

Allianz Acidentes Pessoais Grupo

Proposta de Seguro

 Nova Alteração

Escritório Comercial _____ Apólice _____
Mediador _____ Nº Empregado _____ Substitui a Apólice _____
Data de início (00h00 do dia) _____ Duração: Anual, renovável Temporário, com termo às 24h00 do dia _____

Dados Gerais

Tomador de Seguro

Nome _____
Morada _____ NIF _____
Código Postal _____ Localidade _____ Concelho _____
E-mail _____ Sexo _____ Telefone _____
Data de Nascimento/Constituição _____ Estado Civil / Forma Social _____ Telemóvel _____
Nº filhos _____ Documento identificação _____ Número _____ Fax _____
Profissão / Atividade _____ CAE _____

Forma de Pagamento

Fracionamento: Anual Semestral Trimestral Único (seguros temporários de duração inferior a 1 ano) Forma de cobrança: Agente Débitos Diretos (SEPA)

Autorização de Débito em Conta

Entidade Bancária _____ IBAN _____
Nome _____
Morada _____ NIF _____
Parentesco / Relacionamento com o Aderente _____

Por débito na conta indicada, autorizo o pagamento das importâncias que forem apresentadas pela Companhia de Seguros Allianz Portugal, S.A. relativas a este contrato. Fica desde já acordado que o Banco não se responsabiliza pela execução dos pagamentos se a conta apresentar saldo insuficiente.

Ao subscrever esta autorização, está a autorizar o Credor 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 do Credor.

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.

Assinatura

Data _____

Identificação do Credor

Nome _____ Companhia de Seguros Allianz Portugal, S.A. Identificação do Credor P T 7 9 Z Z Z 1 0 0 5 5 3 Pais Portugal
Morada Rua Andrade Corvo, 32 Código Postal 1 0 6 9 0 1 4 Cidade Lisboa Tipo de Pagamento: Pagamento Recorrente Pagamento Pontual

Grupo Seguro:

Nº total de Pessoas do Grupo _____ Nº total de Pessoas a segurar _____ (caso não coincida com o Nº de Pessoas do Grupo, explique porquê em Observações)

Vínculo das Pessoas a segurar com o Tomador _____

Nº Grupos _____ caso existam vários grupos de pessoas a considerar no contrato, os mesmos devem ser identificados em anexo e, para cada um deles, devem fornecer-se todas as informações aqui recolhidas para o Grupo (ou, havendo mais do que um, para o Grupo 1).

Atividades das Pessoas a segurar: _____

Nomes e datas de nascimento em listagem anexa Não Sim

Boletins de Adesão anexos Não Sim

Beneficiários das Pessoas Seguras

- Herdeiros Legais de cada uma das Pessoas Seguras
 Herdeiros designados por cada Pessoa Segura (a designação dos beneficiários deve ser feita em Boletins de Adesão)

Regime de Contribuição

- Contrato Não Contributivo O Tomador paga 100% dos prémios
 Contrato Contributivo As Pessoas Seguras participam em _____ % do seu prémio (exige o preenchimento de Boletins de Adesão para cada pessoa a segurar)

Âmbito das Coberturas: Cobertura dos riscos profissionais e extra profissionais (24 horas por dia) Cobertura dos riscos profissionais

Riscos Especiais (com coberturas e capitais mínimos de acordo com legislação respetiva):

 Bombeiros (seguro obrigatório) Autarcas (seguro obrigatório) Escolas Desportista Amador (seguro obrigatório) Formando (seguro obrigatório) Campos de Férias (seguro obrigatório) Animação Turística (seguro obrigatório) Instalações Desportivas (seguro obrigatório) Embarcações: Marca da embarcação _____ Matrícula _____ Lotação _____

Riscos Adicionais (não aplicável aos Riscos Especiais):

 Desportos de risco Terrorismo Guerra Passiva Cataclismos da Natureza Utilização de Motorizadas Utilização da TNI na cobertura de Invalidez**Coberturas, Capitais e Franquias:**

Coberturas Base:

 Morte € _____ Pessoas com 14 anos ou mais: Morte, Morte simultânea da Pessoa Segura e Cônjuge (adicional de 50% do capital de Morte e Despesas de Funeral - até € 5.000) Invalidez Permanente € _____ Invalidez Permanente Parcial ou Total Invalidez Permanente de grau superior a 50% Invalidez Permanente Total (100%)

Coberturas Facultativas (marque com um X as coberturas que pretende):

 Morte por Acidente de Circulação (adicional de 50% do capital de Morte) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente de Circulação (adicional de 50% do capital de Invalidez Total ou Parcial):ou Invalidez Permanente de grau superior a 50% por Acidente de Circulação (adicional de 50% do capital de Invalidez Permanente de grau superior a 50%)ou Invalidez Permanente Total (de 100%) por Acidente de Circulação (adicional de 50% do capital Invalidez Permanente Total) Despesas de Tratamento € _____ Escolha a Franquia: € 30 € 60 € 90 € 120 € 300 € 600

e Despesas com Operações de Salvação, Busca e Transporte de Sinistrado (até € 1.000)

