

## Allianz Acidentes Pessoais

## 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 \_\_\_\_\_

## Segurado (se diferente do 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 País Portugal  
 Morada Rua Andrade Corvo, 32 Código Postal 1 0 6 9 0 1 4 Cidade Lisboa Tipo de Pagamento:  Pagamento Recorrente  Pagamento Pontual

## Atividade da Pessoa Segura:

Descrição das Atividade(s)/Profissão/Outra(s) (ex.: empregado de escritório, carpinteiro, estudante, jardineiro): \_\_\_\_\_

Setor(es) (ex.: indústria textil, construção, banca): \_\_\_\_\_

A Pessoa Segura desloca-se com frequência?  Não  Sim

A Pessoa Segura utiliza ou está em contacto com substâncias perigosas ou motores e/ou máquinas pesadas ou perigosas?  Não  Sim, quais? \_\_\_\_\_

A Pessoa Segura trabalha em andaimes, pedreiras, minas e/ou utiliza explosivos?  Não  Sim

#### Classe de Risco Classificação das Atividades

- Tipo I A Pessoa Segura realiza exclusivamente atividades sedentárias, de carácter administrativo ou de outra natureza, e não se desloca com frequência.
- Tipo II A Pessoa Segura efetua deslocações frequentes, por força da sua atividade profissional ou por outras razões, ou desenvolve atividades de direção e fiscalização de trabalhos ou atividades manuais/artesanais sem recurso a máquinas industriais ou materiais e substâncias perigosas e sem envolvimento de esforço físico.
- Tipo III A Pessoa Segura realiza trabalhos manuais em geral, agrícolas, de operariado, ou outros, sem recurso a ferramentas ou máquinas perigosas, nomeadamente, entre outras análogas no risco, serras, guilhotinas, máquinas industriais e agrícolas pesadas, guias, guindastes, empilhadoras, tratores, etc.  
A Pessoa Segura não executa trabalhos em poços, minas, pontes, torres ou postes de eletricidade, telhados, andaimes e não conduz veículos pesados.
- Tipo IV Restantes atividades de risco acrescido

#### Coberturas:

##### Módulo Simples:

Obrigatórias Capital Base do Módulo Simples € \_\_\_\_\_

Invalidez Permanente por Acidente ou Morte por Acidente ou Despesas de Funeral (para crianças com menos de 14 anos)

- Opcionais
- Condução de Motorizada  Não  Sim
- Assistência no Domicílio  Não  Sim
- Subsídio Diário por Incapacidade Temporária  € 15,00  € 25,00  € 35,00  € 50,00  € 75,00  € 100,00  
(máximo de 0,5 por mil do capital base)
- Franquia  7 dias  15 dias  30 dias  Sem franquia
- Subsídio Diário por Hospitalização  € 15,00  € 25,00  € 35,00  € 50,00  € 75,00  € 100,00
- Despesas de Tratamento  € 2.500  € 5.000  € 10.000  € 15.000  € 20.000

##### Módulo Alargado:

Obrigatórias Capital Base do Módulo Alargado € \_\_\_\_\_

Invalidez Permanente por Acidente (Grande Invalidez/Despesas com Reabilitação/Despesas com Cirurgia Plástica)

Assistência em Viagem

- Opcionais
- Morte  Não  Sim  
(Morte por Acidente/Morte Simultânea do Segurado e Cônjuge/Despesas de Funeral/Despesas com Trâmites Legais)
- Morte por Acidente de Circulação  Não  Sim
- Invalidez Permanente Total para a Profissão habitual  Não  Sim
- Condução de Motorizada  Não  Sim
- Assistência no Domicílio  Não  Sim
- Subsídio Diário por Incapacidade Temporária  € 15,00  € 25,00  € 35,00  € 50,00  € 75,00  € 100,00  
(máximo de 0,5 por mil do capital base)
- 7 dias  15 dias  30 dias  Sem franquia
- Subsídio Diário por Hospitalização  € 15,00  € 25,00  € 35,00  € 50,00  € 75,00  € 100,00  
(máximo de 1 por mil do capital base)
- Despesas de Tratamento  € 2.500  € 5.000  € 10.000  € 15.000  € 20.000  
(máximo de 40% do capital base)

