

Proposta de Seguro Vida Segura

Nova Alteração

Escritório Comercial: _____ Apólice: _____
Mediador: _____ Nº de Empregado: _____ Adesão: _____
Data de Início (00h00 do dia): _____

Duração: Renovável anualmente até ao final da anuidade em que a Pessoa Segura complete 75 anos de idade.

Dados Gerais

Tomador de Seguro (se Cliente Particular)

Nome: _____
Morada: _____ NIF: _____
Código-Postal: _____ Localidade: _____ Concelho: _____
Nacionalidade: _____ País de Nascimento: _____
E-mail: _____ Telefone: _____
Data de Nascimento: _____ Telemóvel: _____ Profissão: _____
Documento de Identificação: _____ Número: _____ Data de Validade: _____

O Tomador do Seguro ou algum membro próximo da família ou pessoa que reconhecidamente tenha consigo estreitas relações de natureza societária ou comercial, desempenha ou desempenhou, durante os últimos 12 meses, algum cargo de natureza política ou pública? Não Sim

Em caso afirmativo, indique qual o cargo: _____

Aceito a utilização do e-mail para contacto e para o envio de documentação? Não Sim
(Assume-se a aceitação à utilização do e-mail em caso de não preenchimento)

Tomador de Seguro (Se Cliente Empresa)

Denominação: _____ NIPC: _____
Morada: _____
Código-Postal: _____ Localidade: _____ Concelho: _____
País de Constituição: _____ E-mail: _____ Telemóvel: _____
Código de Certidão Permanente: _____ CAE: _____

Aceito a utilização do e-mail para contacto e para o envio de documentação? Não Sim
(Assume-se a aceitação à utilização do e-mail em caso de não preenchimento)

Preenchi o anexo Titulares e Órgãos de Gestão com a informação da Empresa referente aos:

- Titulares de Participação no capital e nos Direitos de Voto de valor superior ou igual a 5%.
- Titulares dos Órgãos de Administração ou equivalente, bem como outros quadros superiores relevantes, com poderes de gestão.

Documentos Necessários:

- Tomador Cliente Particular: Documento de Identificação válido.
- Tomador Cliente Empresa: Certidão Permanente Comercial atualizada.

Pessoa Segura (se diferente do Tomador de Seguro)

Nome: _____
Morada: _____ NIF: _____
Código-Postal: _____ Localidade: _____ Concelho: _____
E-mail: _____ Telemóvel: _____
Data de Nascimento _____ Profissão: _____
Documento de Identificação _____ Número: _____ Data de Validade: _____

Aceito a utilização do e-mail para contacto e para o envio de documentação? Não Sim
(Assume-se a aceitação à utilização do e-mail em caso de não preenchimento)

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 de Identificação: _____ Número: _____
Sexo: _____

Em caso de Invalidez da Pessoa Segura: Pessoa Segura Beneficiário identificado abaixo

Nome: _____
Morada: _____ NIF: _____
Código-Postal: _____ Localidade: _____ Concelho: _____
Data de Nascimento: _____ Documento de Identificação: _____ Número: _____
Sexo: _____

Caso pretenda indicar mais beneficiários em caso de morte deverá solicitar o anexo de "Descrição de Beneficiários".

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

Prémio

Forma de Pagamento

Forma de cobrança (1º recibo): Agente Débitos Diretos (SEPA)
Fracionamento (obrigatório Débitos Diretos (SEPA)): Anual Semestral Trimestral Mensal

Os campos apresentados são de preenchimento obrigatório.

Autorização de Débito em Conta

Entidade Bancária: _____ IBAN: _____
 Nome: _____ NIF: _____
 Morada: _____
 Parentesco/Relacionamento com o Tomador de Seguro: _____

Por débito na conta indicada, autorizo o pagamento das importâncias que forem apresentadas pela Companhia de Seguros Allianz Portugal, S.A. relativa 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
 Morada: R U A A N D R A D E C O R V O , , 3 2
 Código-Postal: 1 0 6 9 - 0 1 4 Cidade: L I S B O A País: P O R T U G A L
 Tipo de Pagamento: Pagamento Recorrente Pagamento Pontual

