



Proposta de Seguro

Fracionamento Prémio:

☐ Anual ☐ Trimestral
☐ Semestral ☐ Mensal

Mediador N.º

Início do Seguro

• •

Duração do contrato

☐ 5 anos
☐ 10 anos

Parte I / II

Candidato a Tomador de Seguro

Nome/Denominação Social _____ Código _____
Morada _____ País _____
Localidade _____ Código Postal _____
Telefones: Casa _____ Local de Trabalho _____ Telemóvel _____
Sexo ☐ M ☐ F Data Nascimento _____ Estado Civil _____
Nacionalidade _____ Profissão/Atividade _____
N.I. Fiscal _____ N.I. Civil _____ Email _____

Como Tomador do Seguro, desempenha algum cargo público? Sim ☐ Não ☐ Especifique o cargo de que é titular (são considerados titulares de cargos públicos, designadamente, os membros dos órgãos de soberania, os membros dos órgãos de natureza executiva da administração central, regional e local e os membros dos órgãos de gestão de entidades integradas na administração indireta do Estado): _____

Pessoa a Segurar (Se diferente do Candidato a Tomador)

Idade Técnica

Nome _____ Código _____
Morada _____ País _____
Localidade _____ Código Postal _____
Telefones: Casa _____ Local de Trabalho _____ Telemóvel _____
Sexo ☐ M ☐ F Data Nascimento _____ Estado Civil _____
Nacionalidade _____ Profissão/Atividade _____
N.I. Fiscal _____ N.I. Civil _____

BENEFICIÁRIOS

Chamamos a atenção de V. Exas. que, ao abrigo do D.L. 384/2007 de 19 de Novembro, os Beneficiários dos seguros Vida deverão ser identificados com todas as informações que constam do presente formulário sob pena de as importâncias devidas por qualquer ocorrência não poderem ser reclamadas pelos beneficiários em virtude do seu desconhecimento.

Beneficiários da Pessoa a Segurar

EM CASO DE MORTE:

☐ Os Herdeiros legais em partes iguais ou ☐ Os designados a seguir:

Nome/ Designação completa: _____
Domicílio/ Sede: _____
N.I.Fiscal: _____ N.I. Civil: _____ % _____

☐ Assinale caso deseje assegurar a confidencialidade do Beneficiário

Nome/ Designação completa: _____
Domicílio/ Sede: _____
N.I.Fiscal: _____ N.I. Civil: _____ % _____

☐ Assinale caso deseje assegurar a confidencialidade do Beneficiário

Nome/ Designação completa: _____
Domicílio/ Sede: _____
N.I.Fiscal: _____ N.I. Civil: _____ % _____

☐ Assinale caso deseje assegurar a confidencialidade do Beneficiário

EM CASO DE INVALIDEZ (Se diferente da Pessoa a Segurar):

Beneficiário(s) _____ % _____
Beneficiário(s) _____ % _____

Escolha um dos seguintes planos

Plano Base	Coberturas	Capital	Coberturas	Capital
	Morte	25.000€	Morte	50.000€
	Pós-Vida	3.500€	Pós-Vida	3.500€
	Invalidez Absoluta Definitiva	25.000€	Invalidez Absoluta Definitiva	50.000€
	Doença Terminal ⁽¹⁾	12.500€	Doença Terminal ⁽¹⁾	25.000€
	Internamento Hospitalar ⁽²⁾	50.000€	Internamento Hospitalar ⁽²⁾	100.000€
	Prémio total anual		Prémio total anual	
Plano Acidental	Coberturas	Capital	Coberturas	Capital
	Morte	25.000€	Morte	50.000€
	Pós-Vida	3.500€	Pós-Vida	3.500€
	Invalidez Absoluta Definitiva	25.000€	Invalidez Absoluta Definitiva	50.000€
	Doença Terminal ⁽¹⁾	12.500€	Doença Terminal ⁽¹⁾	25.000€
	Internamento Hospitalar ⁽²⁾	50.000€	Internamento Hospitalar ⁽²⁾	100.000€
	Morte por Acidente	25.000€	Morte por Acidente	50.000€
	Morte por Acidente de circulação	25.000€	Morte por Acidente de circulação	50.000€
	Prémio total anual		Prémio total anual	