#### Antecedentes de Saúde:

A Pessoa Segura é portadora 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, toxicodependência, 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 que deficiência ou que doença \_\_\_\_\_

Foi atribuído à Pessoa Segura algum grau de desvalorização por Invalidez Permanente?  Não  Sim, indique a percentagem de desvalorização \_\_\_\_\_ %

**Pluralidade de Seguros:**

A Pessoa Segura tem outros seguros de Acidentes Pessoais?  Não  Sim, indique a(s) Seguradora(s) \_\_\_\_\_

Indique o valor total dos capitais seguros por Morte e/ou por Invalidez € \_\_\_\_\_

**Beneficiários:**

O bom funcionamento das garantias contratuais depende de um preenchimento cuidadoso dos dados relativos aos beneficiários.

Tenha em atenção que: - na ausência de designação nominativa de beneficiários em caso de morte serão entendidos como tal os herdeiros legais para o capital seguro;  
- pretendendo designar beneficiários diferentes dos seus Herdeiros Legais, deverá preencher total e corretamente a informação pedida, a eles referente, sob pena de ser impossível à Allianz contactá-los a fim de regularizar as importâncias devidas.

Em caso de Morte da Pessoa Segura:  Herdeiros Legais  Beneficiário identificado abaixo

Nome \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_ NIF \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_ Localidade \_\_\_\_\_ Concelho \_\_\_\_\_

Data de Nascimento \_\_\_\_\_ Documento identificação \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Porcentagem de Capital que cabe a este Beneficiário \_\_\_\_\_ %

Em caso de Invalidez da Pessoa Segura: \_\_\_\_\_

Caso pretenda indicar mais Beneficiários deverá solicitar o anexo de "Descrição de Beneficiários".

Autorizo que em caso de impossibilidade comprovada de contacto durante um ano com o Tomador do Seguro ou com a Pessoa Segura o(s) Beneficiário(s) seja(m) informado(s) dessa situação?

Sim  Não

O Tomador de Seguro declara que:

- Respondeu com exatidão e verdade a todas as questões colocadas e não omitiram informações relacionadas com a apreciação do risco a que respeita a presente Proposta/Adesão que sejam, ou devam ser. Do seu conhecimento, ainda que esta tenha sido preenchida por terceiros e por si apenas assinada;
- Autoriza os médicos ou qualquer entidade, que os tenha assistido, tratado ou examinado, a fornecer à Allianz Portugal o acesso aos seus Dados Pessoais de Saúde e a todas as informações relacionadas com a sua Adesão/Proposta contratual ou com um eventual sinistro por si sofrido;
- Tomou conhecimento e aceitou que as omissões ou declarações falsas, inexatas ou incompletas que revelem na apreciação do risco, concedem à Allianz Portugal o direito à anulação ou à resolução do contrato.
- Lhe foram dadas a conhecer todas as condições que regulam este Contrato de Seguro.

**Regime legal aplicável aos Prémios (Decreto-Lei nº 72/2008, de 16/Abril):** A cobertura dos riscos depende do prévio pagamento do prémio. A falta de pagamento do prémio ou fração, na data devida, impede a prorrogação do contrato e implica a resolução automática nessa mesma data. A falta de pagamento de um prémio de montante variável ou de um prémio adicional resultante de uma modificação do contrato fundada num agravamento superveniente do risco, também implica a sua resolução automática. O não pagamento, até à data do vencimento, de um prémio adicional resultante de uma modificação contratual, determina a ineficácia da alteração, subsistindo o contrato com o âmbito e nas condições que vigoravam antes da pretendida modificação, a menos que tal se revele impossível, caso em que se considera resolvido na data do vencimento do prémio não pago.

Tomador de Seguro

Segurado

Data \_\_\_\_\_

## 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;"><a href="https://www.allianz.pt/informacao-legal">https:// www.allianz.pt/informacao-legal</a></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