



# TRABALHADORES INDEPENDENTES

GENERALI

## Proposta de Seguro Trabalhadores Independentes

Novo     Alteração à Apólice    Doc. n.º \_\_\_\_\_    Apólice n.º \_\_\_\_\_

Mediador N.º \_\_\_\_\_    Duração do Contrato:    Domiciliação Bancária    Forma de Pagamento:

Cobrador N.º \_\_\_\_\_     1 Ano e Seguintes     Sim     Anual

Temporário (12 Meses)     Não     Semestral

Trimestral

Único

Início do Seguro/ Alteração \_\_\_\_\_  
 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/Pessoa Segura      Cliente do GRUPO GENERALI n.º \_\_\_\_\_

(Não Abreviar o apelido nem os três primeiros nomes)

Nome \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_      Código Postal \_\_\_\_\_

Localidade \_\_\_\_\_      Concelho \_\_\_\_\_      E-mail \_\_\_\_\_

Telefones: Casa \_\_\_\_\_      Local de Trabalho \_\_\_\_\_      Telemóvel \_\_\_\_\_

Sexo M  F       Data Nascimento \_\_\_\_\_      N.I. Civil: \_\_\_\_\_      Nº de Dependentes \_\_\_\_\_

Nacionalidade \_\_\_\_\_      Profissão/Actividade \_\_\_\_\_      C.A.E. \_\_\_\_\_

Data de Início Profissão/Actividade \_\_\_\_\_      Identificação Fiscal/Cód. de Repartição \_\_\_\_\_

Local de Cobrança \_\_\_\_\_      Código Postal \_\_\_\_\_

### SEGURO OBRIGATÓRIO DE ACIDENTES DE TRABALHO

#### Coberturas e Modalidade de Seguro

**Coberturas** : Legais (as exigíveis pela legislação de Acidentes de Trabalho, conforme Condições Gerais da Apólice)

**Remuneração Anual a Segurar** \_\_\_\_\_

#### Notas:

A determinação da remuneração segura, ou seja, do valor na base do qual são calculadas as responsabilidades cobertas pela a pólise, é sempre da responsabilidade do Tomador de Seguro, não podendo, contudo, ser inferior a 14 vezes a remuneração mínima garantida mais elevada. Para qualquer valor superior ao mínimo referido, a Seguradora reserva-se o direito de exigir prova de rendimento. Para efeitos de indemnização, a remuneração mensal será sempre a que resultar da divisão por doze da verba indicada e a remuneração diária será o resultado da divisão por trinta da verba mensal.

#### Extensões de Cobertura/Derrogação de Riscos Excluídos

(Poderão ser derogados mediante a aceitação prévia da Generali e sujeito ao pagamento de sobreprémio) Assinale com x

- Pretende que o seguro seja válido no território de Estados membros da União Europeia onde exerce a sua actividade, por períodos superiores a 15 dias? Se sim, qual o período consecutivo de dias que pretende segurar?      dias
- Pretende que o seguro seja válido no território de Estados não membros da União Europeia? Se sim, indique: Nome dos países \_\_\_\_\_ e qual o período consecutivo de dias que pretende segurar?      dias
- Pretende cobrir as despesas efectuadas em território estrangeiro e resultantes de acidente aí ocorrido, relativas a assistência médica, medicamentosa ou hospitalar e a transportes ou repatriamento?
- Pretende cobrir os acidentes devidos a distúrbios laborais, tais como assaltos, greves e tumultos?
- Pretende cobrir os acidentes devidos a actos de terrorismo e de sabotagem, rebelião, insurreição, revolução e guerra civil?
- Pretende cobrir os acidentes devidos a invasão e guerra contra país estrangeiro (declarada ou não) e hostilidades entre nações estrangeiras (quer haja ou não declaração de guerra) ou de actos bélicos provenientes directa ou indirectamente dessas hostilidades?

### SEGURO FACULTATIVO DE ACIDENTES PESSOAIS

#### Riscos e Coberturas

**Riscos:** Extra-Profissionais (só abrangem os acidentes que não sejam considerados acidentes de trabalho, nos termos da legislação aplicável)

**Coberturas:** Morte e Invalidez (MIP) e Despesas de Tratamento e Repatriamento (DTR)

## Tarifa para o Seguro de Acidentes Pessoais ( Em Euros)

| MÓDULO                     | MIP    | DTR   | PRÉMIO TOTAL (1e 2)<br>(Sem utilização de Veículos 2/3 Rodas) | PRÉMIO TOTAL (1e 2)<br>(Com utilização de Veículos 2/3 Rodas) |
|----------------------------|--------|-------|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 | 10.000 | 1.000 | 26,29   | 34,69   |
| <input type="checkbox"/> 2 | 15.000 | 1.500 | 34,63   | 46,37   |
| <input type="checkbox"/> 3 | 20.000 | 2.000 | 42,51   | 57,39   |
| <input type="checkbox"/> 4 | 25.000 | 2.500 | 50,62   | 68,74   |

### Notas:

- (1) O prémio total já inclui a importância de Euros 5,35 (Custo de apólice + INEM + selo);  
 (2) Os prémios da tarifa não incluem qualquer sobreprémio ou agravamento para cobrir qualquer das opções previstas nas "Extensões de cobertura / Derrogação de riscos excluídos", o qual será fornecido pela Seguradora, caso por caso.

