



ACIDENTES PESSOAIS

GENERALI

Proposta de Seguro de Acidentes Pessoais Hospitalização

<input type="checkbox"/> Novo	<input type="checkbox"/> Alteração à Apólice	Doc. n.º <input type="text"/>	Apólice n.º <input type="text"/>
Mediador N.º <input type="text"/>	Duração do Contrato: <input type="checkbox"/> 1 Ano e Seguintes	Domiciliação Bancária <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (pagamento anual)	Forma de Pagamento: <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Mensal
Cobrador N.º <input type="text"/>			Início do Seguro/ Alteração _____._____._____

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 <input type="text"/>
Nome <input type="text"/>	
Morada <input type="text"/>	Código Postal <input type="text"/>
Localidade <input type="text"/>	E-mail <input type="text"/>
Telefones: Casa <input type="text"/>	Local de Trabalho <input type="text"/>
Data Nascimento <input type="text"/>	N.I. Civil <input type="text"/>
Nacionalidade <input type="text"/>	N.I. Fiscal <input type="text"/>
Morada de Cobrança <input type="text"/>	
Localidade <input type="text"/>	Código Postal <input type="text"/>

Segurado/Pessoa Segura (Preencher para cada pessoa diferente do Tomador do Seguro)	
Nome <input type="text"/>	
Morada <input type="text"/>	Código Postal <input type="text"/>
Localidade <input type="text"/>	E-mail <input type="text"/>
Telefones: Casa <input type="text"/>	Local de Trabalho <input type="text"/>
Data Nascimento <input type="text"/>	N.I. Civil: <input type="text"/>
Nacionalidade <input type="text"/>	N.I. Fiscal <input type="text"/>

Coberturas (assinale com x)

CAPITAIS POR GARANTIA / PLANO	<input type="checkbox"/> CLASSIC	<input type="checkbox"/> SMART	<input type="checkbox"/> DELUXE	<input type="checkbox"/> PREMIUM	<input type="checkbox"/> LUXURY
HOSPITALIZAÇÃO (por dia)	55€	80€	105€	130€	155€
CONVALESCENÇA (por dia)	27,50€	40€	52,50€	65€	77,50€
CUIDADOS INTENSIVOS (pagamento único)	500€	750€	1.000€	1.250€	1.500€
FRATURAS MENORES (pagamento único)	52€	76€	102€	126€	152€
FRATURAS MAIORES (pagamento único)	125€	188€	250€	313€	375€
MORTE (pagamento único)	10.500€	15.500€	20.000€	25.000€	30.000€

Pretende incluir a Cobertura Complementar de Invalidez? Sim ☐ Não ☐

I.T.P. (OPCIONAL) (pagamento único)	50.000€
-------------------------------------	---------

Beneficiários 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.

Questionário (preenchimento obrigatório)

Sofre ou já sofreu de enfermidades susceptíveis de determinar acidentes, agravar as suas consequências ou demorar a cura das lesões?

☐

Sim

☐

Não

Tem alguma incapacidade permanente?

☐

Sim

☐

Não

Qual o coeficiente de invalidez? _____

Onde Trabalha? Escritório, estabelecimento, armazém, oficina, fábrica ou no exterior? _____

Declarações eventuais

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/Prémio? _____

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

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

Propuseram-lhe um aumento de prémios ou condições especiais? Sim ☐ Não ☐

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.

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: ☐

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.

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.

Declaro, também, que autorizo que as Condições Gerais e Especiais que regulam este contrato de futuro me sejam entregues através do sítio de Internet indicado nas Condições Particulares.

Declaração de pluralidade de seguros

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.

O Tomador _____,

com morada em _____,

NIF. _____ declara ter entregue nos Serviços da Seguradora ou ao Mediador de Seguros (exceto se

Mediador de Seguros Ligado) o montante de _____ €, através de transferência bancária ☐

ou cheque ☐ , para pagamento do 1º recibo e Custo da Apólice (5,38€) referente ao seu Plano do seguro Generali Acidentes

Pessoais Hospitalização ☐ **CLASSIC** ☐ **SMART** ☐ **DELUXE** ☐ **PREMIUM** ☐ **LUXURY**

Data e local _____ Assinatura do Tomador _____

O Mediador Generali nº _____ É Mediador de Seguros Ligado? Sim ☐ Não ☐

Assinatura do Mediador _____

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

Local e Data , de de 20

Assinatura do Subscritor / Pessoa Segura 1

Local e Data , de de 20

Nome do Mediador Assinatura do Mediador

Reservado aos Serviços do Segurador

Prémio Final: Comercial Total

Aceite por:	Código do Empregado:	Rúbrica:	Data:
Aprovado por:	Código do responsável:	Rúbrica:	Data:

Reservado aos Serviços Técnicos do Segurador

Observações

Aprovado por: N.º Funcionário Assinatura Data . .

Autorização de Débito Direto SEPA GENERALI



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 Date
Location

*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)