



Proposta de Seguro

Fraccionamento Regular:	Mediador N.º	Início do Seguro	Duração do contrato
<input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Mensal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> Anos

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

Pais de Nascimento Cidade de Nascimento

1. Nacionalidade. 2. Caso tenha mais de uma nacionalidade, especifique.

1.

2.

1. País de residência. 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. 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/Actividade 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

Pais de Nascimento Cidade de Nascimento

1. Nacionalidade. 2. Caso tenha mais de uma nacionalidade, especifique.

1.

2.

1. País de residência. 2. Caso seja residente em mais de um país, especifique.

1.

2.

N.I. Fiscal N.I. Civil

Morada

Telefone Telemóvel e-mail

Profissão/Actividade É pessoa politicamente exposta?* ☐ Sim ☐ Não

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. 2. Caso seja residente em mais de um país, especifique.

1. _____ 1. _____

2. _____ 2. _____

NIF/NIPC _____ N.I. Civil _____ CAE _____

Morada _____

Profissão/Actividade _____ 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. 2. Caso seja residente em mais de um país, especifique.

1. _____ 1. _____

2. _____ 2. _____

NIF/NIPC _____ N.I. Civil _____ CAE _____

Morada _____

Profissão/Actividade _____ É pessoa politicamente exposta?* ☐ Sim ☐ Não

Em caso de vida ou invalidez: 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. 2. Caso seja residente em mais de um país, especifique.

1. _____ 1. _____

2. _____ 2. _____

NIF/NIPC _____ N.I. Civil _____ CAE _____

Morada _____

Profissão/Actividade _____ 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. 2. Caso seja residente em mais de um país, especifique.

1. _____ 1. _____

2. _____ 2. _____

NIF/NIPC _____ N.I. Civil _____ CAE _____

Morada _____

Profissão/Actividade _____ É pessoa politicamente exposta?* ☐ Sim ☐ Não

Coberturas, Capitais e Prémios

Base Complementares	Capital		Prémio Anual
	Morte		
	<input type="checkbox"/> Invalidez Absoluta Definitiva		
	<input type="checkbox"/> Doenças graves*		
	<input type="checkbox"/> Morte por Acidente**		
	<input type="checkbox"/> Morte por Acidente Circulação***		

* Até ao limite de Capital de € 350.000 ** Até ao limite de Capital de € 500.000 *** Até ao limite de Capital de € 250.000

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 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 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 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).

Na contratação do seguro Generali Vida Inteira é lhe oferecido o seguro de Internamento Hospitalar é 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 Inteira, 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

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

Comprometo-me a fornecer à Generali Vida os esclarecimentos e a documentação adicional que essa venha requerer caso forem detectados indícios ou informações relacionadas, directa ou indirectamente, com os Estados Unidos da América 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 FATCA - Foreign Account Tax Compliance Act, é necessária informação expressa caso a conta corrente seja domiciliada nos EUA (Estados Unidos da América).

FATCA - Foreign Account Tax Compliance Act: faz parte integrante do 4º Capítulo do "Internal Revenue Code" (IRC) da Autoridade Fiscal dos EUA (IRS – Internal Revenue Service). O referido Capítulo 4 amplia o regime de reporte de informações fiscais sobre contribuintes norte-americanos ao impor às Instituições Financeiras Estrangeiras ("FFIs") e Companhias de Seguros, o dever de comunicar essa informação, e documentação de suporte, estabelecendo regras de retenção na fonte sobre pagamentos.

Informações sujeitas a obrigação de comunicação: Em cumprimento das disposições do FATCA , estão sujeitos a reporte, nomeadamente, os seguintes dados:

- a) Nome, morada, número de identificação fiscal norte-americano;
- b) O número da apólice;
- c) O nome e número identificador da Generali Vida;
- d) 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

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 FATCA – Foreign Account Tax Compliance Act, 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 FATCA 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. 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, nomeadamente alterações de cidadania, de residência, ou de outras circunstâncias, que determinem a aquisição da qualidade de contribuinte fiscal norte-americano, 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), 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 FATCA. 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 (iii) no que respeita à cláusula sobre dados pessoais, não dar o seu consentimento ao reporte das informações e documentos às Autoridades Fiscais.

Declaração de Protecção de dados pessoais:

As informações aqui solicitadas são necessárias para determinar a sua qualidade de contribuinte dos Estados Unidos da América. Estas informações destinam-se à Generali Vida, a fim de cumprir com as obrigações que decorrem do FATCA, podendo esta ser obrigada a divulgar as referidas informações às Autoridades Fiscais.

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 a 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 _____ - _____ 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

*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 Vida - Companhia de Seguros S.A.

Sede: Rua Duque de Palmela, n.º 11 • 1269-270 Lisboa Tel.: 213 112 800 • Fax: 213 556 363 • Email: generali@generali.pt • www.generali.pt

Capital Social Euros: 14.000.000,00 I N.I. Fiscal: 502 403 209 I Matriculada na Conservatória do Reg. Comercial de Lisboa

Linha de Apoio ao Cliente: 213 504 300, Disponível de 2.ª a 6.ª das 9h00 às 18h00 • Entre as 18h00 e as 9h00 estão ativos serviços

de Assistência em Viagem e Assistência ao Lar.

Todas as opções do menu telefónico contemplam um atendimento personalizado.



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