

# Proposta de Seguro

## Vida Crédito

Nova  Alteração

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

### Dados Gerais

#### Tomador de Seguro (se Cliente Particular)

Nome: \_\_\_\_\_  
Morada: \_\_\_\_\_ NIF: \_\_\_\_\_  
Código-Postal: \_\_\_\_\_ Localidade: \_\_\_\_\_ Concelho: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_ Telemóvel: \_\_\_\_\_  
Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Nacionalidade: \_\_\_\_\_ País de Nascimento: \_\_\_\_\_  
Documento de Identificação: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_ Data de Validade: \_\_\_\_\_  
Profissão: \_\_\_\_\_  
Entidade Patronal: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

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

#### Tomador de Seguro (se Cliente Empresa)

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

Aceita a utilização do e-mail para contacto e para o envio de documentação?  Não  Sim  
(Assume-se a aceitação à utilização do email 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 do registo comercial atualizada.

Os campos apresentados são de preenchimento obrigatório.

## Pessoa Segura 1

Nome: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_ NIF: \_\_\_\_\_

Código-Postal: \_\_\_\_\_ Localidade: \_\_\_\_\_ Concelho: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Telemóvel: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Documento de Identificação: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_

Profissão \_\_\_\_\_

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

## Pessoa Segura 2

Nome: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_ NIF: \_\_\_\_\_

Código-Postal: \_\_\_\_\_ Localidade: \_\_\_\_\_ Concelho: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Telemóvel: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Documento de Identificação: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_

Profissão \_\_\_\_\_

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

Caso pretenda incluir mais pessoas seguras, deverá preencher segundo exemplar da proposta.

## Beneficiário

O bom funcionamento das garantias contratuais depende de um preenchimento cuidadoso dos dados relativos aos beneficiários.

Tenha 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-las a fim de regularizar as importâncias devidas.

## Entidade Credora (Beneficiário irrevogável em caso de Morte e Invalidez)

Nome: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_ NIPC \_\_\_\_\_

Código-Postal: \_\_\_\_\_ Localidade: \_\_\_\_\_ Concelho: \_\_\_\_\_

Caso pretenda incluir mais Entidades Credoras, deverá preencher segundo exemplar da proposta.

## Em caso de Morte da Pessoa Segura (Beneficiário no eventual capital remanescente)

Herdeiros Legais  Herdeiros Testamentários  Pessoa Segura Sobreviva  Beneficiário identificado abaixo

Nome/Denominação: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_ NIF/NIPC \_\_\_\_\_

Código-Postal: \_\_\_\_\_ Localidade: \_\_\_\_\_ Concelho: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento \_\_\_\_\_ Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Documento de Identificação: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_ Data de Validade \_\_\_\_\_

Percentagem de Capital que cabe a este Beneficiário \_\_\_\_\_ %

### Beneficiário (continuação)

Em caso de Invalidez da Pessoa Segura (Beneficiário no eventual capital remanescente):

Nome/Denominação: \_\_\_\_\_  
Morada: \_\_\_\_\_ NIF/NIPC \_\_\_\_\_  
Código-Postal: \_\_\_\_\_ Localidade: \_\_\_\_\_ Concelho: \_\_\_\_\_  
Data de Nascimento \_\_\_\_\_ Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
Documento de Identificação: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_ Data de Validade \_\_\_\_\_

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

## Declarações e Consentimentos

### Declaração de Saúde

#### Pessoa Segura 1

Declaro cumultivamente:

- 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 alguma deficiência física ou funcional;
- não me ter sido atribuído ou estar em processo de atribuição algum grau de incapacidade/invalidez;
- 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 1

Data: \_\_\_\_\_

Declaro que não contraí coronavírus (SARS-CoV-2) ou qualquer outra doença infecto-contagiosa, que tenha agravado ou possa vir a agravar o meu quadro clínico de forma duradoura, nem me encontro em isolamento por suspeita de contágio e ainda, que não estou, nem estive em contacto com pessoas comprovadamente contagiadas com coronavírus ou qualquer outra doença infecto-contagiosa, assim como não viajei, nos últimos 14 dias, nem tenho planeada qualquer viagem para um local onde exista risco agravado de transmissão comunitária de doenças infecto-contagiosas cujos efeitos sem idênticos.

Sim  Não

Assinatura da Pessoa Segura 1

Data: \_\_\_\_\_

### Questionário Teleseleção

A(s) Pessoa(s) Segura(s) autoriza(m) responder ao Questionário de Saúde por via telefónica. A chamada será gravada e conservada com a sua autorização prévia. Assim, os 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.