 Subsídio Diário por Incapacidade Temporária por Acidente Indique o valor € _____ por dia Escolha a Franquia: 3 dias 7 dias 14 dias 30 dias Subsídio Diário por Hospitalização por Acidente Indique o valor € _____ por dia Escolha a Franquia: 3 dias 7 dias 14 dias 30 dias Seguro de Escolas - Responsabilidade Civil dos Alunos € _____ Seguro de Escolas - Responsabilidade Civil do Estabelecimento de Ensino € _____**Antecedentes de Saúde:**

Há Pessoas Seguras portadoras de alguma deficiência ou sofre de qualquer enfermidade suscetível de determinar acidentes ou de agravar as consequências de um acidente ou demorar a cura das lesões (Nomeadamente, reumatismo, paralisia, varizes, hérnias, diminuição das faculdades visuais ou auditivas, vertigens, diabetes, albuminúria, sífilis, alcoolismo, toxicod dependência, epilepsia, ataques de alienação mental ou simples ataques nervosos, doença da coluna, doenças osteo-articulares crónicas (ex. Tendinites), doença dos órgãos respiratórios e circulatórios, ou outras)?

 Não Sim, indique abaixo ou em anexo as Pessoas Seguras e respetiva deficiência/doença de que sejam portadoras

Há Pessoas Seguras a quem tenha sido atribuído algum grau de desvalorização por Invalidez Permanente? Não Sim

Em caso afirmativo, identifique abaixo ou em anexo as pessoas e indique as respetivas percentagens de desvalorização

Pluralidade de Seguros:Existem outros seguros de Acidentes Pessoais a garantir as Pessoas a Segurar? Não Sim

Em caso afirmativo, indique a(s) Seguradora(s) e o valor total dos capitais seguros por Morte e/ou por Invalidez (em Euros)

Dados Pessoais:

A proteção da sua Privacidade é um compromisso e uma prioridade absoluta para a Allianz Portugal.

Esta é uma nota de informação resumida relativa ao tratamento de Dados Pessoais abaixo : como o fazemos, que tipo de dados pessoais e porquê os recolhemos e com que entidades os iremos partilhar. Aconselhamos a que leia atentamente a informação detalhada disponível em [https:// www.allianz.pt/informacao-legal](https://www.allianz.pt/informacao-legal).

Informação básica sobre a Proteção de Dados	
Responsável	Companhia de Seguros Allianz Portugal, S.A.
Finalidade	A subscrição e execução de um contrato de seguro.
Licitude do Tratamento	O tratamento dos dados é necessário para a pré-contratação e execução do contrato de seguro celebrado com o titular dos dados. No que se refere a dados pessoais relativos à saúde (Categoria especial de dados) o consentimento expresso obtido do titular legitima o tratamento.
Destinatários	A cedência dos dados poderá ocorrer, no âmbito da pré-contratação e execução deste contrato, a prestadores de serviços, em especial Prestadores Clínicos, Autoridades e Entidades Públicas, bem como no cumprimento de quaisquer obrigações Legais e/ou Fiscais.
Direitos	O titular dos dados pode exercer os seus direitos de acesso, retificação, apagamento, limitação, portabilidade e oposição, conforme informação adicional.
Origem	Para além dos dados recolhidos junto do titular, podemos aceder, recolher ou confirmar dados pessoais em sites de Entidades Públicas ou Privadas.
Informação Adicional	<p>Podem consultar a informação adicional e detalhada sobre a Proteção de Dados no nosso website:</p> <p style="text-align: center;">https:// www.allianz.pt/informacao-legal</p>

O titular dos dados facultou a seguinte informação:

1. Dou o meu consentimento ao tratamento dos meus dados pessoais para fins de Marketing?

Sim Não

2. Dou o meu consentimento ao tratamento automatizado dos meus dados pessoais com vista à definição de perfis:

Sim Não

3. Consentimento Saúde

A(s) Pessoa(s) Segura(s) autorizou, no momento da subscrição deste contrato, a Allianz Portugal a proceder ao tratamento dos meus dados pessoais de saúde, com vista à gestão contratual da apólice, bem como à gestão de eventuais processos de sinistro.

No mesmo âmbito, autorizou o Médico designado por esta Companhia de Seguros a solicitar, a qualquer outro Médico ou profissional de saúde, as informações e documentos relativos à sua saúde (nomeadamente, relatórios clínicos, relatórios de internamento e resultados de exames auxiliares de diagnóstico), que entenda por necessários, com vista à análise do risco ora proposto e/ou à determinação das causas e consequências de qualquer sinistro que seja participado à Allianz Portugal, pela pessoa segura, pelos beneficiários ou pelos seus herdeiros.

Autorizou, igualmente, os referidos Médicos e profissionais de saúde a prestarem ao Médico designado pela Allianz Portugal, mesmo depois da sua morte, as informações e documentos que lhes sejam por este solicitados, no contexto da autorização que conferiu nesta data.

Data

Enquanto titular de Dados Pessoais de Saúde, autorizo expressamente, a que o mediador de seguros associado ao presente contrato, recolha e insira no sistema informático da Allianz Portugal, os dados de saúde necessários à correta emissão do mesmo.

Este consentimento está em conformidade com o disposto na legislação em vigor, constituindo uma manifestação de vontade, livre, específica, informada e explícita.

Data