



# ACIDENTES PESSOAIS VALOR FIXO

GENERALI

## Proposta de Seguro

<input type="checkbox"/> Novo <input type="checkbox"/> Alteração à Apólice	<b>Domiciliação Bancária</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Doc. n.º _____ Apólice n.º _____	Início do Seguro/ Alteração □□.□□.□□□□
Mediador N.º □□□□□□ Cobrador N.º □□□□□□	<b>Duração do contrato:</b> <input type="checkbox"/> 1 ano e seguintes	<b>Forma de Pagamento:</b> <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral (válido para módulo IV)	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 \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

Cód. Postal □□□□.□□□ E-mail \_\_\_\_\_ Fax □□□□□□□□

Telefones: Casa □□□□□□□□□ Local de Trabalho □□□□□□□□□ Telemóvel □□□□□□□□□

Data de Nascimento □□.□□.□□ Estado 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 \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

Cód. Postal □□□□.□□□ E-mail \_\_\_\_\_ Fax □□□□□□□□

Telefones: Casa □□□□□□□□□ Local de Trabalho □□□□□□□□□ Telemóvel □□□□□□□□□

Data de Nascimento □□.□□.□□ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Profissão / Actividade: \_\_\_\_\_

Nacionalidade \_\_\_\_\_ N.I. Fiscal □□□□□□□□□□

### Riscos Pretendidos (assinale com x)

Utilização veículos 2/3 rodas, motorizadas e motoquatro  Agravamento 20%

### Garantias

	I BASE	II AVANÇADO	III COMPLETO	IV TOTAL*
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Morte ou Invalidez Permanente	15.000 €	25.000 €	50.000 €	100.000 €
Despesas de Tratamento e Repatriamento	1.500 €	2.500 €	5.000 €	10.000 €
Incapacidade Temporária Absoluta em caso de Internamento Hospitalar	N/A	N/A	25 €	40 €
Prémio Total**	28 €	38 €	91 €	150 €

\* Estão excluídas as actividades profissionais de classe IV

\*\* A este valor acresce o custo da apólice: 5,35€ na primeira anuidade.

## 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.

## 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, assinale 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

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

Nome do Mediador \_\_\_\_\_

Assinatura do Mediador \_\_\_\_\_

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.ª a 6.ª 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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

  
Tipo de documento \_\_\_\_\_