



Proposta de Seguro

Fraccionamento do Prémio:

Anual Trimestral

Semestral Mensal

Mediador N.º

Início do Seguro

Duração do contrato

_____ Anos

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. para 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 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) _____ % _____

EM CASO DE DOENÇAS GRAVES OU DOENÇAS ONCOLÓGICAS DO FORO GINECOLÓGICO (Se diferente da Pessoa a Segurar):

Beneficiário(s) _____ % _____

Beneficiário(s) _____ % _____

Tipologia Tarifária



Tarifa a Prémios Anuais - (Prémios constantes independentemente da idade)



Tarifa a Prémios Anuais Renováveis - (Prémios Crescentes em função da idade)

Coberturas, Capitais e Prémios

Seguro Principal	Acidental Hospitalar						Acidental						Flex. I.A.D. Doenças Graves						Flex. I.A.D. Mulher						Capitais		Prémios					
	Flex. I.A.D.	Flex. I.A.D. Doenças Graves	Flex. I.A.D. Mulher	Flex. I.T.P.	Flex. I.T.P. Doenças Graves	Flex. I.T.P. Mulher	Flex. I.A.D.	Flex. I.A.D. Doenças Graves	Flex. I.A.D. Mulher	Flex. I.T.P.	Flex. I.T.P. Doenças Graves	Flex. I.T.P. Mulher	Flex. I.A.D.	Flex. I.A.D. Doenças Graves	Flex. I.A.D. Mulher	Flex. I.T.P.	Flex. I.T.P. Doenças Graves	Flex. I.T.P. Mulher	Flex. I.A.D.	Flex. I.A.D. Doenças Graves	Flex. I.A.D. Mulher	Flex. I.T.P.	Flex. I.T.P. Doenças Graves	Flex. I.T.P. Mulher	1) Morte:		2) Pós Vida:					
Morte	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	3.500€	
Pós Vida	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Total da Cobertura Principal =1+2	

Coberturas Complementares	Flex. I.A.D. Doenças Graves						Flex. I.A.D. Mulher						Flex. I.T.P. Doenças Graves						Flex. I.T.P. Mulher						Capitais		Prémios					
	Flex. I.A.D.	Flex. I.A.D. Doenças Graves	Flex. I.A.D. Mulher	Flex. I.T.P.	Flex. I.T.P. Doenças Graves	Flex. I.T.P. Mulher	Flex. I.A.D.	Flex. I.A.D. Doenças Graves	Flex. I.A.D. Mulher	Flex. I.T.P.	Flex. I.T.P. Doenças Graves	Flex. I.T.P. Mulher	Flex. I.A.D.	Flex. I.A.D. Doenças Graves	Flex. I.A.D. Mulher	Flex. I.T.P.	Flex. I.T.P. Doenças Graves	Flex. I.T.P. Mulher	Flex. I.A.D.	Flex. I.A.D. Doenças Graves	Flex. I.A.D. Mulher	Flex. I.T.P.	Flex. I.T.P. Doenças Graves	Flex. I.T.P. Mulher	100% de 1)		100% de 1)					
Invalidez Total Permanente				✓	✓	✓				✓	✓	✓													✓	✓	✓	✓	✓	✓	100% de 1)	
Invalidez Absoluta Definitiva	✓	✓	✓				✓	✓	✓				✓	✓	✓				✓	✓	✓				✓	✓	✓	✓	✓	✓	100% de 1)	
Doenças Graves		✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓								60% de 1)*	
Doenças Oncológicas do foro Ginecológico			✓		✓				✓		✓				✓		✓				✓		✓								60% de 1)*	
Liberação do Pagamento de Prémios		✓	✓		✓	✓		✓	✓		✓	✓		✓	✓		✓	✓		✓	✓		✓	✓							**	
Morte por Acidente	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓																			100% de 1)***	
Morte por Acidente de Circulação	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓																			100% de 1)****	
Reembolso das Despesas de Internamento Hospitalar por Acidente	✓	✓	✓	✓	✓	✓																									5.000€ <input type="checkbox"/>	
Subsídio Diário por Internamento Hospitalar por Acidente	✓	✓	✓	✓	✓	✓																									25€ <input type="checkbox"/>	
																															50€ <input type="checkbox"/>	

Escolha o seu Plano



Prémio Total 1.ª Anuidade

** Até ao limite máximo de Capital de €350.000.

** Em caso de pagamento do capital seguro pelas coberturas de Doenças Graves ou de Doenças Oncológicas do foro Ginecológico, a cobertura de Liberação do Pagamento de Prémios garante a continuação do contrato limitadamente a cobertura de morte do seguro principal pelo valor remanescente não antecipado, sem pagamento de ulteriores prémios, para toda a duração remanescente do contrato.

