+HOTEL
GENERALI

Proposta de Seguro

Mediador N.º

Cobrador N.º

Duração do Contrato:
- 1 Ano e Seguintes
- Temporário

Domiciliação Bancária
- Sim
- Não

Forma de Pagamento:
- Anual
- Semestral
- Trimestral
- Único

Proposta n.º

Apólice n.º

Início do Seguro

Termo do Seguro

PROPOSTA DE SEGURO NOVO PROPOSTA DE ALTERAÇÃO À APÓLICE

Tomador do Seguro Cliente do GRUPO GENERALI n.º

Nome

Morada País

Código Postal E-mail Fax

Telefones: Casa Local de Trabalho Telemóvel

Data Nascimento Estado Civil

Nacionalidade Profissão/Actividade N.I. Fiscal

Morada de Cobrança

Localidade Código Postal

Qualidade em que se segura Proprietário

Segurado (Se diferente do Tomador)

Nome

Morada País

Código Postal E-mail

Telefones: Casa Local de Trabalho Fax

Data Nascimento Estado Civil Profissão/Actividade

Nacionalidade N.I. Fiscal

Objeto do Seguro / Local de Risco

Tipo de estabelecimento hoteleiro e categoria Código Estatístico

Local Código Postal

Freguesia Concelho Distrito

Confrontações: Norte Nascente

Sul Poente

Questionário Geral Obrigatório

Está ou esteve já o presente risco seguro noutra seguradora? Sim Não Se sim, Indique qual?

N.º da Apólice Débitos por liquidar? Sim Não

Os bens seguros sofreram anteriormente algum sinistro? Sim Não Se sim, especificar:

De que tipo? Qual o montante dos prejuízos? €

Está ou esteve pendente algum processo judicial que ao assunto se refira?

Caracterização do Risco

Início da Atividade Faturação Anual €

CONSTRUÇÃO	Politerano ou Madeira	Alvenaria/Telha ou Bloco Betão	Betão Armado	Metálica
Estrutura edifício (vigamento)				
Paredes Exteriores				
Separação entre Pisos				
Estrutura do Telhado (vigamento)				
Mais de 50% da Cobertura				

Data de construção do Edifício:

Estado de conservação:
- Excelente
- Bom
- Mau

A percentagem de materiais de construção combustíveis é superior a 25% do Total? Sim Não

Área coberta N.º pisos acima do solo N.º de caves N.º de quartos N.º de elevadores

Mod. IM23/01 (01/2015)

Contiguidade Perigosa

Existem riscos contíguos agravantes ☐ Sim ☐ Não Específicar: _____

_____

_____

Está situado próximo de um curso de água? ☐ Sim ☐ Não A que distância? _____

Armazenamento de Gases

O armazenamento de gases respeita as normas em vigor? ☐ Sim ☐ Não Em caso negativo, especificar:

	Capacidades	Existências
Em garrafas	_____	_____
Em tanques / Depósitos	_____	_____

Instalação Elétrica

A instalação elétrica está de conformidade com as disposições legais aplicáveis em vigor? ☐ Sim ☐ Não

Existe iluminação de segurança? ☐ Sim ☐ Não

Aquecimento

Existem aparelhos de aquecimento móveis? ☐ Sim ☐ Não

Caldeiras: N.º _____ Potência _____ Pressão de Trabalho _____

Atividades Complementares

O estabelecimento hoteleiro tem salas de festas, espectáculos ou discotecas cuja área de ocupação exceda 5% da área total do edifício?

