

Beneficiários Efetivos Seguros de Vida

Anexo

☐ Alteração

Escritório Comercial: _____ Apólice: _____
Mediador: _____ Nº empregado: _____ Adesão: _____

Dados Gerais

Tomador de Seguro

Nome ou Designação Social: _____
NIPC: _____

Beneficiários Efetivos

Nome: _____ NIF: _____
Morada Fiscal: _____
Tipo de documento identificação (ID): _____ Número ID: _____ Data de Validade ID: _____
Data de Nascimento: _____ País de Nacionalidade: _____
Profissão/Atividade: _____
Entidade Patronal: _____

Nome: _____ NIF: _____
Morada Fiscal: _____
Tipo de documento identificação (ID): _____ Número ID: _____ Data de Validade ID: _____
Data de Nascimento: _____ País de Nacionalidade: _____
Profissão/Atividade: _____
Entidade Patronal: _____

Nome: _____ NIF: _____
Morada Fiscal: _____
Tipo de documento identificação (ID): _____ Número ID: _____ Data de Validade ID: _____
Data de Nascimento: _____ País de Nacionalidade: _____
Profissão/Atividade: _____
Entidade Patronal: _____

Nome: _____ NIF: _____
Morada Fiscal: _____
Tipo de documento identificação (ID): _____ Número ID: _____ Data de Validade ID: _____
Data de Nascimento: _____ País de Nacionalidade: _____
Profissão/Atividade: _____
Entidade Patronal: _____

Nome: _____ NIF: _____
Morada Fiscal: _____
Tipo de documento identificação (ID): _____ Número ID: _____ Data de Validade ID: _____
Data de Nascimento: _____ País de Nacionalidade: _____
Profissão/Atividade: _____
Entidade Patronal: _____

Nome: _____ NIF: _____
Morada Fiscal: _____
Tipo de documento identificação (ID): _____ Número ID: _____ Data de Validade ID: _____
Data de Nascimento: _____ País de Nacionalidade: _____
Profissão/Atividade: _____
Entidade Patronal: _____

Nome: _____ NIF: _____
Morada Fiscal: _____
Tipo de documento identificação (ID): _____ Número ID: _____ Data de Validade ID: _____
Data de Nascimento: _____ País de Nacionalidade: _____
Profissão/Atividade: _____
Entidade Patronal: _____

Nome: _____ NIF: _____
Morada Fiscal: _____
Tipo de documento identificação (ID): _____ Número ID: _____ Data de Validade ID: _____
Data de Nascimento: _____ País de Nacionalidade: _____
Profissão/Atividade: _____
Entidade Patronal: _____

Nome: _____ NIF: _____
Morada Fiscal: _____
Tipo de documento identificação (ID): _____ Número ID: _____ Data de Validade ID: _____
Data de Nascimento: _____ País de Nacionalidade: _____
Profissão/Atividade: _____
Entidade Patronal: _____

Nome: _____ NIF: _____
Morada Fiscal: _____
Tipo de documento identificação (ID): _____ Número ID: _____ Data de Validade ID: _____
Data de Nascimento: _____ País de Nacionalidade: _____
Profissão/Atividade: _____
Entidade Patronal: _____

Declaração (preenchimento obrigatório)

O Tomador de Seguro/Pessoa Segura 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.

Assinatura do Tomador do Seguro

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: como o fazemos, que tipo de dados pessoais recolhemos e porquê e com que entidades os iremos partilhar.

Aconselhamos a que leia atentamente a informação detalhada sobre Privacidade e Proteção de Dados 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 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	Pode consultar a informação adicional e detalhada sobre a Proteção de Dados no nosso website: https://www.allianz.pt/informacao-legal

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

Assinatura do Tomador do Seguro

Data:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--