*** Até ao limite máximo de Capital de €500.000.

**** Até ao limite máximo de Capital de €250.000.

DECLARAÇÕES E AUTORIZAÇÕES DO TOMADOR E DA PESSOA SEGURA:

Os dados pessoais agora recolhidos serão processados e armazenados informaticamente e destinam-se à utilização nas relações contratuais com a Generali Vida S.A..

Autorizo a consulta de dados pessoais disponibilizados, sob o regime de absoluta confidencialidade, à Generali Vida S.A., à Assicurazioni Generali S.p.A. (Itália) e suas Associadas, para finalidades compatíveis com a recolha dos mesmos, designadamente para análise de subscrição, de liquidação de sinistros, de co-seguro ou de resseguro. Quaisquer informações a respeito poderão ser obtidas junto da Generali Vida S.A..

As omissões, inexactidões e falsidades, no que respeita a dados de fornecimento quer obrigatório, quer facultativo, são da responsabilidade do Cliente.

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 da Generali Vida S.A.

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 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.

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

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 prestada.

(Assinatura da Pessoa a Segurar)

(Assinatura do candidato a Tomador de Seguro)

Local e Data _____, _____ de _____ de 20 _____

(Assinatura /Carimbo do Agente)

ADVERTÊNCIA: Em cumprimento da Lei N.º 25/2008 de 5 de Junho em matéria de prevenção do 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.

Reservado aos Serviços Técnicos da Companhia

Observações

Aprovado por: N.º Funcionário _____ Assinatura _____ Data _____

Questionário

1. Tem um médico assistente ou de família? Se sim indique o nome, morada, quando e por que motivo o consultou no último ano.	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim			
2. Fez ou foi aconselhado a fazer exames para despiste das seguintes patologias: tumores malignos, doenças cardíacas, ictus, hipertensão, gota, dislipidémia, diabetes, tuberculose, epilepsia, outras doenças nervosas, mentais?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim			
3. Alterou o seu peso em mais de 5 kgs nos últimos 2 anos? Se sim indique a possível causa.	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim			
4. Sofre ou sofreu de algum acidente ou doença, física ou psíquica, suportado por sequelas que o tornem inválido, que tenham interrompido a sua actividade por mais de três semanas consecutivas ou mais de 90 dias em um ano, nos últimos 5 anos ou que tenham implicado ou impliquem a realização de tratamentos psicoterapêuticos?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim			
5. Sofre ou sofreu: do aparelho respiratório (asma, enfisema, tuberculose, etc.), cardiocirculatório (malformações congénitas, cardiopatia isquémica, valvulopatia, arritmia, insuficiência cardíaca, doenças do miocárdio ou pericárdio, hipertensão arterial, arteriosclerose, flebosclerose, etc.) e digestivo (úlceras gástricas ou duodenais, colite ulcerosa, gastroenterite, hemorragias gastrointestinais, pólipos, hemorroidal, doenças do esófago ou inflamatórias crónicas do intestino, infecções do fígado, vias biliares, pâncreas, etc.)?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim			
6. E de doença óssea, articular ou da coluna vertebral, neurológica ou psiquiátrica (epilepsia, paralisia, depressão, acidente vascular cerebral, etc.), ginecológica e/ou do aparelho genito-urinário, dos olhos (glaucoma, doenças da retina, miopia de grau igual ou superior a 3 dioptrias), da tiróide, distúrbio hormonal, tumor (maligno ou benigno), obesidade, dislipidémia, diabetes, gota e de outras doenças ou distúrbios não referidos.	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim			
7. Esteve internado em hospitais, sanatórios ou casas de saúde por doenças ou intervenções cirúrgicas? Alguma vez se submeteu a rádio ou quimioterapia?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim			
8. Alguma vez realizou exames clínicos (análises clínicas, consultas a especialistas ou pesquisas particulares) que tenham revelado situações de anormalidade, teve resultado positivo por HIV/Sida ou Hepatite B e C ou recebeu tratamento por doenças tropicais, infecciosas, parasitárias ou sexualmente transmissíveis?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim			
9. Já se submeteu a transfusões de sangue, terapias à base de derivados de sangue ou teve impedimento de dar sangue?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim			
10. Sente-se doente ou prevê alguma situação da sua saúde que necessite de tratamento médico, internamento ou intervenção cirúrgica?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim			
11. Especifique as actuais quantidades diárias consumidas e o tipo (unidade de medida para as bebidas = copos). (cigarros ____, cerveja ____, vinho ____, bebida de alto teor alcoólico __)				
12. Indique os seguintes valores: altura cm ____ peso kg ____ pressão arterial: máx ____ min ____				
13. Toma medicamentos e/ou estupefacientes?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim			
14. Dê os detalhes às respostas "sim" especificando o tipo, época, duração, tratamento, eventuais recaídas e indique qualquer distúrbio, doença, deformidade ou problema que não tenha sido expressamente mencionado acima: _____ _____ _____ _____				
15. Pratica desporto de forma amadora ou de recreio? Qual? _____ Pratica competição, integrada ou não em provas desportivas, campeonatos e respectivos treinos em relação ao desporto acima indicado?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim			
16. Pretende incluir os seguintes riscos adicionais? Desportivo, quais? _____ Residencial, (viagens ou estadias em países ou locais em situação político-social considerada de risco), qual? _____	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim			
17. Conduz ou utiliza aeronaves (excepto como passageiro de carreiras comerciais autorizadas para o transporte comum)? Conduz veículos motorizados de duas rodas ou moto 4, em estrada normal? Conduz veículos motorizados de duas rodas ou moto 4, em utilização todo-o-terreno?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim			
18. Já foi recusado por alguma seguradora um risco que cobrisse a sua vida? Tem Seguros de Vida com capitais de risco noutra Seguradora, não considerando os que venham a ser anulados com a emissão da apólice correspondente a esta proposta? Especifique:	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim			
Companhia	Capital Morte	Capital Invalidez	Capital Doenças Graves ou de Doenças Oncológicas do foro Ginecológico	Aceitação (Normal, Agravamento, Restrição)
_____	_____ €	_____ €	_____	_____
_____	_____ €	_____ €	_____	_____