Permite(m) que o(s) contactem para a Teleseleção utilizando o número de telemóvel abaixo indicado.

Assinatura da Pessoa Segura 1

Telemóvel Pessoa Segura 1 \_\_\_\_\_

## Transferência de Risco

Preencher em caso de 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 \_\_\_\_\_ Congénera\* \_\_\_\_\_  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 Cóngegene 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 1

Data:

## Declaração de Saúde

### Pessoa Segura 2

Declaro cumultivamente 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 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 2

Data:

Declaro que não contraí coronavírus (SARS-CoV-2) ou qualquer outra doença infecto-contagiosa, que tenha agravado ou possa vir a agravar o meu quadro clínico de forma duradoura, nem me encontro em isolamento por suspeita de contágio e ainda, que não estou, nem estive em contacto com pessoas comprovadamente contagiadas com coronavírus ou qualquer outra doença infecto-contagiosa, assim como não viajei, nos últimos 14 dias, nem tenho planeada qualquer viagem para um local onde exista risco agravado de transmissão comunitária de doenças infecto-contagiosas cujos efeitos sem idênticos.

Sim  Não

Assinatura da Pessoa Segura 2

Data:

## Questionário Teleseleção

A(s) Pessoa(s) Segura(s) autoriza(m) responder ao Questionário de Saúde por via telefónica. A chamada será gravada e conservada com a sua autorização prévia. Assim, os 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.

Permite(m) que o(s) contactem para a Teleseleção utilizando o número de telemóvel abaixo indicado.

Assinatura da Pessoa Segura 2

Telemóvel Pessoa Segura 2

## Transferência de Risco

Preencher em caso de 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 \_\_\_\_\_ Congénera\* \_\_\_\_\_  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 Cóngegenera 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 2

Data: \_\_\_\_\_

## Consentimentos

A(s) Pessoa(s) Segura(s) autorizou(zaram), 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 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.

Assinatura da Pessoa Segura 1

Data: \_\_\_\_\_

Assinatura da Pessoa Segura 2

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 1

Data: \_\_\_\_\_

Assinatura da Pessoa Segura 2

Data: \_\_\_\_\_

## Prémio

### Forma de Pagamento

Forma de cobrança (1º recibo):

Agente  Débitos Diretos (SEPA)

Fracionamento (obrigatório Débitos Diretos (SEPA))

Anual  Semestral  Trimestral  Mensal

### Autorização de Débito em Conta

Entidade Bancária: \_\_\_\_\_ IBAN: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ NIF: \_\_\_\_\_

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. 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:

## 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 1 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

## Dados do Risco

### Coberturas e Capitais

Coberturas Base:  Morte/Invalidez Absoluta e Definitiva Capital Contratado \_\_\_\_\_ €

Coberturas Complementares  Invalidez Total e Permanente

A % de capital é diferente por Pessoa Segura?  Não  Sim Pessoa Segura 1 \_\_\_\_\_ % Pessoa Segura 2 \_\_\_\_\_ %

Prazo do contrato: \_\_\_\_\_

**Declaração do Tomador/Pessoa Segura:** O Tomador de Seguro e/ou a Pessoa Segura, ao assinar esta proposta, garante(m) 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(m) 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(m) 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 negligência, 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 Segura declara também que lhe foram dadas a conhecer todas as condições que regulam este Contrato de Seguro e que recebeu a Nota de Informação Prévia.

**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 devida, impede a prorrogação do contrato e implica a resolução automática nessa 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 do 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 do vencimento do prémio não pago.

Tomador do Seguro

Pessoa Segura 1

Data:

Pessoa Segura 2

## 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

<b>Responsável</b>	Companhia de Seguros Allianz Portugal, S.A.
<b>Finalidade</b>	A subscrição e execução de um contrato de seguro.
<b>Licitude do Tratamento</b>	O tratamento de dados é necessário por motivo de interesse público importante, no âmbito da gestão do seguro obrigatório de acidentes de trabalho.
<b>Destinatários</b>	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.
<b>Direitos</b>	O titular dos dados pode exercer os seus direitos de acesso, retificação, apagamento, limitação, portabilidade e oposição, conforme informação adicional.
<b>Origem</b>	Para além dos dados recolhidos junto do titular, podemos aceder, recolher ou confirmar dados pessoais em sites de Entidades Públicas ou Privadas.
<b>Informação Adicional</b>	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:

- Dou o meu consentimento ao tratamento dos meus dados pessoais para fins de Marketing.  
 Sim  Não
- Dou o meu consentimento ao tratamento automatizado dos meus dados pessoais com vista à definição de perfis.  
 Sim  Não