



## Proposta de Seguro PROTOCOLO DECO

Fraccionamento Regular:		Mediador N.º	Início do Seguro	Duração do contrato
<input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> Semestral			
<input type="checkbox"/> PRÉMIO REGULAR	<input type="checkbox"/> Trimestral			
<input type="checkbox"/> PRÉMIO ÚNICO	<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 \_\_\_\_\_

País de Nascimento \_\_\_\_\_ Cidade de Nascimento \_\_\_\_\_

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

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

NIF/NIPC \_\_\_\_\_ N.I. Civil \_\_\_\_\_ CAE \_\_\_\_\_

1. Morada ou, se for Pessoa Colectiva, Sede Social e 2. Cliente pessoa singular: Caso tenha um endereço fiscal diferente da morada, especifique, indicando o País; Cliente pessoa colectiva: 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 \_\_\_\_\_ Ramo de atividade \_\_\_\_\_ Entidade Patronal \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

País de Nascimento \_\_\_\_\_ Cidade de Nascimento \_\_\_\_\_

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

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

N.I. Fiscal \_\_\_\_\_ N.I. Civil \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_

Telefone \_\_\_\_\_ Telemóvel \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Profissão \_\_\_\_\_ Ramo de atividade \_\_\_\_\_ Entidade Patronal \_\_\_\_\_

É pessoa politicamente exposta?\* ☐ Sim ☐ Não

1. Considera-se residente em Portugal a Pessoa Singular que tenha permanecido em território português por mais de 183 dias, seguidos ou interpolados, em qualquer período de 12 meses com início ou fim no ano em causa ou, tendo permanecido por menos tempo, disponha em Portugal de habitação em condições que façam supor intenção atual de a manter e ocupar como residência habitual.



## 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.<sup>1</sup> 2. Caso seja residente em mais de um país, especifique.

1. \_\_\_\_\_ 1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

NIF/NIPC \_\_\_\_\_ N.I. Civil \_\_\_\_\_ CAE \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_

Profissão \_\_\_\_\_ Ramo de atividade \_\_\_\_\_ Entidade Patronal \_\_\_\_\_

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.<sup>1</sup> 2. Caso seja residente em mais de um país, especifique.

1. \_\_\_\_\_ 1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

NIF/NIPC \_\_\_\_\_ N.I. Civil \_\_\_\_\_ CAE \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_

Profissão \_\_\_\_\_ Ramo de atividade \_\_\_\_\_ Entidade Patronal \_\_\_\_\_

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.<sup>1</sup> 2. Caso seja residente em mais de um país, especifique.

1. \_\_\_\_\_ 1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

NIF/NIPC \_\_\_\_\_ N.I. Civil \_\_\_\_\_ CAE \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_

Profissão \_\_\_\_\_ Ramo de atividade \_\_\_\_\_ Entidade Patronal \_\_\_\_\_

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.<sup>1</sup> 2. Caso seja residente em mais de um país, especifique.

1. \_\_\_\_\_ 1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

NIF/NIPC \_\_\_\_\_ N.I. Civil \_\_\_\_\_ CAE \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_

Profissão \_\_\_\_\_ Ramo de atividade \_\_\_\_\_ Entidade Patronal \_\_\_\_\_

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%)

Confirmo 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..    Sim, autorizo: ☐    Não, não autorizo: ☐

\_\_\_\_\_  
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 do Tomador de Seguro para cumprimento do F.A.T.C.A. e da C.R.S., conforme ao disposto no Decreto-Lei nº 64/2016 de 11 de Outubro.

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
- A3)** Declaro sob minha plena responsabilidade que possuo residência(s) fiscal(is) ESTRANGEIRA(S), diferente(s) dos E.U.A.
- ☐ Sim    ☐ Não
- A4)** Se respondeu SIM à pergunta A3), indique o respectivo número de identificação fiscal e o País correspondente:

País	N.º de identificação fiscal

B) Para a Pessoa Coletiva - F.A.T.C.A.

- 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

**C) Para a Pessoa Coletiva - C.R.S.**

**C1)** Declaro sob minha plena responsabilidade que a Pessoa Coletiva possui residência(s) fiscal(is) ESTRANGEIRA(S), diferente(s) dos E.U.A.