Indique a seguir outras circunstâncias ou factos que conheça e que sejam significativos para a avaliação do risco proposto, mesmo que não tenham sido solicitados expressamente no questionário, bem como eventuais outros países relacionados à pergunta 16:

DECLARAÇÕES E AUTORIZAÇÕES DO TOMADOR E DA(S) PESSOA(S) SEGURA(S):

Declaro que tomei conhecimento de 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 de 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 de 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 fizer 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.

O tomador de seguro e a(s) pessoa(s) segura(s) declaram que as respostas contidas nestes questionários são verdadeiras, exactas e completas, que não foi ocultada qualquer informação que possa influir sobre a decisão que a Companhia venha a tomar sobre o seguro proposto e autorizam-na a proceder à recolha de dados pessoais complementares, desobrigando ao segredo profissional, junto dos Médicos, Hospitais, Clínicas, Estabelecimentos de cura, Organismos públicos, empresas especializadas e outras entidades, a darem informações ao Médico Consultor da Generali Vida S.A. sobre a situação profissional e o estado de saúde da Pessoa Segura.

Autorizo o médico designado pela Seguradora a solicitar a qualquer outro médico ou profissional de saúde as informações e os documentos relativos à minha saúde que julgue necessários para analisar o risco agora proposto e para determinar as causas e consequências de qualquer sinistro que seja participado à Seguradora por mim, pelos Beneficiários ou pelos meus herdeiros.

Autorizo, igualmente, os referidos médicos e profissionais de saúde a prestarem ao médico designado pela Seguradora as informações e documentos por este solicitados no âmbito da autorização que agora lhe conferi.

Para os devidos efeitos declaro e autorizo a Direcção Clínica da Generali Vida S.A. a aceder ao resultado de todos os Exames Médicos a realizar, estritamente necessários à análise e contratação de Seguro de Vida, nomeadamente os testes de HIV I e II.

Ao abrigo do dever de informação, sobre os factos ou circunstâncias que possam influir sobre a aceitação ou condições do contrato de seguro, cuja proposta do produto Generali +Vida que submeti à apreciação da Generali Vida, S.A., no dia ___/___/___ fico obrigado a informar a Generali Vida S.A. de todas as eventualidades que ocorram ou cheguem ao meu conhecimento, até ao momento da aceitação definitiva da proposta pela Seguradora (com a conseqüente entrada em vigor das coberturas de seguro pretendidas) especialmente no que se refere aos factos ou circunstâncias relativos a (estado de saúde, ausências ao local de trabalho, mudança de profissão ou função profissional, medicação, etc.) sob pena de invalidade do contrato de seguro.

(Assinatura da Pessoa a Segurar)

(Assinatura do candidato a Tomador de Seguro)

Local e Data _____, _____ de _____ de 20 _____

(Assinatura /Carimbo do Agente)

ADVERTÊNCIA: Em cumprimento da Lei N.º 25/2008 de 5 de Junho em matéria de prevenção do 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.


Reservado aos Serviços Técnicos da Companhia

Observações

Aprovado por: N.º Funcionário _____ Assinatura _____ Data ____ . ____ . ____

Generali Vida S. A. - Rua Duque de Palmela, 11 - 1269-270 Lisboa - Tel.: 213 112 800 - Fax: 213 556 363 - www.generalivida.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"/>



Por débito da minha/nossa conta abaixo indicada queiram proceder ao pagamento das importâncias que lhes forem apresentadas por **Generali Vida 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