



Proposta de Seguro

Fraccionamento Prémio:

☐ Anual ☐ Trimestral
☐ Semestral ☐ Mensal

Mediador N.º

Início do Seguro

Duração do contrato

Anos

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/Actividade _____
N.I. Fiscal _____ N.I. Civil _____ E-mail _____

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 indirecta 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/Actividade _____
N.I. Fiscal _____ N.I. Civil _____ E-mail _____

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 ☐ 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) _____ % _____

EM CASO DE DOENÇAS GRAVES OU DOENÇAS ONCOLÓGICAS DO FORO GINECOLÓGICO (Se diferente da Pessoa a Segurar):

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

Tipologia Tarifária



Tarifa a Prémios Anuais - (Prémios constantes independentemente da idade)



Tarifa a Prémios Anuais Renováveis - (Prémios Crescentes em função da idade)

Coberturas, Capitais e Prémios

		Flex I.A.D.	Flex I.A.D. Doenças Graves	Flex I.A.D. Mulher	Flex I.T.P.	Flex I.T.P. Doenças Graves	Flex I.T.P. Mulher	Flex I.A.D.	Flex I.A.D. Doenças Graves	Flex I.A.D. Mulher	Flex I.T.P.	Flex I.T.P. Doenças Graves	Flex I.T.P. Mulher	Flex I.A.D.	Flex I.A.D. Doenças Graves	Flex I.A.D. Mulher	Flex I.T.P.	Flex I.T.P. Doenças Graves	Flex I.T.P. Mulher	Capitais		Prémios
Seguro Principal		Acidental Hospitalar						Acidental														
Morte		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	1) Morte: _____	
Pós Vida		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	2) Pós Vida: <u>3.500€</u>	
																				Total da Cobertura Principal = 1+2		

COBERTURAS COMPLEMENTARES																									
Invalidez Total Permanente				✓	✓	✓				✓	✓	✓					✓	✓	✓			100% de 1)			
Invalidez Absoluta Definitiva	✓	✓	✓				✓	✓	✓					✓	✓	✓						100% de 1)			
Doenças Graves		✓			✓			✓			✓				✓				✓			60% de 1)*			
Doenças Oncológicas do foro Ginecológico			✓			✓			✓			✓					✓					60% de 1)*			
Liberação do Pagamento de Prémios		✓	✓		✓	✓		✓	✓		✓	✓			✓	✓		✓	✓			**			
Morte por Acidente	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓									100% de 1)***			
Morte por Acidente de Circulação	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓									100% de 1)****			
Subsídio Diário por Internamento Hospitalar por Acidente	✓	✓	✓	✓	✓	✓																25€ <input type="checkbox"/>			
																						50€ <input type="checkbox"/>			
ESCOLHA O SEU PLANO																								Prémio Total 1.ª Anuidade	

* * Até ao limite máximo de Capital de €350.000.

** Em caso de pagamento do capital seguro pelas coberturas de Doenças Graves ou de Doenças Oncológicas do foro Ginecológico, a cobertura de Liberação do Pagamento de Prémios garante a continuação do contrato limitadamente a cobertura de morte do seguro principal pelo valor remanescente não antecipado, sem pagamento de ulteriores prémios, para toda a duração remanescente do contrato.

*** Até ao limite máximo de Capital de €500.000.

****Até ao limite máximo de Capital de €250.000.

Todos os planos acima mencionados incluem o seguro de Internamento Hospitalar garantido pela apólice 9020/10050285 da Generali - Companhia de Seguros S.A. - O Tomador é a Generali Vida – Companhia de Seguros, S.A.; - O Capital Seguro é igual a €100.000,00; - Participação do reembolso das despesas realizadas, de 80%; - Franquia de 5.000,00€ por sinistro, excepto 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 da apólice Generali + Vida, 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; - Este Seguro de Internamento Hospitalar manter-se-á em vigor enquanto se mantiver a vigência da apólice de Vida ou, no máximo, até aos 80 anos da Pessoa Segura. Para consultar em detalhe as condições contratuais desta oferta, aceda à página do produto em www.generali.pt

Ligar para o número 215 556 058 para realizar o questionário médico telefónico (das 08.00 às 16.00). Se não o efetuar, será contactado para o efeito. É imprescindível indicar o correto numero de contato (telemóvel de preferência).

Declarações

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 influam 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 influenciado 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, ficando 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 Beneficiário(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 Beneficiários 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 contrato, nestes se incluindo a Associação Portuguesa de Seguradores, bem como a resseguradores ou entidades que enquadrem ou realizem, lícitamente, 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 influir 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).

(Assinatura Assinatura do Tomador do Seguro)

(Assinatura da Pessoa a Segurar)

Local e Data _____, _____ de _____ de 20 _____

(Assinatura /Carimbo do Mediador)

Reservado aos Serviços Técnicos da Companhia

Observações

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

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	GENERALI VIDA – Companhia de Seguros, S.A tratará os seus dados pessoais enquanto Responsável pelo Tratamento de dados pessoais. O encarregado de Proteção de Dados Pessoais pode ser contactado, através de um dos seguintes contactos: - 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	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	GENERALI - Companhia de Seguros, S.A, à Casa-Mãe em Itália, a Assicurazioni Generali S.p.A, ou a outras subsidiárias do Grupo Generali. 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.
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 atividades promocionais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O tratamento dos seus dados pessoais, para a finalidade de realização de atividades 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	GENERALI VIDA – Companhia de Seguros, S.A tratará os seus dados pessoais enquanto Responsável pelo Tratamento de dados pessoais. O encarregado de Proteção de Dados Pessoais pode ser contactado, através de um dos seguintes contactos: - 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	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	GENERALI - Companhia de Seguros, S.A, à Casa-Mãe em Itália, a Assicurazioni Generali S.p.A, ou a outras subsidiárias do Grupo Generali. 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.
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 atividades promocionais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O tratamento dos seus dados pessoais, para a finalidade de realização de atividades 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

Generali Vida - Companhia de Seguros, S.A. | Capital Social Euros: 14.000.000,00 | Contribuinte N.º 502 403 209 | Matriculada Cons. Reg. Com. de Lisboa
Rua Duque de Palmela, 11 - 1269-270 LISBOA | Telef.: 21 311 28 00 | Fax: 21 355 63 63 | Email: generalivida@generali.pt | www.generali.pt

Linha de Apoio ao Cliente: 21 350 43 00 | disponível de 2ª a 6ª das 9h00 às 18h00 | Todas as opções do Menu contemplam um atendimento personalizado.

Mod. IM. GV05AN (05/2018)

2ª PESSOA SEGURA

Nome:

NIF:

DECLARAÇÕES:

Responsável de tratamento	GENERALI VIDA – Companhia de Seguros, S.A tratará os seus dados pessoais enquanto Responsável pelo Tratamento de dados pessoais. O encarregado de Proteção de Dados Pessoais pode ser contactado, através de um dos seguintes contactos: - 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	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	GENERALI - Companhia de Seguros, S.A, à Casa-Mãe em Itália, a Assicurazioni Generali S.p.A, ou a outras subsidiárias do Grupo Generali. 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.
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 atividades promocionais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O tratamento dos seus dados pessoais, para a finalidade de realização de atividades 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