As coberturas acima indicadas estão sujeitas às seguintes regras

- 1) Com o pagamento do capital previsto pela cobertura de Doença Terminal é garantida a continuação do contrato, limitadamente à cobertura de Morte, pela diferença entre o valor desta e o valor da cobertura de Doença Terminal, cessando todas as restantes coberturas e o pagamento de qualquer prémio.
- 2) O seguro de Internamento Hospitalar é garantido pela apólice 9020/10050285 da Generali - Companhia de Seguros S.A. e prevê a comparticipação do reembolso de despesas médicas realizadas, de 80%, considerando uma franquia de 5.000,00€ por sinistro, exceto se tiverem sido aplicadas prioritariamente as condições de uma apólice Generali + Saúde Familiar. O seguro de Internamento Hospitalar é aplicável aos descendentes (com idade inferior a 25 anos) dos cônjuges que tenham efetuado a contratação simultânea das respetivas apólices Generali + Vida Ágil, desde que todos sejam Pessoas Seguras através de uma apólice Generali + Saúde Familiar (cônjuges e descendentes), não se aplicando a condição de franquia de 5.000,00€ por sinistro. O eventual acionamento do seguro de Internamento Hospitalar não influi na vigência das coberturas da apólice de vida. A eventual anulação da apólice pelas razões mencionadas nas respetivas Condições Gerais ou o acionamento das suas coberturas, exceto a de Doença Terminal, implica a anulação do seguro de Internamento Hospitalar. Para consultar em detalhe as condições contratuais desta oferta, aceda à página do produto em www.general.pt.

Não se considera coberto o risco quando no exercício de atividade profissional relacionada com os seguintes ramos de atividades:

- Processos de extração de minérios do subsolo em contacto com explosivos;
- Produção e refino de gás e petróleo;
- Construção civil em estradas e autoestradas;
- Construção em plataformas e estaleiros acima ou abaixo da superfície do mar;
- Atividades em contacto com munições, explosivos ou dispositivos explosivos;
- Atividade relacionada com tratamento e exposição ao amianto;
- Atividade relacionada com energia nuclear;
- Atividades de perfuração do solo, com ou sem explosivos;
- Atividades em andaimes com altura superior a 15 metros, incluindo instaladores de antenas, manutenção e similares;
- Mergulho comercial e profissional;
- Pilotagem e tripulação de aeronaves;
- Tripulação marítima quando em curso de navegação;
- Membros das forças armadas, bombeiros e policiais exceto os com cargos ou funções administrativas;
- Qualquer atividade desportiva com carácter profissional.

Não se considera coberto o risco resultante de doença ou lesão provocada pela prática, de forma amadora, de outros desportos que não os mencionados na seguinte lista: *Trekking*/caminhadas em montanhas, exceto montanhismo, esgrima, atletismo, ginástica artística, *jogging*, natação, *snorkeling* ou mergulho até 5m profundidade sem garrafa, *surf*, *windsurf*, canoagem e caiaque excluindo em águas turbulentas ou em áreas remotas, esqui aquático, *jet ski* sem competições, *bowling*, pesca, ciclismo e *mountain bike*, bilhar, ténis, ténis de mesa, *badmington*, *squash*, *beisebol*, futebol, críquete, golfe, basquetebol, voleibol, voleibol de praia, *rugby*, *dressage*, equitação, hóquei, hóquei no gelo, patinagem, patinagem no gelo, esqui recreativo excluindo fora da pista, tiro ao alvo, tiro com arco, vela para fins recreativos e não transoceânicos.

