



## Proposta de Seguro

Fraccionamento Prémio:

Anual  Trimestral  
 Semestral  Mensal

Mediador N.º

Início do Seguro

Duração do contrato

5 anos

10 anos

Parte I / II

### Candidato a Tomador de Seguro

Nome/Denominação Social \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_  
Morada \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_  
Localidade \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Telefones: Casa \_\_\_\_\_ Local de Trabalho \_\_\_\_\_ Telemóvel \_\_\_\_\_  
Sexo  M  F Data Nascimento \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_  
Nacionalidade \_\_\_\_\_ Profissão/Actividade \_\_\_\_\_  
N.I. Fiscal \_\_\_\_\_ N.I. Civil \_\_\_\_\_

Como Tomador do Seguro, desempenha algum cargo público? Sim  Não  Especifique o cargo de que é titular (são considerados titulares de cargos públicos, designadamente, os membros dos órgãos de soberania, os membros dos órgãos de natureza executiva da administração central, regional e local e os membros dos órgãos de gestão de entidades integradas na administração indirecta do Estado): \_\_\_\_\_

### Pessoa a Segurar (Se diferente do Candidato a Tomador)

Idade Técnica

Nome \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_  
Morada \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_  
Localidade \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Telefones: Casa \_\_\_\_\_ Local de Trabalho \_\_\_\_\_ Telemóvel \_\_\_\_\_  
Sexo  M  F Data Nascimento \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_  
Nacionalidade \_\_\_\_\_ Profissão/Actividade \_\_\_\_\_  
N.I. Fiscal \_\_\_\_\_ N.I. Civil \_\_\_\_\_

### BENEFICIÁRIOS

Chamamos a atenção de V. Exas. que, ao abrigo do D.L. 384/2007 de 19 de Novembro, os Beneficiários dos seguros 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.

### Beneficiários da Pessoa a Segurar

EM CASO DE MORTE:

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

Nome/ Designação completa: \_\_\_\_\_

Domicílio/ Sede: \_\_\_\_\_

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

Assinale caso deseje assegurar a confidencialidade do Beneficiário

Nome/ Designação completa: \_\_\_\_\_

Domicílio/ Sede: \_\_\_\_\_

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

Assinale caso deseje assegurar a confidencialidade do Beneficiário

Nome/ Designação completa: \_\_\_\_\_

Domicílio/ Sede: \_\_\_\_\_

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

Assinale caso deseje assegurar a confidencialidade do Beneficiário

EM CASO DE INVALIDEZ (Se diferente da Pessoa a Segurar):

Beneficiário(s) \_\_\_\_\_ % \_\_\_\_\_

Beneficiário(s) \_\_\_\_\_ % \_\_\_\_\_

Escolha um dos seguintes planos

Plano Base	<input type="checkbox"/> Coberturas	Capital	<input type="checkbox"/> Coberturas	Capital
	Morte	25.000€	Morte	50.000€
	Pós Vida	3.500€	Pós Vida	3.500€
	Invalidez Absoluta Definitiva	25.000€	Invalidez Absoluta Definitiva	50.000€
	Doença Terminal <sup>(1)</sup>	12.500€	Doença Terminal <sup>(1)</sup>	25.000€
	Internamento Hospitalar <sup>(2)</sup>	50.000€	Internamento Hospitalar <sup>(2)</sup>	100.000€
Prémio total anual		Prémio total anual		
Plano Acidental	<input type="checkbox"/> Coberturas	Capital	<input type="checkbox"/> Coberturas	Capital
	Morte	25.000€	Morte	50.000€
	Pós Vida	3.500€	Pós Vida	3.500€
	Invalidez Absoluta Definitiva	25.000€	Invalidez Absoluta Definitiva	50.000€
	Doença Terminal <sup>(1)</sup>	12.500€	Doença Terminal <sup>(1)</sup>	25.000€
	Internamento Hospitalar <sup>(2)</sup>	50.000€	Internamento Hospitalar <sup>(2)</sup>	100.000€
	Morte por Acidente	25.000€	Morte por Acidente	50.000€
	Morte por Acidente de circulação	25.000€	Morte por Acidente de circulação	50.000€
Prémio total anual		Prémio total anual		

