



ACIDENTES DE TRABALHO

GENERALI

Proposta de Seguro Trabalhadores Conta de Outrem

<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:	Início do Seguro/ Alteração
Cobrador N.º	<input type="checkbox"/> 1 Ano e Seguintes	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Anual	Termo do Seguro
	<input type="checkbox"/> Temporário	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Semestral	Acerto de vencimento para
			<input type="checkbox"/> Trimestral	de cada ano
			<input type="checkbox"/> Mensal	
			<input type="checkbox"/> Único	

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	Código Postal
Localidade	Concelho
E-mail	Fax
Telefones: Casa	Local de Trabalho
Telemóvel	
Data Nascimento	Estado Civil
Profissão/Actividade	
C.A.E.	Identificação Fiscal/Cód. de Repartição
Nacionalidade	
Morada de Cobrança	
Localidade	Código Postal

Coberturas (Assinale com um x as modalidades pretendidas)			
<input type="checkbox"/> Legais (as exigíveis pela legislação de Acidentes de Trabalho, mas subordinadas às Condições Gerais da Apólice Uniforme)			
<input type="checkbox"/> Especiais: (somente quando exigíveis pelo CCT aplicável)			
Salário Integral ___% do Salário Líquido para:	<input type="checkbox"/> Incapacidade Temporária	<input type="checkbox"/> Incapacidade Permanente +Morte	<input type="checkbox"/> IT+IP+Morte
<input type="checkbox"/> CCTV - Ind. Metalúrgicas e Metalomecânica	Outras		

Exclusões das Coberturas Gerais da Apólice (Poderão ser derogados mediante a aceitação prévia da Generali e sujeito ao pagamento de sobreprémio)
<input type="checkbox"/> Os acidentes devidos a distúrbios laborais, tais como assaltos, greves e tumultos
<input type="checkbox"/> 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 dessa hostilidades.
<input type="checkbox"/> As despesas efectuadas em território estrangeiro, resultantes de acidentes aí ocorrido relativas a assistência médica, medicamentosa ou hospitalar e de transportes ou repatriamento.

Modalidades de seguro (Assinale com um x as modalidades pretendidas)
Prémio Fixo ¹ <input type="checkbox"/> Com Nomes <input type="checkbox"/> Sem Nomes ² <input type="checkbox"/> Prémio Variável ³ Previsão salarial anual _____, _____ €

Prémio Fixo ¹

Notas:

¹ Relativamente aos seguros na modalidade de Prémio Fixo, os salários seguros serão actualizados na data de entrada em vigor das novas remunerações mínimas mensais garantidas, até ao limite e nos termos consignados nas Condições Gerais.

² É interdita a subscrição de seguros sem nomes, excepto para empregadas domésticas a tempo parcial.

³ O Tomador de seguro declara que se obriga a enviar mensalmente as Folhas de Férias à Seguradora, nos 15 dias seguintes no fim do período a que respeitam. O não cumprimento implica o agravamento do prémio provisório em 30%, conforme previsto nas Condições Gerais da Apólice.

Declarações eventuais

Questionário
Natureza dos trabalhos a segurar com indicação da actividade predominante
Local ou locais de risco: Morada
Código Postal
Morada
Código Postal
Nº De trabalhadores ao serviço
O seguro proposto abrange a totalidade do pessoal ao serviço?
Sim
Não

Estão incluídos familiares, administradores ou gerentes? Sim ☐ Não ☐ Se sim, Identifique-os no quadro do pessoal a Prémio Fixo a segurar ou tratando-se de seguro a Prémio Variável, nas Folhas de Férias mensais.

Entre os trabalhaores a segurar há menores de 18 anos, praticantes, aprendizes, estagiários ou tirocinantes? Sim ☐ Não ☐

Se sim, indique os nomes, respectivos salários e idades, bem como os salários que lhes correspondem, segundo a equiparação legal e profissões que exercem, no quadro do pessoal a Prémio Fixo a segurar ou tratando-se de seguro a Prémio Variável, nas Folhas de Férias mensais.

Alguns dos trabalhadores utilizam veículos de 2/3 rodas ao serviço da empresa? Sim ☐ Não ☐ Se sim quantos? _____

Qual o meio de transporte predominantemente utilizado pelos empregados? _____

Trabalham aos sábados, domingos e feriados? Sim ☐ Não ☐ Trabalham fora do horário normal de trabalho? Sim ☐ Não ☐

O pessoal a segurar trabalha por turnos? Sim ☐ Não ☐ Se sim, em quantos turnos? _____

Entre os trabalhadores que pretende segurar existe algum com deficiência física ou mental? Sim ☐ Não ☐

Se sim, indique nas "Declarações Eventuais", os nomes e respectivos defeitos físicos ou susceptíveis de determinar acidentes, agravar as suas consequências ou demorar a cura das lesões.