AS SEGUINTE DECLARAÇÕES CONSTITUEM A BASE PARA A EMISSÃO DA APÓLICE DE SEGURO SENDO NECESSÁRIO RESPONDER DE FORMA FIDEDIGNA E EM PERFEITA BOA FÉ:

O Proponente declara que:

1. Não sofre e/ou não sofreu de qualquer doença, lesão e/ou outra ocorrência na sua saúde física e/ou neuro-psíquica de que não esteja completamente recuperado; E/OU;
2. Nunca foi internado em asilos, sanatórios, hospitais ou similares, nem mesmo em regime ambulatorio, por doenças e/ou cirurgias com exceção de apendicectomia, amigdalectomia, adenoidectomia, herniorrafia, hemorroidectomia, correção do septo nasal, parto, retirada de quistos dermatológicos e/ou e sinais benignos, fraturas ósseas simples, artroscopias, cataratas e extrações dentárias; E/OU;
3. Não sofre e não sofreu de quisto, que não os acima mencionados, e/ou tumores benignos e/ou malignos, angina do peito, acidente isquémico transitório, acidente vascular cerebral, enfarte agudo do miocárdio, hepatite, cirrose hepática, tromboflebite, diabetes, obesidade, hipercolesterolémia/dislipidemia, hipertensão arterial não controlada por medicação, insuficiência renal, insuficiência respiratória, infeção por HIV, estados depressivos que implicam ou implicaram tratamento médico ou psicológico; E/OU;
4. Não sofre e não sofreu de qualquer outra doença e/ou lesão e/ou outra ocorrência na sua saúde de que tivesse ou devesse ter conhecimento, por apresentar sintomas evidentes e/ou pela qual recebeu aviso médico e/ou tratamento antes da celebração do presente contrato de seguro e que, pelas suas características, limite ou possa vir a limitar a sua vida.

Por favor, confirme se as declarações do ponto 1 a 4 correspondem à sua situação real: ☐ sim ☐ não

Se a sua resposta for NÃO, esclareça: _____

Declarações e autorizações:

O tomador de seguro e a(s) pessoa(s) segura(s) declara(m) que foram:

1) 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 que possam ser aplicados no contrato e respetivo 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 respetivo regime de renovação, de denúncia, de livre resolução; sobre o regime de transmissão do contrato; sobre o modo de efetuar reclamações, dos correspondentes mecanismos de proteção jurídica e da autoridade de supervisão e do regime relativo à lei aplicável ao contrato, tendo compreendido o teor e alcance das informações prestadas;

2) Entregues as Condições Gerais e Especiais aplicáveis ao contrato de seguro, nas quais se inclui, em letras destacadas, toda a informação pré-contratual prestada.

O tomador de seguro e a(s) pessoa(s) segura(s) declara(m) com rigor e veracidade que conhece(m) as obrigações e consequências que se seguem:

1) Obrigação de responder com exatidão e veracidade a todas as questões colocadas na proposta e de declarar no campo próprio deste documento outras circunstâncias ou factos que conheça (m) e que sejam significativos para a avaliação do risco proposto;

2) Obrigação de informar o Segurador, até ao momento da aceitação definitiva da proposta (com a consequente entrada em vigor das coberturas de seguro pretendidas) de todas as eventualidades que ocorram ou que conheça(m) e que inuam sobre a aceitação ou condições do contrato de seguro, especialmente em relação ao estado de saúde, ausências ao local de trabalho, mudança de profissão ou função profissional, medicação, sob pena de invalidade do contrato de seguro;

3) Em caso de incumprimento doloso do dever de declarar o risco com exatidão e veracidade, o contrato de seguro é anulável pelo Segurador, ficando, **consequentemente**, o segurador desobrigado de cobrir qualquer sinistro que ocorra antes de ter tido conhecimento do incumprimento em causa, mantendo o direito a fazer seu o prémio recebido nos termos da lei;

4) Em caso de incumprimento negligente do dever de declarar o risco com exatidão e veracidade, **consequentemente**, o Segurador pode, no prazo de três meses a contar do conhecimento, propor uma alteração ou cessar o contrato, demonstrando que em caso algum celebraria o contrato para a cobertura de riscos relacionados com o facto omitido ou declarado inexatamente, havendo lugar a devolução do prémio pelo tempo contratual não decorrido; ocorrendo um sinistro antes da cessação ou da alteração do contrato inuenciado pelo facto omitido ou inexato, 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 inexatamente, cando apenas vinculado à devolução do prémio.

