

## Allianz Saúde

## Proposta de Seguro

 Nova  Alteração

Escritório Comercial \_\_\_\_\_ Apólice \_\_\_\_\_

Mediador \_\_\_\_\_ Substitui a apólice: \_\_\_\_\_

Data de início (00h00 do dia): \_\_\_\_\_ Duração:  Anual, renovável

## Dados Gerais:

## Tomador de Seguro

Nome\* \_\_\_\_\_

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

Código-Postal\* \_\_\_\_\_ Localidade\* \_\_\_\_\_ Concelho \_\_\_\_\_

E-mail\*: \_\_\_\_\_ Sexo\* \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_

Data de Nascimento\* \_\_\_\_\_ Estado Civil/Forma Social \_\_\_\_\_ Telemóvel\* \_\_\_\_\_

Nº Filhos \_\_\_\_\_ Documento identificação \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_ Profissão \_\_\_\_\_

## Titular/1ª Pessoa Segura (preencher se diferente do Tomador do Seguro)

Nome\* \_\_\_\_\_

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

Código-Postal\* \_\_\_\_\_ Localidade\* \_\_\_\_\_ Concelho \_\_\_\_\_

E-mail\*: \_\_\_\_\_ Sexo\* \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_

Data de Nascimento\* \_\_\_\_\_ Estado Civil/Forma Social \_\_\_\_\_ Telemóvel\* \_\_\_\_\_

Nº Filhos \_\_\_\_\_ Documento identificação \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_ Profissão \_\_\_\_\_

## Composição do Agregado Familiar do Titular

Cônjuge Nome\* \_\_\_\_\_

NIF\* \_\_\_\_\_ Profissão \_\_\_\_\_ Data de nascimento\* \_\_\_\_\_ Sexo\* \_\_\_\_\_

Email\*: \_\_\_\_\_ Telemóvel\* \_\_\_\_\_

Documento de identificação \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_

Filho 1 Nome\* \_\_\_\_\_

NIF\* \_\_\_\_\_ Profissão \_\_\_\_\_ Data de nascimento\* \_\_\_\_\_ Sexo\* \_\_\_\_\_

Email\*: \_\_\_\_\_ Telemóvel\* \_\_\_\_\_

Documento de identificação \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_

Filho 2 Nome\* \_\_\_\_\_

NIF\* \_\_\_\_\_ Profissão \_\_\_\_\_ Data de nascimento\* \_\_\_\_\_ Sexo\* \_\_\_\_\_

Email\*: \_\_\_\_\_ Telemóvel\* \_\_\_\_\_

Documento de identificação \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_

Filho 3 Nome\* \_\_\_\_\_

NIF\* \_\_\_\_\_ Profissão \_\_\_\_\_ Data de nascimento\* \_\_\_\_\_ Sexo\* \_\_\_\_\_

Email\*: \_\_\_\_\_ Telemóvel\* \_\_\_\_\_

Documento de identificação \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_

Os campos marcados com \* são de preenchimento obrigatório. No caso de as pessoas seguras serem menores, serão considerados o email e telemóvel da pessoa com poder parental.

Allianz Saúde (Escolha um Módulo para cada uma das pessoas a segurar)\*

Titular	<input type="checkbox"/> Base	<input type="checkbox"/> Mais	<input type="checkbox"/> Extra	<input type="checkbox"/> Total	<input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> 55 Mais
Cônjuge	<input type="checkbox"/> Base	<input type="checkbox"/> Mais	<input type="checkbox"/> Extra	<input type="checkbox"/> Total	<input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> 55 Mais
Filho 1	<input type="checkbox"/> Base	<input type="checkbox"/> Mais	<input type="checkbox"/> Extra	<input type="checkbox"/> Total	<input type="checkbox"/> Dental	
Filho 2	<input type="checkbox"/> Base	<input type="checkbox"/> Mais	<input type="checkbox"/> Extra	<input type="checkbox"/> Total	<input type="checkbox"/> Dental	
Filho 3	<input type="checkbox"/> Base	<input type="checkbox"/> Mais	<input type="checkbox"/> Extra	<input type="checkbox"/> Total	<input type="checkbox"/> Dental	

Cada uma das Pessoas a Segurar deve preencher a sua Declaração Individual, sem o que a proposta não será considerada.

**Forma de Pagamento\***Fracionamento:  Anual  Semestral  Trimestral  MensalForma de cobrança:  DACB**Reembolso de Despesas de Saúde\***IBAN **Autorização de Débito em Conta\***Entidade Bancária  IBAN Nome Morada  NIF Parentesco / Relacionamento com o Tomador 

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

**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  PortugalMorada  Rua Andrade Corvo, 32 Código Postal  1 0 6 9 0 1 4 Cidade  Lisboa Tipo de Pagamento:  Pagamento Recorrente  Pagamento Pontual

O **Tomador do Seguro**, ao assinar esta proposta, garante ter declarado com exatidão todas as circunstâncias do seu conhecimento e relevantes para a apreciação do risco pela **Allianz Portugal**, independentemente de lhe serem questionadas no presente documento e declara nada ter omitido que possa induzir a Seguradora em erro na apreciação do risco proposto, ainda que esta tenha sido preenchida por terceiros e por si apenas assinada. Aceita que a **Allianz Portugal**, nos termos legais, invoque a anulação do contrato, em caso de incumprimento doloso, com possibilidade de retenção dos prémios pagos; ou que, em caso de incumprimento negligente, possa optar entre propor a consequente alteração do contrato e do respetivo prémio, ou fazer cessar o contrato, demonstrando que em caso nenhum cobre os riscos relacionados com o risco omitido ou declarado inexistente. A **Allianz Portugal** apreciará a presente proposta, podendo aceitá-la ou recusá-la. A sua aceitação far-se-á sempre de forma escrita, definindo garantias, seus limites e franquias.

O **Tomador do Seguro** declara também que 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 prevista, impede a prorrogação do contrato e implica a resolução automática na 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 de 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 de vencimento do prémio não pago.

Tomador de Seguro

Data\* 

Os campos marcados com \* são de preenchimento obrigatório.

**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: 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>.

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 de 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	Pode consultar a informação adicional e detalhada sobre a Proteção de Dados no nosso website: <a href="https://www.allianz.pt/informacao-legal">https://www.allianz.pt/informacao-legal</a>

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

Data