As coberturas acima indicadas estão sujeitas às seguintes regras

- 1) Com o pagamento do capital previsto pela cobertura de Doença Terminal é garantida a continuação do contrato, limitadamente à cobertura de Morte, pela diferença entre o valor desta e o valor da cobertura de Doença Terminal, cessando todas as restantes coberturas e o pagamento de qualquer prémio.
- 2) A cobertura de Hospitalização é garantida pela apólice 9020/10050285 da Assicurazioni Generali S.p.A. e prevê a comparticipação do reembolso de despesas médicas realizadas, de 80%, considerando uma franquia de 5.000,00€ por sinistro, excepto se tiverem sido aplicadas prioritariamente as condições de uma apólice Generali + Saúde Familiar. A Cobertura de Hospitalização é aplicável aos descendentes (com idade inferior a 25 anos) dos cônjuges que tenham efectuado a contratação simultânea das respectivas apólices Generali + Vida Ágil, desde que todos sejam Pessoas Seguras através de uma apólice Generali + Saúde Familiar (cônjuges e descendentes), não se aplicando a condição de franquia de 5.000,00€ por sinistro. O eventual accionamento da cobertura de Hospitalização não influi na vigência das coberturas da apólice de vida. A eventual anulação da apólice pelas razões mencionadas nas respectivas Condições Gerais ou o accionamento das suas coberturas, excepto a de Doença Terminal, implica a anulação da cobertura de Hospitalização.

Não se considera coberto o risco quando no exercício de actividade profissional relacionada com os seguintes ramos de actividades:

- Processos de extracção de minérios do subsolo em contacto com explosivos;
- Produção e refinação de gás e petróleo;
- Construção civil em estradas e auto-estradas;
- Construção em plataformas e estaleiros acima ou abaixo da superfície do mar;
- Actividades em contacto com munições, explosivos ou dispositivos explosivos;
- Actividade relacionada com tratamento e exposição ao amianto;
- Actividade relacionada com energia nuclear;
- Actividades de perfuração do solo, com ou sem explosivos;
- Actividades em andaimes com altura superior a 15 metros, incluindo instaladores de antenas, manutenção e similares;
- Mergulho comercial e profissional;
- Pilotagem e tripulação de aeronaves;
- Tripulação marítima quando em curso de navegação;
- Membros das forças armadas, bombeiros e policiais excepto os com cargos ou funções administrativas.

Não se considera coberto o risco resultante de doença ou lesão provocada pela prática, de forma amadora, de outros desportos que não os mencionados na seguinte lista: Trekking/caminhadas em montanhas, excepto montanhismo, esgrima, atletismo, ginástica artística, jogging, natação, snorkeling ou mergulho até 5m profundidade sem garrafa, surf, windsurf, canoagem e caiaque excluindo em águas turbulentas ou em áreas remotas, esqui aquático, jet ski sem competições, bowling, pesca, ciclismo e mountain bike, bilhar, ténis, ténis de mesa, badmington, squash, beisebol, futebol, críquete, golfe, basquetebol, voleibol, voleibol de praia, rugby, dressage, equitação, hóquei, hóquei no gelo, patinagem, patinagem no gelo, esqui recreativo excluindo fora da pista, tiro ao alvo, tiro com arco, vela para fins recreativos e não transoceânicos.

## Declarações e autorizações:

O tomador de seguro e a(s) pessoa(s) segura(s), no âmbito das relações contratuais com a Generali Vida S.A. autoriza(m) a:

I. Recolha, armazenamento e tratamento dos dados pessoais por esta, ou pela Assicurazioni Generali S.p.A. (Itália) ou suas Associadas, nomeadamente, para efeitos de análise de subscrição, liquidação de sinistros, co-seguro ou de resseguro. 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 do Segurador.

II. Utilização dos dados pessoais disponibilizados para envio de futuras campanhas de Marketing do Segurador. Caso não autorize(m), assinale aqui com uma cruz:

Local e Data \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

(Assinatura do Tomador de Seguro)

(Assinatura da Pessoa a Segurar)

(Assinatura /Carimbo do Mediador)

Parte II / II

## Declarações de Saúde

**AS SEGUINTE DECLARAÇÕES CONSTITUEM A BASE PARA A EMISSÃO DA APÓLICE DE SEGURO SENDO NECESSÁRIO RESPONDER DE FORMA FIDELÍGNA E EM PERFEITA BOA FÉ:**

O Proponente declara que:

1. Não sofre ou não sofreu de qualquer doença física e/ou mental de que não esteja completamente recuperado;

2. Nunca foi internado em asilos, sanatórios, hospitais ou similares, nem mesmo em regime ambulatorio, por doenças e/ou cirurgias com excepção de apendicectomia, amigdalectomia, adenoidectomia, herniorrafia, hemorroidectomia, correcção do septo nasal, parto, retirada de quistos e sinais benignos, fracturas ósseas simples, artroscopias, cataratas e extracções dentárias;