Que o pagamento do prémio pressupõe que compreendeu o teor e alcance das informações prestadas e que foi aceite o contrato nos termos que constam na apólice.

Dados Pessoais

O tomador de seguro e a(s) pessoa(s) segura(s) autoriza(m) o que a seguir se indica:

Que o Médico Consultor do Segurador e as Pessoas identificadas como Beneciário(s) ou os Herdeiro(s) Legais solicitem a qualquer Médico ou profissional de saúde, Hospitais, Clínicas, Estabelecimentos de cura, Organismos públicos, empresas especializadas e outras entidades, desobrigando-os do segredo profissional, o acesso às informações clínicas, aos resultados de exames médicos e aos documentos relativos à saúde da Pessoa Segura que sejam necessários para analisar o risco agora proposto, designadamente a situação profissional e o estado de saúde e o teste de HIV I e II, e/ou para determinar as causas e consequências de qualquer sinistro que seja participado ao Segurador pela Pessoa Segura, seus Beneciários ou Herdeiros;

O tomador de seguro e a(s) pessoa(s) segura(s) declara(m) expressamente que conhece(m), autoriza(m) e consente(m) que a Generali Vida, diretamente ou através de uma empresa subcontratada, proceda à recolha de informação ou esclarecimento adicional relacionado com elementos clínicos através do endereço eletrónico (e-mail) ou do número de telefone indicado na presente proposta, dando desde já o seu consentimento à gravação das chamadas telefónicas, quando tal for o caso.

Conhece(m), autoriza(m) e consente(m) ainda, que a Generali Vida, diretamente ou através de uma empresa subcontratada, possa recolher, tratar, armazenar e usar dados pessoais e informações sobre o estado de saúde da pessoa segura, para efeitos de análise de subscrição, liquidação de sinistros, cosseguro ou de resseguro, e também para efeitos das diligências que permitam delimitar e calcular o grau de risco, bem como transmitir os referidos dados à Assicurazioni Generali S.p.A. (Itália), às suas Associadas e a pessoas, singulares ou coletivas de direito público ou privado que subcontrate para efeitos de colaboração de estudos estatísticos, inquéritos de mercado e/ou na viabilização da execução dos contratos, nestes se incluindo a Associação Portuguesa de Seguradores, bem como a resseguradores ou entidades que enquadrem ou realizem, licitamente, ações de cooperação, de compilação de dados, de prevenção e combate à fraude, ou estudos estatísticos ou técnico-atuariais.

O tomador de seguro e a(s) pessoa(s) segura(s) mais declara(m) que com a assinatura do presente documento, as informações e respostas aqui contidas são verdadeiras, exatas e completas, e que não foi ocultada qualquer informação que possa inuir sobre a decisão que o Segurador venha a tomar sobre o seguro proposto, bem como que as omissões, inexatidões e falsidades sobre dados e informações relevantes, obrigatórios ou facultativos, são da(s) sua(s) responsabilidade(s).

ADVERTÊNCIA: Em cumprimento da Lei n.º 25/08, de 5 de Junho, em matéria de prevenção do crime de branqueamento de capitais, o pagamento do prémio de seguro deve ser efetuado, exclusivamente, por débito direto ou cheque sacado sobre uma conta corrente aberta em nome do Tomador do Seguro.

DOCUMENTAÇÃO A APRESENTAR COM A PRESENTE PROPOSTA DE SEGURO.

Do Tomador, da Pessoa Segura se diferente do Tomador e do titular da conta bancária sacada, se diferente do Tomador.

Prémio regular anual não superior a € 1.000,00:

1. Pessoa singular:

- Cópia do Cartão de Cidadão ou de B.I. + NIF (na ausência do Cartão de Cidadão).

2. Pessoa coletiva:

- Cópia da Certidão Comercial atualizada.

