



# TRABALHADORES INDEPENDENTES

GENERALI

## Proposta de Seguro Trabalhadores Independentes

<input type="checkbox"/> Novo	<input type="checkbox"/> Alteração à Apólice	Doc. n.º	Apólice n.º
Mediador N.º	Duração do Contrato:	Domiciliação Bancária	Forma de Pagamento:
Cobrador N.º	<input type="checkbox"/> 1 Ano e Seguintes	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Anual
	<input type="checkbox"/> Temporário (12 Meses)	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Semestral
			<input type="checkbox"/> Trimestral
			<input type="checkbox"/> 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.

<b>Tomador do Seguro/Pessoa Segura</b>	<b>Cliente do GRUPO GENERALI n.º</b>
(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 <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	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 mensal 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 derrogados 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) (Sem utilização de Veículos 2/3 Rodas)	PRÉMIO TOTAL (1e 2) (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 derogados 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? \_\_\_\_\_

☐ Caça a animais ferozes

☐ Desportos de Inverno

☐ Boxe

☐ Karate e outras artes marciais

Prática como amador de:

☐ Para-quedismo

☐ Escafandrisimo

☐ 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 ☐

Cumprir 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, assinala 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.

## Agravamento do risco


## Declaração dos prémios de seguro

**Atenção**

Se tiver sido outra pessoa a responder e a preencher este formulário, não assine sem confirmar que todas as respostas dadas são exactas.

---

**Cláusulas Especiais Aplicáveis:** \_\_\_\_\_

<b>ACIDENTES PESSOAIS: Prémio Técnico</b>	Agravamentos:	Prémio Técnico Final	
Classe de risco   Prémio Comercial:		Prémio Total a Cobrar	

**Observações**

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

# Autorização de Débito Direto SEPA



## 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 - 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 - 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 - 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 - 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 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_  
Postal code City

País \_\_\_\_\_  
Country

\*Número de conta - IBAN \_\_\_\_\_  
Account number - IBAN

\*BIC SWIFT \_\_\_\_\_  
SWIFT BIC

## Identificação do segurador - Insurer identification

\*\*Nome do segurador **GENERALI - Companhia de seguros S.A.**  
Insurer name

\*\*Identificação do segurador **PT44100892**  
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** \*\*Cidade **Lisboa**  
Postal code City

\*\*País **PORTUGAL**  
Country

## Relativamente à apólice - About the insurance policy

Número da apólice \_\_\_\_\_  
Policy number

## Tipos de pagamento - Type of payments

\* Pagamento recorrente ☐ ou Pagamento pontual ☐  
Recurrent payment or 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)