



COMÉRCIO

GENERALI

Proposta de Seguro

Mediador N.º

Cobrador N.º

Duração do Contrato:

- 1 Ano e Seguintes
 Temporário

Domiciliação Bancária

- Sim
 Não

Forma de Pagamento:

- Anual
 Semestral
 Trimestral
 Único

Proposta n.º

Apólice n.º

Início do Seguro

Termo do Seguro

PROPOSTA DE SEGURO NOVO PROPOSTA DE ALTERAÇÃO À APÓLICE

Tomador do Seguro

Cliente do GRUPO GENERALI n.º

Nome

Morada País

Código Postal E-mail Fax

Telefones: Casa Local de Trabalho Telemóvel

Data Nascimento Estado Civil

Nacionalidade Profissão/Actividade N.I. Fiscal

Morada de Cobrança

Localidade Código Postal

Qualidade em que se segura

Proprietário

Segurado (Se diferente do Tomador)

Nome

Morada País

Código Postal E-mail

Telefones: Casa Local de Trabalho Fax

Data Nascimento Estado Civil Profissão/Actividade

Nacionalidade N.I. Fiscal

Localização do Risco

Actividade (Conforme nomenclatura da Tarifa) Código Estatístico

Local Código Postal

Freguesia Concelho Distrito

Confrontações: Norte Nascente

Sul Poente

Questionário Geral Obrigatório

Está ou esteve já o presente risco seguro noutra seguradora? Sim Não Se sim, Indique qual?

N.º da Apólice Débitos por liquidar? Sim Não

Os bens seguros sofreram anteriormente algum sinistro? Sim Não Se sim,

De que tipo? Qual o montante dos prejuízos? €

Está ou esteve pendente algum processo judicial que ao assunto se refira?

Valor de Substituição

Pretende contratar esta Cláusula Especial Sim Não

(Esta Cláusula Especial só poderá ser subscrita conjuntamente com a actualização automática de capital)

Actualização Automática

Percentagem de actualização anual pretendida %

Não pretendo actualização automática de capitais

Credor Hipotecário

Sim Não Se sim, qual?

Caracterização do Risco

Construção

Idade _____	Incombustível	Combustível
Paredes exteriores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Separação entre pisos (placas frente e fundo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estrutura do telhado (vigamento) mais de 50% da cobertura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tectos falsos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N.º de pisos _____		
Estado de conservação _____		

Ocupação do Edifício

<input type="checkbox"/> Habitação _____	_____ %
<input type="checkbox"/> Comércio de _____	_____ %
<input type="checkbox"/> Indústria de _____	_____ %
<input type="checkbox"/> _____	_____ %
Total 100%	

Área coberta do edifício _____ m2

Área coberta do estabelecimento _____ m2

Data de construção do edifício _____ Período: anterior a 1960 (consultar área técnica) entre 1960-1985 posterior a 1985

Contiguidades perigosas? Sim Não Se sim, especifique: _____

Existem produtos inflamáveis ou explosivos? (Especifique tipos e quantidades) _____

Outros factores agravantes (ex.: Estabelecimentos sob telheiros) _____

O local do risco pode ficar desocupado Sim Não Se sim, quantos dias? _____

Está isolado? (Sem vizinhança num raio de 250m) Sim Não Fica próximo de um curso de água? Sim Não

Em zona florestal? Sim Não

Qual a distância à corporação de Bombeiros? _____ e PSP/GNR? _____

Outras observações _____

As instalações situam-se num centro comercial? Sim Não

Existem armazéns na cave? Sim Não

Se sim, os bens armazenados estão sobre o pavimento? _____

Beneficiários em caso de morte acidental _____

Medidas de Prevenção e Segurança (assinale com um x)

Protecção contra incêndio

O local dispõe de medidas de segurança contra Incêndio? Sim Não

- Extintores Tipo _____ Quantidade _____
- Rede de incêndio armada Fonte de alimentação _____
- Detecção automática de incêndio com vigilância permanente
- Detecção automática de incêndio com ligação aos Bombeiros
- Sprinklers ligados a uma fonte própria de água, mínimo de 50m3 e bombagem automática
- Sprinklers com agentes químicos de extinção

Protecção contra intrusão (Furto e Roubo)

O local dispõe de medidas de protecção contra Furto/Roubo? Sim Não Quais? _____

- Estabelecimento protegido em todas as suas aberturas com:
 - Grades metálicas de enrolar ou extensíveis (lagartas) com sistema de fecho não acessível
 - Porta blindada
 - Fechaduras de segurança (Nota: não é permitido alumínio)
- Sistema electrónico de detecção e alarme de intrusão, abrangendo a totalidade do estabelecimento e ligado à Polícia ou Empresa de Segurança ou sem ligação, mas com vigilância humana permanente.
- Outras medidas de segurança _____

Capitais Seguros

	Capitais	Taxas	Prémio Comercial
<input type="checkbox"/> Edifício ou Fração(Inclui a parte proporcional nas partes comuns) (1)			
<input type="checkbox"/> Conteúdo			
Equipamento Comercial			
Mobiliário			
Vidros, Espelhos e Elementos de Decoração não Fixos			
Alarmes e Demais Instalações de Protecção Similares			
Máquinas e Aparelhos			
Ferramentas, Utensílios e Outros Objectos Próprios da Actividade			
Vestuário Próprio da Actividade			
Carrinhos de carga			
Modelos e Mostruários			
Objectos Promocionais e de Publicidade			
Benfeitorias do Segurado			
Soma (2)			
Mercadorias:			
Produtos			
Vasilhame e Embalagens			
Bens em Geral que Constituem o Objecto da Actividade Comercial e Percententes ao Segurado			
Soma (3)			
Pretende Regime de Capital Variável (Flutuante)? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			
Capital do Conteúdo (2)+(3)			
Capital total seguro (1)+(2)+(3)			