Prémio regular anual superior a € 1.000,00, apresentar também:

1. Pessoa singular:

- a) Cópia de documento comprovativo de residência portuguesa (ex.: carta de condução, fatura recente de fornecimento de serviço - água, luz - correspondência recente com Autoridade Tributária, Bancos, Seguradoras, com morada coincidente com a da proposta);
- b) Comprovativo da titularidade da conta (documento com logotipo da instituição bancária).

2. Pessoa coletiva:

I) Cópia do Cartão de Cidadão ou B.I.+ NIF e comprovativo de residência portuguesa de:

- a) Representante Legal;
- b) Sócios ou acionistas com $\geq 25\%$ de participação no capital social.

II) Específico para Sociedades Anónimas: evidência com a identificação dos acionistas com participação $\geq 25\%$ no capital social;

III) Comprovativo da titularidade da conta (documento com logotipo da instituição bancária).

Local e Data _____, _____ de _____ de 20 _____

(Assinatura do Tomador de Seguro)

(Assinatura da Pessoa a Segurar)

(Assinatura /Carimbo do Mediador)

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 _____ - _____ 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 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 **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)

TOMADOR:

Nome:

NIF:

DECLARAÇÕES:

Responsável de tratamento	<p>GENERALI VIDA – Companhia de Seguros, S.A tratará os seus dados pessoais enquanto Responsável pelo Tratamento de dados pessoais.</p> <p>O encarregado de Proteção de Dados Pessoais pode ser contactado, através de um dos seguintes contactos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rua Duque de Palmela nº 11, 1269-270 LISBOA - Telefone nº 213112800 - E-mail: protecaodados.DPO@generali.pt
Finalidades de tratamento e condições de licitude	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cotação - diligências pré-contratuais 2. Celebração e gestão do contrato de seguro - execução contratual 3. Gestão e liquidação de sinistros - execução contratual 4. Gestão estatística e actuarial para procedimentos de reservação e cálculo da atribuição de benefícios - interesse legítimo no cálculo de benefícios 5. Marketing e actividades promocionais - consentimento do titular de dados 6. Monitorização da qualidade de serviço - interesse legítimo no controlo do nível de serviço e avaliação de satisfação dos clientes 7. Cumprimento de disposições legais, regulamentares e administrativas - obrigações jurídicas 8. Prevenção e combate do branqueamento de capitais, financiamento do terrorismo e aplicação sanções internacionais - obrigações jurídicas 9. Cumprimento das disposições legais dos regimes FATCA e CRS - obrigações jurídicas 10. Prevenção da fraude - interesse legítimo em prevenir perdas por fraude
Prazo de conservação	Prazo necessário para cumprir: finalidades de recolha, obrigação legal ou até ao pedido de apagamento (quando possível)
Recolha obrigatória de dados pessoais	A recolha dos seus dados pessoais é necessária por exigências de ordem legal e contratual. Não poderemos celebrar o contrato de seguro, gerir e liquidar sinistros, ou proceder ao pagamento de outros benefícios decorrentes da apólice de seguro se não nos facultar os seus Dados Pessoais para o efeito.
Comunicação de dados	<p>GENERALI - Companhia de Seguros, S.A, à Casa-Mãe em Itália, a Assicurazioni Generali S.p.A, ou a outras subsidiárias do Grupo Generali.</p> <p>Autoridade Tributária, as Autoridades Policiais e Judiciais, a Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões, a Associação Portuguesa de Seguradores, mediadores de seguros e outros prestadores de serviços.</p>
Direitos do titular dos dados pessoais	Pode exercer os seus direitos de acesso, rectificação, apagamento, limitação, oposição, portabilidade, retirada de consentimento e reclamação, como pode ver em detalhe em "Informação Adicional"
Decisões automatizadas e criação de perfis	Pode consultar informação detalhada sobre este assunto em "Informação Adicional"
Informação adicional	Pode consultar informação detalhada sobre Tratamento e Proteção de Dados Pessoais em https://goo.gl/rTFZF5

DECLARAÇÕES:

