio pelo tempo contratual não decorrido. Ocorrendo um sinistro antes da cessação ou da alteração do contrato influenciado pelo facto omitido ou inexacto, o segurador só cobre o sinistro na proporção da diferença entre o prémio pago e o prémio que seria devido ou não cobre o sinistro, demonstrando que, em caso algum, teria celebrado o contrato se tivesse conhecimento do facto omitido ou declarado inexactamente, ficando apenas vinculado à devolução do prémio.

AGRAVAMENTO DO RISCO

Declaro que tomei conhecimento que no decurso do contrato estou obrigado a comunicar ao segurador, no prazo de 14 dias a contar do conhecimento do facto, todas as circunstâncias que agravem o risco e que se o Segurador, os tivesse conhecido aquando da celebração do contrato, teriam influenciado a decisão de contratar ou as condições do contrato, estando o regime contratual do agravamento do risco expressamente previsto nas Condições Gerais aplicáveis ao contrato.

DECLARAÇÃO DOS PRÉMIOS DE SEGURO

De acordo com o previsto na legislação em vigor, designadamente nos artigos 59º e 61º do Dec. Lei nº 72/2008 de 16 de Abril, o prémio ou fracção inicial é devido na data de celebração do contrato ou na data estabelecida nas condições particulares, ficando a eficácia do contrato dependente do pagamento efectivo do prémio ou fracção inicial.

A falta de pagamento de prémio ou fracção, de acerto, de parte de prémio de montante variável ou de prémio adicional fundado num agravamento superveniente do risco, na data indicada no aviso ou no documento contratual referido no número anterior, determina a não renovação ou a resolução automática e imediata do contrato na data em que o pagamento seja devido não produzindo quaisquer efeitos e não assumindo o Segurador nenhuma responsabilidade em caso de ocorrência de sinistro.

Quando o pagamento do prémio ou fracção for efectuado por meio de cheque ou débito em conta, a cobertura dos riscos fica subordinada à boa cobrança do cheque ou à não anulação posterior do débito por ordem do tomador.

Atenção

Confira se respondeu a todos os quesitos.

Se tiver sido outra pessoa a responder e a preencher este formulário, não assine sem confirmar que todas as respostas dadas são exactas.

O Proponente/Tomador do Seguro

_____, _____ de _____ de 20____
Local e Data

Nome do Mediador _____ Assinatura do Mediador _____

Reservado aos Serviços do Segurador

Isenções: Encargos Selo - Anexar comprovativos
 Custo Apólice/Acta Juros sobre fraccionamento do prémio Classe de Risco: _____
Franquias: Com desconto no prémio Sem desconto no prémio Prémio Comercial _____
Agravamento por derrogação de exclusões: _____ Outros agravamentos / Descontos: _____
Prémio Final: Comercial _____ Total _____

Aceite por:

Código do Empregado:

Rúbrica:

Data:

Aprovado por:

Código do responsável

Rúbrica

Data:


Reservado aos Serviços Técnicos do Segurador

Observações

Aprovado por: N.º Funcionário _____ Assinatura _____ Data • •

Generali - Companhia de Seguros S.p.A. - Sucursal em Portugal: Rua Duque de Palmela, 11 - 1269-270 Lisboa - Tel. 213 112 800 - Fax 213 563 067 - www.generali.pt
Linha de Apoio ao Cliente: 21 350 43 00, disponível de 2.º a 6.º das 9:00/18:00 - Entre as 18:00 e as 9:00 estão activos serviços de Assistência em Viagem e Assistência ao Lar - Todas as opções do Menu prevêem um atendimento personalizado
Companhia de Seguros fundada em Trieste em 1831 - Sede em Trieste - Itália - Capital Social Euros 1.556.864.483,00 - Contribuinte N.º 980 060 613 - Matriculada na Conservatória Reg. Comercial de Lisboa

Autorização de Débito Directo ■

	
Número de Entidade	<input type="text"/>
Referência	<input type="text"/>



Por débito da minha/nossa conta abaixo indicada queiram proceder ao pagamento das importâncias que lhes forem apresentadas por **Generali - Companhia de Seguros S.p.A.**

Assinatura(s)

NIB

Nome _____
(Titular da Conta)

Data
Ano Mês Dia
Tipo de documento