☐ Sim ☐ Não Se for superior a 5% indicar a área

- ☐ Campo de Golfe
- ☐ Clube de equitação
- ☐ Piscinas
- ☐ Instalações / atividades de desportos de inverno
- ☐ Sauna
- ☐ Ginásio
- ☐ Sala de Conferência
- ☐ Atividades desportivas de praia e aquáticas, barcos a motor e veleiros, pranchas de surf, equipamento de mergulho

O estabelecimento encerra por período superior a 3 meses? ☐ Sim ☐ Não

Lojas; “stands” ☐ Sim ☐ Não

Casinos ☐ Sim ☐ Não

Clubes noturnos ☐ Sim ☐ Não

Teatros ☐ Sim ☐ Não

Segurança Contra Incêndio

O local dispõe de medidas de segurança contra Incêndio? ☐ Sim ☐ Não

☐ Extintores ☐ Rede Incêndio ☐ Dispositivos de alarme ☐ Sprinklers com 1 fonte abastecedora de água ☐ Com 2 fontes

☐ Abrange no mínimo as áreas de garagem do Hotel ☐ Deteção automática de incêndios ☐ Com ligação ao exterior

☐ Abrange todas as áreas de risco de incêncio ☐ Serviço de vigilância ☐ Instruções de segurança

☐ Contrato de manutenção para meios de deteção e extinção

Distância aos bombeiros mais próximos _____ Outros meios _____

Furto ou Roubo

O local dispõe de medidas de protecção contra Furto/Roubo? ☐ Sim ☐ Não

O estabelecimento encerra por período superior a 3 meses? ☐ Sim ☐ Não

O estabelecimento tem cofres de aluguer nos quartos? ☐ Sim ☐ Não

Tem cofre forte? ☐ Sim ☐ Não

Caso se trate de estabelecimento de temporada, são colocadas protecções metálicas nas aberturas? ☐ Sim ☐ Não

O risco está situado em despovoado? ☐ Sim ☐ Não

Existe sistema de detecção volumétrico e/ou perimétrico com contrato de assistência? ☐ Sim ☐ Não

O sistema de alarme está ligado à recepção ou autoridade policial? ☐ Sim ☐ Não Se Sim, especificar: _____

Atualização Automática

Atualização convencionada? ☐ Sim ☐ Não Em caso afirmativo: ☐ 5% ☐ 10% ☐ 15% ☐ _____ %

Valor de Substituição

Pretende contratar esta cláusula especial? ☐ Sim ☐ Não (Esta Cláusula Especial só pode ser subscrita conjuntamente com a actualização automática de capital)

Credor Hipotecário

☐ Sim ☐ Não Nome _____

Morada _____

Garantias

Coberturas Base

1. Incêndio, raio e explosão	*	17. Derra acidental de água dos S. P. contra incêndio
2. Tempestades	*	18. Quebra acidental de vidros, mármores e objetos de vidro
3. Inundações	*	19. Reconstituição de documentos
4. Aluimentos de terras	*	20. Estadia temporária conteúdos
5. Danos por água	*	21. Despesas guarda e vigilância
6. Furto ou roubo		22. Choque ou impacto de objetos sólidos
7. Greves, tumultos, alteração da ordem pública		23. Mercadorias em Trânsito
8. Actos de Vandalismo, Maliciosos ou de Sabotagem		24. Riscos eléctricos
9. Queda de aeronaves		25. Gastos Adicionais
10. Choque ou impacto de veículos e animais		26. Gastos Reconstrução de jardins
11. Quebra/queda de antenas ou mastros		27. Gastos com licenças para reconstrução
12. Derrame de combustível de instalações fixas de aquecimento		28. Deterioração de Bens Refrigerados
13. Demolição e remoção de escombros		29. Avaria de Máquinas
14. Queda/quebra de painéis de captação de energia solar/eólica		30. Equipamento electrónico
15. Honorários de peritos		31. Infidelidade de empregados
16. Ondas sónicas		

*** FRANQUIA NA COBERTURA BASE (10% p/ sinistro Mínimo 150,00 € Máximo 1.500,00 €)**

Franquias Opcionais a aplicar na Cobertura Base

10% p/ sinistro Min. 150,00 $, Max. 1.500,00€	BASE	
10% p/ sinistro Min. 300,00 $, Max. 2.000,00€	OPÇÃO A	
10% p/ sinistro Min. 500,00 $, Max. 2.500,00€	OPÇÃO B	