	Dá consentimento	Não dá consentimento
O tratamento dos seus dados pessoais, para a finalidade de marketing e actividades promocionais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O tratamento dos seus dados pessoais, para a finalidade de realização de actividades de criação de perfis, conforme explicitado no ponto Decisões Automatizadas, incluindo a criação de perfis, da informação detalhada de protecção de dados pessoais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O tratamento dos seus dados pessoais da categoria especial de dados de saúde, para as finalidades de cotação, celebração e gestão do contrato de seguro de vida e de gestão de sinistros, ou seja para cumprimento das obrigações decorrentes do seu contrato.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Local

Data

Assinatura

1ª PESSOA SEGURA (SE DIFERENTE DO TOMADOR)

Nome:

NIF:

DECLARAÇÕES:

Responsável de tratamento	<p>GENERALI VIDA – Companhia de Seguros, S.A tratará os seus dados pessoais enquanto Responsável pelo Tratamento de dados pessoais.</p> <p>O encarregado de Proteção de Dados Pessoais pode ser contactado, através de um dos seguintes contactos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rua Duque de Palmela nº 11, 1269-270 LISBOA - Telefone nº 213112800 - E-mail: protecaodados.DPO@generali.pt
Finalidades de tratamento e condições de licitude	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cotação - diligências pré-contratuais 2. Celebração e gestão do contrato de seguro - execução contratual 3. Gestão e liquidação de sinistros - execução contratual 4. Gestão estatística e actuarial para procedimentos de reservação e cálculo da atribuição de benefícios - interesse legítimo no cálculo de benefícios 5. Marketing e actividades promocionais - consentimento do titular de dados 6. Monitorização da qualidade de serviço - interesse legítimo no controlo do nível de serviço e avaliação de satisfação dos clientes 7. Cumprimento de disposições legais, regulamentares e administrativas - obrigações jurídicas 8. Prevenção e combate do branqueamento de capitais, financiamento do terrorismo e aplicação sanções internacionais - obrigações jurídicas 9. Cumprimento das disposições legais dos regimes FATCA e CRS - obrigações jurídicas 10. Prevenção da fraude - interesse legítimo em prevenir perdas por fraude
Prazo de conservação	Prazo necessário para cumprir: finalidades de recolha, obrigação legal ou até ao pedido de apagamento (quando possível)
Recolha obrigatória de dados pessoais	A recolha dos seus dados pessoais é necessária por exigências de ordem legal e contratual. Não poderemos celebrar o contrato de seguro, gerir e liquidar sinistros, ou proceder ao pagamento de outros benefícios decorrentes da apólice de seguro se não nos facultar os seus Dados Pessoais para o efeito.
Comunicação de dados	<p>GENERALI - Companhia de Seguros, S.A, à Casa-Mãe em Itália, a Assicurazioni Generali S.p.A, ou a outras subsidiárias do Grupo Generali.</p> <p>Autoridade Tributária, as Autoridades Policiais e Judiciais, a Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões, a Associação Portuguesa de Seguradores, mediadores de seguros e outros prestadores de serviços.</p>
Direitos do titular dos dados pessoais	Pode exercer os seus direitos de acesso, rectificação, apagamento, limitação, oposição, portabilidade, retirada de consentimento e reclamação, como pode ver em detalhe em "Informação Adicional"
Decisões automatizadas e criação de perfis	Pode consultar informação detalhada sobre este assunto em "Informação Adicional"
Informação adicional	Pode consultar informação detalhada sobre Tratamento e Proteção de Dados Pessoais em https://goo.gl/rTFZF5

DECLARAÇÕES:

	Dá consentimento	Não dá consentimento
O tratamento dos seus dados pessoais, para a finalidade de marketing e actividades promocionais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O tratamento dos seus dados pessoais, para a finalidade de realização de actividades de criação de perfis, conforme explicitado no ponto Decisões Automatizadas, incluindo a criação de perfis, da informação detalhada de protecção de dados pessoais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O tratamento dos seus dados pessoais da categoria especial de dados de saúde, para as finalidades de cotação, celebração e gestão do contrato de seguro de vida e de gestão de sinistros, ou seja para cumprimento das obrigações decorrentes do seu contrato.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Local

Data

Assinatura