3. Não sofre e não sofreu de tumores, angina do peito, acidente isquémico transitório, acidente vascular cerebral, enfarte agudo do miocárdio, hepatite, cirrose hepática, tromboflebite, diabetes, obesidade, insuficiência renal, insuficiência respiratória, infecção por HIV;

Por favor, confirme se as declarações do ponto 1 a 3 correspondem à sua situação real:

sim  não

Se a sua resposta for NÃO, esclareça: \_\_\_\_\_

## Declarações e autorizações:

O tomador de seguro e a(s) pessoa(s) segura(s) declara(m) que conhece(m) / autorizam os seguintes aspectos:

I. obrigação de responder com exactidão e veracidade a todas as questões colocadas na proposta e de declarar no campo próprio deste documento outras circunstâncias ou factos que conheça(m) e que sejam significativos para a avaliação do risco proposto;

II. obrigação de informar o Segurador, até ao momento da aceitação definitiva da proposta (com a consequente entrada em vigor das coberturas de seguro pretendidas) de todas as eventualidades que ocorram ou que conheça(m) e que influam sobre a aceitação ou condições do contrato de seguro, especialmente em relação ao estado de saúde, ausências ao local de trabalho, mudança de profissão ou função profissional, medicação, sob pena de invalidade do contrato de seguro;

III. em caso de incumprimento doloso do dever de declarar o risco com exactidão e veracidade, o contrato de seguro é anulável pelo Segurador, ficando o segurador desobrigado de cobrir qualquer sinistro que ocorra antes de ter tido conhecimento do incumprimento em causa, mantendo o direito a fazer seu o prémio recebido nos termos da lei;

IV. em caso de incumprimento negligente do dever de declarar o risco com exactidão e veracidade, o Segurador pode, no prazo de três meses a contar do conhecimento, propor uma alteração ou 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.

**V. o Médico Consultor do Segurador e as Pessoas identificadas como Beneficiário(s) ou os Herdeiro(s) Legais a solicitar a qualquer Médico ou profissional de saúde, Hospitais, Clínicas, Estabelecimentos de cura, Organismos públicos, empresas especializadas e outras entidades, desobrigando-os do segredo profissional, o acesso às informações, aos resultados de exames médicos e aos documentos relativos à saúde da Pessoa Segura que sejam necessários para analisar o risco agora proposto, designadamente a situação profissional e o estado de saúde e o teste de HIV I e II, e/ou para determinar as causas e consequências de qualquer sinistro que seja participado ao Segurador pela Pessoa Segura, seus Beneficiários ou Herdeiros;**

O tomador de seguro e a(s) pessoa(s) segura(s) declara(m) que foram:

I. transmitir 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 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;

II. entregues as Condições Gerais e Especiais aplicáveis ao contrato de seguro, nas quais se inclui, em letras destacadas, toda a informação pré-contratual prestada.

O tomador de seguro e a(s) pessoa(s) segura(s) mais declara(m) que com a assinatura do presente documento, as informações / respostas aqui contidas são verdadeiras, exactas e completas, e que não foi ocultada qualquer informação que possa influir sobre a decisão que o Segurador venha a tomar sobre o seguro proposto, bem como que as omissões, inexactidões e falsidades sobre dados / informações relevantes, obrigatórios ou facultativos, são da(s) sua(s) responsabilidade(s).

**ADVERTÊNCIA:** Em cumprimento da Lei n.º 25/08, de 5 de Junho, em matéria de prevenção do crime de branqueamento de capitais, o pagamento do prémio de seguro deve ser efectuado, exclusivamente, por débito directo ou cheque sacado sobre uma conta corrente aberta em nome do Tomador do Seguro.

Local e Data \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_


(Assinatura do Tomador de Seguro)

(Assinatura da Pessoa a Segurar)

(Assinatura /Carimbo do Mediador)

**Generali Vida - Companhia de Seguros, S.A.** - Rua Duque de Palmela, 11 - 1269-270 Lisboa - Tel.: 213 112 800 - Fax: 213 556 363 - www.generali.pt  
**Linha de Apoio ao Cliente: 21 350 43 00**, disponível de 2.ª a 6.ª das 9h00/18h00 - Todas as opções do Menu prevêem um atendimento personalizado  
Companhia de Seguros fundada em Lisboa em 1990 - Capital Social Euros 9.000.000,00 - Contribuinte N.º 502 403 209

## Autorização de Débito Directo ■

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

  
Débitos Directos

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

Assinatura(s)

NIB

Nome \_\_\_\_\_  
(Titular da Conta)

Data 

Ano	Mês	Dia
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

  
Tipo de documento