☐ Sim ☐ Não

**C2)** Se respondeu SIM à pergunta C.1. indique o respectivo número de identificação fiscal e o País correspondente:

País	N.º de identificação fiscal

**C3)** Se respondeu NÃO à pergunta C.1. , especifique se a Pessoa Coletiva tem um ou mais acionistas/associados/sócios que possuam residência(s) fiscal(is) ESTRANGEIRA(S) diferente(s) dos E.U.A., com a detenção de uma participação de 25% ou mais na Pessoa Coletiva.

☐ 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, para cada jurisdição da qual é considerado residente fiscal. (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 esta venha requerer caso sejam detectados indícios ou informações relacionadas, directa ou indirectamente, com os Estados Unidos da América ou com outra jurisdição estrangeira, 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 nº 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 Decreto-Lei 64/2016 de 11 de Outubro, é necessária informação expressa caso a conta corrente seja domiciliada nos Estados Unidos da América ou noutra jurisdição estrangeira.

O referido Decreto-Lei 64/2016 veio estabelecer o regime de acesso e troca automática de informações financeiras no domínio da fiscalidade, implementando mecanismos de cooperação internacional e de combate à evasão fiscal, e estabelecendo a obrigatoriedade de cumprir com normas de comunicação e diligência devida em relação a contratos de seguro monetizáveis ou contratos de renda, de que sejam tomadores de seguro, ou beneficiários, pessoas residentes nos EUA (conforme Acordo Intergovernamental assinado entre os Governos de Portugal e dos Estados Unidos da América de acordo com o F.A.T.C.A.), residentes em outros Estados-Membros da UE, ou em outras jurisdições estrangeiras fora da União Europeia (aderentes à C.R.S.). Este Diploma Legal impõe às Companhias de Seguros do Ramo Vida a obrigação de reportar à Autoridade Tributária e Aduaneira informação fiscal sobre contribuintes norte-americanos e de outras jurisdições estrangeiras. Por sua vez a Autoridade Tributária e Aduaneira portuguesa trocará essa informação fiscal com a Autoridade Fiscal estrangeira relevante.

**Informações sujeitas a obrigação de comunicação:** Em cumprimento das disposições do constantes do Decreto-Lei 64/2016 de 11 de Outubro, estão sujeitos a reporte, nomeadamente, os seguintes dados:

- Nome, morada, número de identificação fiscal norte-americano; Estado(s)-Membro(s) de residência, ou jurisdição(ões) de residência, NIF(s); no caso de pessoa singular, também o local e a data de nascimento;
- O número da apólice;
- O nome e número identificador da Generali Vida;
- 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 dos EUA**

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 Decreto-Lei 64/2016 acima referido, 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 Regime de acesso e troca automática de informações financeiras no domínio da fiscalidade 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 e de outras jurisdições estrangeiras. 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 ou a outra jurisdição estrangeira, nomeadamente alterações de cidadania, de residência, ou de outras circunstâncias, que determinem a aquisição da qualidade de contribuinte fiscal norte-americano ou contribuinte fiscal de outra jurisdição estrangeira, 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) ou de outra(s) jurisdição(ões) estrangeira(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 referido Regime de acesso e troca automática de informações financeiras no domínio da fiscalidade. 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 ou contribuinte fiscal de outra(s) jurisdição(ões) estrangeira(s); (iii) no que respeita à cláusula sobre dados pessoais, não dar o seu consentimento ao reporte das informações e documentos à Autoridade Tributária e Aduaneira portuguesa.

**Declaração de Protecção de dados pessoais:**

As informações aqui solicitadas são necessárias para determinar a sua qualidade de contribuinte fiscal dos E.U.A. ou de outra(s) jurisdição(ões) estrangeira(s). Estas informações destinam-se à Generali Vida, a fim de cumprir com as obrigações que decorrem do regime de acesso e troca automática de informações financeiras no domínio da fiscalidade, estabelecido pelo Decreto-Lei 64/2016 de 11 de Outubro, podendo esta ser obrigada a divulgar as referidas informações à Autoridade Tributária e Aduaneira.

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

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

Signature (os seus direitos, referentes à autorização acima referida, são explicados em declaração que pode obter no seu banco)

Generali Vida - Companhia de Seguros S.A.

Sede: Rua Duque de Palmela, n.º 11 | 1269 - 270 Lisboa

Tel. 213 112 800 | Fax. 213 563 067 | Email: generali@generali.pt | www.generali.pt

Companhia de Seguros fundada em Lisboa em 1990 | Capital Social Euros 9.000.000,00

N.I. Fiscal: 502 403 209 | Matriculada na Conservatória do Reg. Comercial de Lisboa