

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 CredorNome 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: 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

Data