## Extensões de cobertura / Derrogação de riscos excluídos

(Poderão ser derrogados mediante a aceitação prévia da Generali e sujeito ao pagamento de sobreprémio)

- Prática de desportos como amador em provas integradas em campeonatos e respectivos treinos.  
 Se sim, quais os desportos cuja prática pretende que seja garantida? \_\_\_\_\_
- Prática de desportos como profissional?  
 Se sim, quais os desportos cuja prática pretende que seja garantida? \_\_\_\_\_
- Prática como amador de:  Caça a animais ferozes  Desportos de Inverno  Boxe  Karate e outras artes marciais  
 Para-quedaismo  Escafandrismo  Tauromaquia  Outras. Indique quais: \_\_\_\_\_
- Utilização de aeronaves para além das consideradas nas condições gerais  Utilização de tractores?  
 Cataclismos da natureza  Actos de guerra, terrorismo e perturbações da ordem pública  Utilização de transporte de materiais radioactivos

## Beneficiários (indique quais os beneficiários deste seguro em caso de Morte)

Em caso de morte:

- Os Herdeiros legais  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.

## (Favor responder integralmente aos quesitos)

Local ou locais onde exerce a sua actividade? \_\_\_\_\_

**Trabalha em?**  Escritório  Estabelecimento  Armazém  Oficina  Fábrica  No Exterior

Está ligado a alguma entidade patronal? Sim  Não  Se Sim, Nome da Empresa? \_\_\_\_\_

Desloca-se com frequência? Sim  Não  Qual o meio de transporte habitual? \_\_\_\_\_

Utiliza veículos de 2/3 rodas? Sim  Não  É transportado em tractores ou atrelados? Sim  Não

Conduz tractores? Sim  Não  Efectua transportes internacionais? Sim  Não

A actividade profissional também é exercida no estrangeiro? Sim  Não  Se Sim Nome dos Países \_\_\_\_\_

Entrega-se a trabalhos manuais de maneira activa ou apenas dirige ou vigia? \_\_\_\_\_

Utiliza máquinas e equipamentos de especial perigosidade Sim  Não  Têm protecção adequada? Sim  Não

Manipula substâncias perigosas ou usa explosivos? Sim  Não  Quais? \_\_\_\_\_

**Trabalha em/com:**  Andaimos?  Telhados?  Pontes?  Minas?  Poços?  Pedreiras?  Guindastes/Gruas?

Já foi vítima de acidente corporal? Sim  Não  Circunstâncias e consequências? \_\_\_\_\_

Tem alguma deficiência ou incapacidade? Sim  Não  Se Sim, qual o grau de desvalorização atribuída? \_\_\_\_\_ %

É canhoto? Sim  Não  Cumpre todas as normas e regulamentos de higiene e segurança em vigor para a sua actividade? Sim  Não

Dispõe de meios de protecção individual? Sim  Não  Se Sim, são os mesmos utilizados? Sim  Não

Tem algum seguro de Acidentes ou Vida Sim  Não  Se Sim, Indique a Seguradora, n.º de apólice, capitais e coberturas \_\_\_\_\_  
 Estão em vigor ou anulados? \_\_\_\_\_

Sofre ou já sofreu de alguma doença ou alteração do estado de saúde, nomeadamente, paralisia, hérnia discal, reumatismo, gota, dor ciática, redução das faculdades visuais ou auditivas, enfermidades da espinha ou medulares, doenças neurológicas ou mentais, epilepsia, depressões, síncope, vertigens, doenças do coração e do aparelho circulatório, varizes, má circulação, derrames, flebite, albuminúria, sífilis, VIH, diabetes, hipertensão, alcoolismo, toxicoddependência, susceptíveis de proporcionar acidentes, agravar as suas consequências ou demorar a cura das lesões? Em caso afirmativo, especifique os tratamentos efectuados, datas e nome do médico assistente.

## Declarações Eventuais

### Questionário Geral Obrigatório

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

Se Sim, Indique qual a Seguradora? \_\_\_\_\_ N.º de Apólice? \_\_\_\_\_ Taxa? \_\_\_\_\_

A apólice está anulada? Sim  Não  Se Sim, qual o motivo? \_\_\_\_\_

Existem débitos por liquidar à anterior Seguradora? Sim  Não  Se Sim, especifique \_\_\_\_\_

### Reservado aos Serviços da Seguradora

Isenções:  Encargos  
 Custo Apólice/Acta  Juros sobre fraccionamento do prémio

Franquias:  Com desconto no prémio  Sem desconto no prémio

Classe de Risco: \_\_\_\_\_

### 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 correcção, 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.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.

**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.A.. Caso não autorize, assinale aqui com uma cruz:

### Beneficiários em caso de Morte

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 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.