Capital a Segurar

	Capitais
EDIFÍCIO	€
Garantia complementar:	
Ampliação da cobertura de Riscos Eléctricos	€
Ampliação da cobertura de Avaria de Máquinas	€
SUBTOTAL 1 (1)	€
CONTEÚDO	€
Recheio próprio da actividade hoteleira	€
Benfeitorias dentro do edifício	€
Outros Bens	€
Garantia complementar:	
Ampliação da cobertura de Riscos Eléctricos	€
Ampliação da cobertura de Equipamento Electrónico	€
Ampliação da cobertura de Avaria de Máquinas	€
SUBTOTAL 2 (2)	€
TOTAL (1) + (2)	€

Coberturas Complementares

1) Acidentes Pessoais Clientes

Capitais por M.I.P. Despesas tratamento	5.000,00€ 250,00€	7.500,00€ 375,00€	10.000,00€ 500,00€
Tipo de estabelecimento: Até 40 quartos De 41 a 100 quartos De 101 a 200 quartos + 200 quartos			

Beneficiários da Pessoa Segura em caso de Morte: Os Herdeiros legais em partes iguais.

2) Fenómenos Sísmicos

Capital = Cobertura Base

3) Perdas de Exploração

Período de Indemnização								Capitais
12 Meses		9 Meses		6 Meses		3 Meses		€
Franquia 3 dias		Franquia 3 dias		Franquia 3 dias		Franquia 3 dias		

4) Perdas Exploração por Av. de Máquinas

Período de Indemnização								Capitais
12 Meses		9 Meses		6 Meses		3 Meses		€
Franquia 3 dias		Franquia 3 dias		Franquia 3 dias		Franquia 3 dias		

5) Atos de Terrorismo

	Capital
	€

6) Responsabilidade Civil

Capital							
OPÇÃO I		OPÇÃO II		OPÇÃO III		OPÇÃO IV	
500.000,00€ por sinistro e anuidade		1.500.000,00€ por sinistro e anuidade		3.000.000,00€ por sinistro e anuidade		5.000.000,00€ por sinistro e anuidade	

7) Assistência ao Hóspede

OPÇÃO A	OPÇÃO B

Observações

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 completamentares 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.
O proponente declara ter respondido a todos os quesitos duma forma exacta, precisa e completa, nada tendo ocultado que possa induzir em erro a Companhia na apreciação do risco cujo seguro propõe.

Em cumprimento com as normas internacionais e nacionais, bem como com as boas práticas do negócio, a Companhia de Seguros reserva-se o direito de recusar a proposta de seguro ou de anular, unilateralmente, a apólice e/ou congelar os fundos/ativos, se o tomador de seguro/segurado, ou quaisquer pessoas a estes associadas, constarem da lista internacional destinada à prevenção dos fenómenos de terrorismo.

O Proponente/Tomador de Seguro

_____ _____, _____ de _____ de 20 _____
Local e Data

Reservado aos Serviços Técnicos da Companhia

Observações

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

Autorização de Débito Direto SEPA GENERALI

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 -
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 - 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 1269 - 270
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 [X] 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)

Generali - Companhia de Seguros, S.A. I Capital Social Euros: 41.000.000,00 I Contribuinte N.º 513 300 260 I Matriculada Cons. Reg. Com. de Lisboa
Rua Duque de Palmela, 11 - 1269-270 LISBOA I Telef.: 21 311 28 00 I Fax: 21 355 63 63 I Email: generali@generali.pt I www.generali.pt

Linha de Apoio ao Cliente: 21 350 43 00 I disponível de 2ª a 6ª das 9h00 às 18h00 I Entre as 18h00 e as 9h00 estão activos serviços de Assistência em Viagem e Assistência ao Lar I Todas as opções do Menu contemplam um atendimento personalizado.

GENERALI