A actividade a segurar também é exercida no estrangeiro? Sim ☐ Não ☐ Se sim, indique o n.º de trabalhadores _____

Países onde exerce a actividade _____ Efectua transportes internacionais? Sim ☐ Não ☐

São utilizadas matérias explosivas? Sim ☐ Não ☐ Se sim, quais? _____

São utilizadas máquinas e equipamentos de especial perigosidade Sim ☐ Não ☐ Têm protecção adequada Sim ☐ Não ☐

São cumpridas todas as disposições legais relativas ao trabalho de menores? Sim ☐ Não ☐

São cumpridas todas as normas e regulamentos de higiene e segurança em vigor para a sua actividade? Sim ☐ Não ☐

Dispõe de serviços de prevenção e segurança com responsável próprio a tempo inteiro? Sim ☐ Não ☐

Dispõe de meios de protecção individual e colectiva? Sim ☐ Não ☐

Se sim, são os mesmos postos à disposição e utilizados pelos trabalhadores? Sim ☐ Não ☐

Dispõe de organização e manutenção de registos clínicos de cada trabalhador? Sim ☐ Não ☐ Tem Posto Médico Sim ☐ Não ☐

Questionário Geral Obrigatório

O risco que pretende cobrir está ou esteve seguro, no seu todo ou em parte noutro Segurador? Sim ☐ Não ☐

Se sim, indique qual o Segurador? _____ N.º de Apólice ? _____ Taxa? _____

A apólice está anulada? Sim ☐ Não ☐ Se sim, qual o motivo? _____

Existem débitos por liquidar ao anterior Segurador? Sim ☐ Não ☐ Se sim, especifique _____

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: ☐

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

_____, _____ de _____ de 20____
Local e Data

Nome do Mediador _____ Assinatura do Mediador _____

Reservado aos Serviços da Seguradora

Aceite por:	Código do Empregado:	Rúbrica:	Data:
CAE	CEA	Remunerações Anuais	Taxa Técnica

Sobretaxas por derrogação de exclusões:

-
-

Outros agravamentos/ descontos

-
-

Taxa Técnica final

Observações

Relação do Pessoal a Prémio Fixo

Nome _____

Data Nascimento ____ . ____ . ____ B.I. _____ N° de Identif. Fiscal ____ . ____ . ____

Profissão _____ Data de Admissão ____ . ____ . ____ Nacionalidade _____

É praticante, Aprendiz, Estagiário? Sim ☐ Não ☐ Outra situação? Sim ☐ Não ☐ Salário de Equiparação _____

Retribuição

Diária ou mensal	D M	Pessoal a tempo parcial		Alimentação e/ou Alojamento Mensal	Subsídio de Férias	Subsídio de Natal	Outras Remunerações	Total retribuição
		Salário hora	Por semana N° horas/ N° dias					

Nome _____

Data Nascimento ____ . ____ . ____ B.I. _____ N° de Identif. Fiscal ____ . ____ . ____

Profissão _____ Data de Admissão ____ . ____ . ____ Nacionalidade _____

É praticante, Aprendiz, Estagiário? Sim ☐ Não ☐ Outra situação? Sim ☐ Não ☐ Salário de Equiparação _____

Retribuição

Diária ou mensal	D M	Pessoal a tempo parcial		Alimentação e/ou Alojamento Mensal	Subsídio de Férias	Subsídio de Natal	Outras Remunerações	Total retribuição
		Salário hora	Por semana N° horas/ N° dias					

Nome _____

Data Nascimento ____ . ____ . ____ B.I. _____ N° de Identif. Fiscal ____ . ____ . ____

Profissão _____ Data de Admissão ____ . ____ . ____ Nacionalidade _____

É praticante, Aprendiz, Estagiário? Sim ☐ Não ☐ Outra situação? Sim ☐ Não ☐ Salário de Equiparação _____

Retribuição

Diária ou mensal	D M	Pessoal a tempo parcial		Alimentação e/ou Alojamento Mensal	Subsídio de Férias	Subsídio de Natal	Outras Remunerações	Total retribuição
		Salário hora	Por semana N° horas/ N° dias					

Nome _____

Data Nascimento ____ . ____ . ____ B.I. _____ N° de Identif. Fiscal ____ . ____ . ____

Profissão _____ Data de Admissão ____ . ____ . ____ Nacionalidade _____

É praticante, Aprendiz, Estagiário? Sim ☐ Não ☐ Outra situação? Sim ☐ Não ☐ Salário de Equiparação _____

Retribuição

Diária ou mensal	D M	Pessoal a tempo parcial		Alimentação e/ou Alojamento Mensal	Subsídio de Férias	Subsídio de Natal	Outras Remunerações	Total retribuição
		Salário hora	Por semana N° horas/ N° dias					

Nome _____

Data Nascimento ____ . ____ . ____ B.I. _____ N° de Identif. Fiscal ____ . ____ . ____

Profissão _____ Data de Admissão ____ . ____ . ____ Nacionalidade _____

É praticante, Aprendiz, Estagiário? Sim ☐ Não ☐ Outra situação? Sim ☐ Não ☐ Salário de Equiparação _____

Retribuição

Diária ou mensal	D M	Pessoal a tempo parcial		Alimentação e/ou Alojamento Mensal	Subsídio de Férias	Subsídio de Natal	Outras Remunerações	Total retribuição
		Salário hora	Por semana N° horas/ N° dias					

Nota: Para efeitos de indemnização, salvo indicação em contrário, os valores indicados para alimentação e/ou alojamento, são considerados em relação a 11 meses.

Entende-se por retribuição tudo o que a Lei considere como seu elemento integrante e todas as prestações que revistam carácter de regularidade

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)