Coberturas e Capitais

Capital Contratado € _____

Coberturas/Pacotes	<input type="checkbox"/> Essencial	<input type="checkbox"/> Base	<input type="checkbox"/> Mais	<input type="checkbox"/> Extra	<input type="checkbox"/> Total
Morte ou Invalidez, Absoluta e Definitiva	<input checked="" type="checkbox"/>				
Morte por Acidente			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Morte por Acidente de Circulação			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Invalidez Total e Permanente		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Doenças Graves				<input checked="" type="checkbox"/>	
Despesas de Tratamento por Acidente					<input checked="" type="checkbox"/>
Subsídio Diário de Hospitalização por Acidente				<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Declaração de Saúde

Declaro cumulativamente:

- que me encontro em perfeito estado de saúde e não estar sob observação médica ou em tratamento médico regular (incluindo uso de medicação*);
- não ter interrompido nos últimos 10 anos por mais de 3 dias consecutivos a minha atividade laboral por motivos de saúde;
- não ter sido operado** ou internado num estabelecimento hospitalar;
- não pretender consultar nenhum médico por me sentir doente ou por prever alguma situação clínica que necessite de tratamento médico;
- não ter agendada a realização de exames médicos;
- não ter fármaco dependência ou toxicomania;
- não ter nenhuma sequela nem ter sofrido nenhum internamento em caso de doença infecto-contagiosa (por exemplo Covid-19);
- não ter alguma deficiência física ou funcional;
- não me ter sido atribuído ou estar em processo de atribuição algum grau de incapacidade/invalidéz;
- não ter realizado nenhum exame médico com resultados anormais;
- nunca ter sido objeto de recusa ou agravamento de prémio aquando da subscrição de um Seguro de Vida.

* Fica excluída a toma de medicação anticoncepcional;

**Ficam excluídas de informação as seguintes cirurgias: Abscessos, Adenoidectomia, Amigdalectomia, Astigmatismo, Hérnias Inguinal e Umbilical, Miopia e Parto.

Sim

Não

Assinatura da Pessoa Segura

Data:

Questionário Teleseleção

Autorizo responder ao Questionário de Saúde por via telefónica. A chamada será gravada e conservada com a minha autorização prévia. Assim, os meus dados de contacto poderão ser facultados a terceiros prestadores devidamente selecionados pela Allianz Portugal, nomeadamente para a realização de contactos sobre a marcação ou resultados de exames médicos necessários à contratação do seguro.

Permito que me contactem para a Teleseleção utilizando o número de telemóvel abaixo indicado.

Assinatura da Pessoa Segura

Telemóvel

Transferência de Risco

Preencher no caso de se tratar de uma transferência de risco:

Declaro não terem existido alterações ao meu estado de saúde e que não ocorreu qualquer sinistro desde o início da apólice a transferir, até à presente data.

Nº da apólice a transferir Congénere* Allianz Portugal

*Anexar cópia das últimas Condições Particulares com indicação das coberturas contratadas, capitais garantidos, por cobertura e prémios, condições de aceitação de cada Pessoa Segura (agravamento e/ou exclusões), cópia do último recibo pago e cópia do pedido de anulação.

Nota: Para efeitos de pré-existência, em caso de sinistro é considerada a data de início na Congénere para as coberturas e capitais transferidos. Para novas coberturas e capitais, a data efeito será a data de início do seguro.

Assinatura da Pessoa Segura

Data:

Consentimento

A(s) Pessoa(s) Segura(s) autorizou(am), no momento da subscrição deste contrato, a Allianz Portugal a proceder ao tratamento dos seus dados pessoais de saúde, com vista à gestão contratual da apólice, bem como à gestão de eventuais processos de sinistro. No mesmo âmbito, autorizou Médico designado por esta Companhia de Seguros a solicitar, a qualquer outro Médico ou profissional de saúde e/ou a quaisquer Hospitais, Clínicas e entidades colectivas similares, 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 e/ou a quaisquer Hospitais, Clínicas e entidades colectivas similares, 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.

Assinatura da Pessoa Segura

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.

Assinatura da Pessoa Segura

Data:

O Tomador de 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 inexatamente. 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 de Seguro e/ou Pessoa(s) Segura(s) declara(am) também que lhe foram dadas a conhecer todas as condições que regulam este Contrato de Seguro e que recebeu a Nota de Informação Prévia.

Tomador do Seguro

Pessoa Segura

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 de Seguro

Data: