



Proposta de Seguro

<input type="checkbox"/> PRÉMIO REGULAR	<input type="checkbox"/> Anual	Mediador N.º	Início do Seguro	Duração do contrato
<input type="checkbox"/> PRÉMIO ÚNICO	<input type="checkbox"/> Semestral	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> Anos
	<input type="checkbox"/> Trimestral			
	<input type="checkbox"/> Mensal			

Candidato a Tomador de Seguro

1. Nome completo ou, se for Pessoa Colectiva, Denominação Social e 2. Nome do Representante Legal

1. _____

2. _____

Sexo M F Data de Nascimento ____ . ____ . ____ Estado Civil _____

Pais de Nascimento _____ Cidade de Nascimento _____

1. Nacionalidade. 2. Caso tenha mais de uma nacionalidade, especifique. 1. País de residência. 2. Caso seja residente em mais de um país, especifique.

1. _____ 1. _____

2. _____ 2. _____

NIF/NIPC _____ N.I. Civil _____ CAE _____

1. Morada ou, se for Pessoa Colectiva, Sede Social e 2. Caso seja filial de empresa estrangeira, **especifique também** morada e País da Sede Social da Casa Mãe.

1. _____

1. _____

2. _____

2. _____

Telefone _____ Telemóvel _____ e-mail _____

Profissão/Actividade _____ É pessoa politicamente exposta?* Sim Não

* São consideradas "Pessoas politicamente expostas" as pessoas singulares que desempenham, ou desempenharam até há um ano, altos cargos de natureza política ou pública, bem como os membros próximos da sua família e pessoas que reconhecidamente tenham com elas estreitas relações de natureza societária ou comercial conforme a Lei n.º 25/2008, art.º 2º, n.º 6) e especificado nas Condições Gerais da apólice.

Pessoa Segura (se diferente do Tomador do Seguro)

Nome completo

Sexo M F Data de Nascimento ____ . ____ . ____ Estado Civil _____

Pais de Nascimento _____ Cidade de Nascimento _____

1. Nacionalidade. 2. Caso tenha mais de uma nacionalidade, especifique. 1. País de residência. 2. Caso seja residente em mais de um país, especifique.

1. _____ 1. _____

2. _____ 2. _____

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

Morada _____

Telefone _____ Telemóvel _____ e-mail _____

Profissão/Actividade _____ É pessoa politicamente exposta?* Sim Não

Beneficiários

Em caso de morte Os Herdeiros legais em partes iguais ou Os designados a seguir:

Nome completo ou, se for Pessoa Colectiva, Denominação Social e nome do Representante Legal

_____ %

Estado Civil _____ Pais de Nascimento _____ Cidade de Nascimento _____

1. Nacionalidade. 2. Caso tenha mais de uma nacionalidade, especifique. 1. País de residência. 2. Caso seja residente em mais de um país, especifique.

1. _____ 1. _____

2. _____ 2. _____

NIF/NIPC _____ N.I. Civil _____ CAE _____

Morada _____

Profissão/Actividade _____ É pessoa politicamente exposta?* Sim Não

Nome completo ou, se for Pessoa Colectiva, Denominação Social e nome do Representante Legal

_____ %

Estado Civil _____ Pais de Nascimento _____ Cidade de Nascimento _____

1. Nacionalidade. 2. Caso tenha mais de uma nacionalidade, especifique. 1. País de residência. 2. Caso seja residente em mais de um país, especifique.

1. _____ 1. _____

2. _____ 2. _____

NIF/NIPC _____ N.I. Civil _____ CAE _____

Morada _____

Profissão/Actividade _____ É pessoa politicamente exposta?* Sim Não

Em caso de vida O Tomador do Seguro _____ % A Pessoa segura _____ % Os designados a seguir:

Nome completo ou, se for Pessoa Colectiva, Denominação Social e nome do Representante Legal

_____ %

Estado Civil _____ Pais de Nascimento _____ Cidade de Nascimento _____

1. Nacionalidade. 2. Caso tenha mais de uma nacionalidade, especifique. 1. País de residência. 2. Caso seja residente em mais de um país, especifique.

1. _____ 1. _____

2. _____ 2. _____

NIF/NIPC _____ N.I. Civil _____ CAE _____

Morada _____

Profissão/Actividade _____ É pessoa politicamente exposta?* Sim Não

Nome completo ou, se for Pessoa Colectiva, Denominação Social e nome do Representante Legal

_____ %

Estado Civil _____ Pais de Nascimento _____ Cidade de Nascimento _____

1. Nacionalidade. 2. Caso tenha mais de uma nacionalidade, especifique. 1. País de residência. 2. Caso seja residente em mais de um país, especifique.

1. _____ 1. _____

2. _____ 2. _____

NIF/NIPC _____ N.I. Civil _____ CAE _____

Morada _____

Profissão/Actividade _____ É pessoa politicamente exposta?* Sim Não

Seguros Propostos

PRÉMIO TOTAL ANUAL _____ PRÉMIO ÚNICO _____

INDEXAÇÃO _____ %

Entrega Adicional

Apólice a emitir Apólice n.º _____ Valor da entrega: _____

Encargos do Contrato

Encargos de Subscrição

Prémios Regulares	Prémios Únicos
_____ % (máximo 2,5%)	_____ % (máximo 2%)

Confirmando que as declarações precedentes são verdadeiras, exactas e completas e autorizo a consulta dos dados pessoais disponibilizados, sob regime de absoluta confidencialidade, às empresas que integram o Grupo Generali desde que compatível com a finalidade da recolha dos mesmos.

Tomei conhecimento das obrigações que o Mediador e a Generali Vida S.A. tem de prestar quanto as informações respeitantes à modalidade deste seguro e do quadro fiscal.

Com a presente subscrição recebi as Condições Gerais e Especiais da Modalidade do seguro e sou conhecedor do direito de renúncia que me assiste, mesmo depois de vir a ser recebedor das Condições particulares.

Autorização para Marketing e Publicidade: Autorizo a utilização dos meus dados pessoais disponibilizados para o envio de futuras campanhas de Marketing da Generali Vida S.A.. Caso não autorize, assinale a seguir com uma cruz:

Assinatura do Tomador do Seguro
(Representante Legal se for Pessoa Colectiva)

(Assinatura da Pessoa a Segurar)

Local e Data _____, _____ de _____ de 20____

(Assinatura /Carimbo do Mediador)

Declaração F.A.T.C.A. do Tomador do Seguro

A) Para a Pessoa Singular

A1) Declaro sob minha plena responsabilidade que sou possuidor de um SSN (Social Security Number), mesmo na condição de não ser mais residente fiscal nos Estados Unidos da América.

Sim Não

A2) Declaro sob minha plena responsabilidade que sou um cidadão dos Estados Unidos da América ou um residente fiscal dos Estados Unidos da América.

Sim Não

B) Para a Pessoa Colectiva

B1) Declaro sob minha plena responsabilidade que a Pessoa Colectiva possui um EIN (Employer Identification Number) e tem sua sede social nos Estados Unidos da América.

Sim Não

B2) Especifique se a Pessoa Colectiva é uma instituição financeira (banco, sociedade gestora de activos, fundo de investimento ou companhia de seguros).

Sim Não

B3) Se respondeu SIM à questão B.2, por favor indique se é possuidor de um GIIN (Global Intermediary Identity Number).

Sim Não

B4) Se respondeu NÃO à pergunta B.2, especifique se a Pessoa Colectiva é 1) Entidade cuja participação em produtos financeiros é superior a 50 % do total da receita na demonstração dos resultados. 2) Organização sem fins lucrativos- 3) Entidade cotada em Bolsa.

Sim Não

B5) Se respondeu NÃO à pergunta B.3, especifique se a Pessoa Colectiva tem um ou mais accionistas/associados que sejam cidadãos dos Estados Unidos da América ou residentes fiscais dos Estados Unidos da América, com a detenção de uma participação de mais de 25 % na pessoa colectiva.

Sim Não

DOCUMENTAÇÃO A APRESENTAR COM A PRESENTE PROPOSTA DE SEGURO.

1. Pessoas singulares:

- Documento de identificação civil (Cartão de Cidadão, Bilhete de Identidade, Passaporte, Autorização de Residência)
- Documento de identificação fiscal (Cartão de Contribuinte, caso não tenha sido apresentado Cartão de Cidadão e se não tiverem documento nacional, outro que o substitua)
- Documento comprovativo de residência portuguesa (carta de condução, factura de fornecimento de serviço – água, luz -com morada coincidente com a da proposta)

2. Pessoas colectivas:

- Documento de identificação societária/fiscal (Cartão de pessoa colectiva ou equivalente)
- Documento comprovativo do local de estabelecimento (certidão do Registo Comercial ou equivalente)
- Documento comprovativo da sua composição societária (sócios ou accionistas), e do montante da sua participação (certidão do registo comercial)

Comprometo-me a fornecer à Generali Vida os esclarecimentos e a documentação adicional que essa venha requerer caso forem detectados indícios ou informações relacionadas, directa ou indirectamente, com os Estados Unidos da América no âmbito da presente proposta de seguro bem como a informar a Generali Vida em caso de alteração de circunstâncias que impliquem respostas diferentes das que constam no presente questionário no prazo máximo de 90 dias a contar da data da verificação dessa alteração.

Em cumprimento da Lei n.º 25/2008 de 5 de Julho em matéria de prevenção de crime de branqueamento de capitais, o pagamento do prémio deste seguro poderá ser efectuado única e exclusivamente por débito directo, ou cheque sacado sobre uma conta corrente aberta em nome do Tomador do Seguro. Em cumprimento do FATCA - Foreign Account Tax Compliance Act, é necessária informação expressa caso a conta corrente seja domiciliada nos EUA (Estados Unidos da América).

FATCA - Foreign Account Tax Compliance Act: faz parte integrante do 4.º Capítulo do "Internal Revenue Code" (IRC) da Autoridade Fiscal dos EUA (IRS - Internal Revenue Service). O referido Capítulo 4 amplia o regime de reporte de informações fiscais sobre contribuintes norte-americanos ao impor às Instituições Financeiras Estrangeiras ("FFIs") e Companhias de Seguros, o dever de comunicar essa informação, e documentação de suporte, estabelecendo regras de retenção na fonte sobre pagamentos.

Informações sujeitas a obrigação de comunicação: Em cumprimento das disposições do FATCA, estão sujeitos a reporte, nomeadamente, os seguintes dados:

- a) Nome, morada, número de identificação fiscal norte-americano;
- b) O número da apólice;
- c) O nome e número identificador da Generali Vida;
- d) O saldo de conta do contrato e/ou o valor de resgate, no final de cada ano civil relevante ou outro período de comunicação apropriado ou, caso o resgate total tenha ocorrido durante esse ano, no momento imediatamente anterior ao mesmo.

Residência Fiscal

É residente fiscal dos Estados Unidos da América, qualquer pessoa que corresponda a pelo menos um dos seguintes critérios:

- Deter uma autorização de residência permanente nos Estados Unidos da América (Green Card);
- Ter passado nos EUA mais de 183 dias, no total, no presente ano e nos dois anos anteriores (Método de cálculo previsto no "substantial presence test");
- Ter declarado os rendimentos em conjunto com o seu cônjuge dos EUA.

Para mais informações sobre os critérios para determinar o estatuto de residente fiscal dos Estados Unidos da América, por favor consulte o sítio do IRS: <http://www.irs.gov>

Com o fim de permitir o cumprimento das obrigações decorrentes do FATCA - Foreign Account Tax Compliance Act, cuja informação se encontra contida nas Definições da Cláusula Primeira das Condições Gerais da apólice, e, bem assim, nas informações de auto-certificação contidas na presente proposta de seguro, os Candidato(s) a Tomador de Seguro e/ou a Pessoa Segura declara (m) aceitar as seguintes cláusulas:

1) CLÁUSULA DE MONITORIZAÇÃO: O(s) Candidato(s) a Tomador de Seguro e/ou a Pessoa Segura reconhece(m) e aceita (m) que a Generali Vida, em cumprimento das exigências legais decorrentes do FATCA se encontra obrigada a monitorizar periodicamente os dados pessoais de todos os tomadores, pessoas seguras e beneficiários de apólices, com a finalidade de identificar possíveis contribuintes fiscais norte-americanos. O(s) Candidato(s) a Tomador de Seguro e/ou Pessoa Segura autoriza (m) a Generali Vida a realizar as actividades de monitorização dos seus dados que sejam necessários ao cumprimento das referidas obrigações de informação sujeitas a reporte, conforme constantes nas Definições da Cláusula Primeira das Condições Gerais da apólice bem como na presente proposta de seguro.

2) CLÁUSULA DE ALTERAÇÃO DAS CIRCUNSTÂNCIAS: Não obstante a cláusula de "monitorização" acima, o(s) candidato(s) a Tomador de Seguro e/ou a Pessoa Segura compromete(m)-se a comunicar à Generali Vida, por escrito, qualquer alteração aos seus dados pessoais, referentes à jurisdição norte-americana, nomeadamente alterações de cidadania, de residência, ou de outras circunstâncias, que determinem a aquisição da qualidade de contribuinte fiscal norte-americano, no prazo máximo de 90 dias a contar da data da verificação dessa alteração. O(s) candidato(s) a Tomador de Seguro e/ou a Pessoa Segura comprometem-se, ainda, dentro do mesmo prazo, a fornecer à Generali Vida a documentação comprovativa dessa alteração de circunstâncias, assim como, os documentos que esta lhes venha a pedir e que se mostrem pertinentes para o mesmo fim.

3) CLÁUSULA SOBRE DADOS PESSOAIS: O(s) Candidato(s) a Tomador de Seguro e/ou a Pessoa Segura declara(m) reconhecer a obrigação legal da Generali Vida em efectuar a comunicação dos seus dados pessoais caso seja(m) ou venha(m) a adquirir a qualidade de contribuinte(s) fiscal(ais) norte-americano(s), bem como, o fornecimento dos documentos que comprovam essa qualidade, à Autoridade Tributária e Aduaneira, em cumprimento das citadas disposições legais, afirmando dar o seu consentimento inequívoco e esclarecido para esse fim.

