

Allianz Proteção Infantil

Proposta de Seguro

 Nova Alteração

Escritório Comercial _____ Apólice _____
 Mediador _____ Número empregado _____ 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/Constituição _____ Estado Civil/Forma Social _____ Telemóvel _____
 Nº filhos _____ Documento identificação _____ Número _____ Fax _____
 Profissão/Atividade _____ CAE _____
 Autoriza a receber preferencialmente a documentação e as demais comunicações por via eletrónica Sim Não

Pessoas Seguras

Morada das crianças a segurar _____
 Código-Postal _____ Localidade _____ Concelho _____
 1ª Nome Completo _____ Data de nascimento _____ NIF _____
 2ª Nome Completo _____ Data de nascimento _____ NIF _____
 3ª Nome Completo _____ Data de nascimento _____ NIF _____
 4ª Nome Completo _____ Data de nascimento _____ NIF _____
 5ª Nome Completo _____ Data de nascimento _____ NIF _____

Forma de Pagamento

Fracionamento: Anual Semestral Trimestral (Fração mínima € 12)

Forma de Cobrança: Agente DACB

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 _____

Coberturas e Capitais:

Selecione um dos Módulos

Módulos/Coberturas	Invalidez Permanente	Subsídio Diário Assistência	Subsídio Diário Hospitalização	Despesas de Tratamento	Responsabilidade Civil	Despesas de Salvamento e Busca
<input type="checkbox"/> Módulo 1	€ 25.000	€ 7,50	€ 10,00	€ 2.500	€ 2.500	€ 1.000
<input type="checkbox"/> Módulo 2	€ 75.000	€ 25,00	€ 37,50	€ 7.500	€ 3.750	€ 1.000

Pluralidade de Seguros:

Alguna das Pessoas Seguras tem outro(s) seguro(s) de Acidentes Pessoais? Não Sim, indique as Pessoas Seguras

Indique o nome da(s) seguradora(s) _____

Indique o valor total de capitais seguros por Morte e/ou Invalidez (em Euros) _____

Antecedentes de Saúde:

Alguna das Pessoas Seguras 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

Em caso afirmativo, indique a(s) Pessoa(s) Segura(s) e as percentagens de desvalorização _____ %

Observações:

O Tomador do Seguro declara que:

- Respondeu com exatidão e verdade a todos 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 o 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 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 _____

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