Coberturas Facultativas

<input type="checkbox"/> 01 - Perdas de Exploração	<input type="checkbox"/> 3 meses	<input type="checkbox"/> 6 meses	<input type="checkbox"/> 9 meses	<input type="checkbox"/> 12 meses
<input type="checkbox"/> Lucro Bruto	<input type="checkbox"/> Lucro Líquido	<input type="checkbox"/> Custos Fixos		
<input type="checkbox"/> 02 - Prejuízos Indirectos (Máximo 30% do Capital do Conteúdo)				
<input type="checkbox"/> 03 - Inactividade Comercial - Indemnização Diária	<input type="checkbox"/> 50,00€	<input type="checkbox"/> 100,00€	<input type="checkbox"/> 150,00€	<input type="checkbox"/> 200,00€
Lucro Bruto Anual _____				
<input type="checkbox"/> 04 - Valor Comercial Local Arrendado				
Valor do m2 da Construção _____				
Área do Estabelecimento _____				
Renda Anual _____				
N.º de Anos do Contrato de Arrendamento	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> 05 - Avaria de Máquinas* e Equipamentos Electrónicos a)**				
<input type="checkbox"/> 06 - Deterioração de Bens Refrigerados				
<input type="checkbox"/> 07 - Danos Eléctricos*				
<input type="checkbox"/> 08 - Derrame Acidental				
<input type="checkbox"/> 09 - Bens em Poder de Terceiros a)				
<input type="checkbox"/> 10 - Extensão de Transporte Terrestre de Mercadorias b)				
<input type="checkbox"/> 11 - Extensão de Transporte de Valores				
Opção A <input type="checkbox"/>	1.000,00€ Por Transporte em“Primeiro Risco”			
Opção B <input type="checkbox"/>	1.800,00€ Por Transporte em“Primeiro Risco”			
Opção C <input type="checkbox"/>	2.500,00€ Por Transporte em“Primeiro Risco”			
a) Distinguir os bens em separado b) Identificar os veículos em separado				
<input type="checkbox"/> 12 - Acidentes Pessoais (Por Pessoa Segura)				
Opção A <input type="checkbox"/>	MIP 25.000,00€ + SIDH 12,50€ + 750,00€ Funeral			
Opção B <input type="checkbox"/>	MIP 50.000,00€ + SIDH 25,00€ + 750,00€ Funeral			
Opção C <input type="checkbox"/>	MIP 75.000,00€ + SIDH 37,50€ + 750,00€ Funeral			

*Só para Equipamentos com até 10 anos de Fabrico

**Só para Equipamentos com até 3 anos de fabrico

Beneficiários da Pessoa a Segurar

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 _____ % _____

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

<input type="checkbox"/>	13 - Danos em Bens de Empregados			
<input type="checkbox"/>	14 - Assalto a clientes ou visitantes			
	Limites Indemnização Por Cliente:	<input type="checkbox"/> Opção A	<input type="checkbox"/> Opção B	
	Bens de clientes	375,00€	750,00€	
	Dinheiro de clientes	125,00€	250,00€	
	Limites de Indemnização por Sinistro:			
	Bens de clientes	1.125,00€	2.250,00€	
	Dinheiro de clientes	375,00€	750,00€	
<input type="checkbox"/>	15 - Greves, Tumultos e Alterações da Ordem Pública	Edifício + Conteúdo		
<input type="checkbox"/>	16 - Actos de Terrorismo, Vandalismo Maliciosos ou de Sabotagem	Edifício + Conteúdo		
<input type="checkbox"/>	17 - Fenómenos Sísmicos	Edifício + Conteúdo		
<input type="checkbox"/>	18 - Responsabilidade Civil Por Objectos Confiados	<input type="checkbox"/> Serviço de Guarda-roupas		
		<input type="checkbox"/> Aparcamentos ou garagens	<input type="checkbox"/> N.º de lugares	
<input type="checkbox"/>	19 - Assistência ao Estabelecimento			
	Total do Prémio Comercial			

*Não podem ser contratadas simultaneamente

Observações

Importante

Os dados recebidos serão processados e armazenados informaticamente e destinam-se à utilização nas relações contratuais com a Companhia. 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 correção, aditamento ou eliminação mediante contacto directo ou por escrito, junto das dependências da Companhia.

O Cliente autoriza a Companhia 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 regime de absoluta confidencialidade, às empresas que integram o Grupo Generali.

O Tomador de Seguro ao assinar esta proposta garante a exactidão das declarações, nada tendo omitido que possa induzir em erro a Generali - Companhia de Seguros S.p.A. 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.

O Proponente/Tomador de Seguro

_____, _____ de _____ de 20____
Local e Data

Reservado aos Serviços Técnicos da Companhia

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 2ª a 6ª das 9h00/18h00 • Entre as 18h00 e as 9h00 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 1.556.873.283,00 • Contribuinte N.º 980 060 613 • Matriculada na Conservatória Reg. Comercial de Lisboa

Autorização de Débito Directo

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.**

NIB

Nome _____
(Titular da Conta)

Ano Mês Dia
Data

Assinatura(s)

Tipo de documento _____

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


Débitos Directos