4) CLÁUSULA DE RESOLUÇÃO DO CONTRATO: A Generali Vida reserva-se o direito de resolver unilateralmente o presente contrato de seguro caso o Tomador de Seguro e/ou a(s) Pessoa(s) Segura(s) não cumpram com as obrigações decorrentes das cláusulas de monitorização e de alteração das circunstâncias, impedindo-a dessa forma de dar cumprimento às obrigações resultantes do FATCA. Para os devidos efeitos se considera incumprimento das referidas cláusulas: (i) no que se refere à Cláusula de Monitorização, a entrega de documentação falsa ou errónea, ou a não entrega dos documentos necessários, dentro do prazo determinado para o efeito; (ii) no que respeita à Cláusula de Alteração das Circunstâncias, a ausência de notificação, ou a notificação tardia à Generali Vida quando se verifique uma alteração de circunstâncias determinante para a classificação do Candidato a Tomador de Seguro e/ou a(s) Pessoa(s) Segura(s) como contribuinte fiscal norte-americano (iii) no que respeita à cláusula sobre dados pessoais, não dar o seu consentimento ao reporte das informações e documentos às Autoridades Fiscais.

Declaração de Protecção de dados pessoais:

As informações aqui solicitadas são necessárias para determinar a sua qualidade de contribuinte dos Estados Unidos da América. Estas informações destinam-se à Generali Vida, a fim de cumprir com as obrigações que decorrem do FATCA, podendo esta ser obrigada a divulgar as referidas informações às Autoridades Fiscais.

De acordo com a Lei de Protecção de Dados, Lei n.º 67/98 de 26 de Outubro, os titulares dos dados pessoais têm o direito de acesso, rectificação, a pagamento ou bloqueio destes dados, desde que por razões legítimas. Os titulares dos dados podem exercer estes direitos através de pedido escrito dirigido à Generali Vida - Rua Duque de Palmela 11 - 1269-270 LISBOA.

Declaro que, com o presente formulário, tomei conhecimento das informações legais que nele constam, aceito os seus termos e decorrências e autorizo a disponibilização dos meus dados pessoais, na estrita medida do necessário ao fim a que se destinam, sob o regime de absoluta confidencialidade, às Autoridades Fiscais.

Local e Data _____, _____ de _____ de 20 _____

Assinatura do Tomador do Seguro
(Representante Legal se for Pessoa Colectiva)

Autorização de Débito Direto SEPA Generali VIDA



Autorização de Débito Direto SEPA

SEPA DIRECT DEBIT MANDATE

Referência da autorização (ADD) a completar pelo segurador.
Mandate reference – to be completed by the creditor.

Ao subscrever esta autorização, está a autorizar a Generali Vida - Companhia de Seguros S.A. a enviar instruções ao seu banco para debitar a sua conta e o seu Banco a debitar a sua conta, de acordo com as instruções da Generali Vida - Companhia de Seguros S.A. Os seus direitos incluem a possibilidade de exigir do seu banco o reembolso do montante debitado, nos termos e condições acordados com o seu banco. O reembolso deve ser solicitado até um prazo de oito semanas, a contar da data do débito na sua conta. Os campos assinalados com * são de preenchimento obrigatório. O preenchimento dos campos assinalados com ** é da responsabilidade do segurador.

*By signing this mandate form, you authorise Generali Vida - Companhia de Seguros S.A. to send instructions to your bank to debit your account and your bank to debit your account in accordance with the instructions from Generali Vida - Companhia de Seguros S.A. As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited. Please complete all the fields marked *. Fields marked with ** must be completed by the Insurer.*

Identificação do tomador do seguro/titular da conta - Policy holder/account holder identification

*Nome do tomador do seguro / titular da conta

Name of the policy holder / account holder

Nome da rua e número

Street name and number

Código postal

Postal code

Cidade

City

País

Country

*Número de conta - IBAN

Account number - IBAN

*BIC SWIFT

SWIFT BIC

Identificação do segurador - Insurer identification

Nome do segurador **GENERALI VIDA - Companhia de Seguros, S.A.

Insurer name

Identificação do segurador **PT33100605

Insurer identifier

Nome da rua e número **Rua Duque de Palmela, 11

Street name and number

Código postal **1 2 6 9 - **2 7 0**

Postal code

Cidade **Lisboa

City

País **PORTUGAL

Country

Relativamente à apólice - About the insurance policy

Número da apólice

Policy number

Tipos de pagamento - Type of payments

* Pagamento recorrente

Recurrent payment

ou

or

Pagamento pontual

One-off payment

Local
Location

*Data
Date

*Assinatura (os seus direitos, referentes à autorização acima referida, são explicados em declaração que pode obter no seu banco)
Signature (your rights regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank)