

AT Independente



AÇOREANA
SEGUROS
GRUPO BANIF

Proposta N.º

Seguro Novo

Apólice N.º

Alteração à Apólice

É OU FOI CLIENTE DA COMPANHIA DE SEGUROS AÇOREANA? SIM NÃO

N.º de Titular

(A preencher pela Companhia)

Os dados recolhidos serão processados e armazenados informaticamente e destinam-se à utilização nas relações contratuais com a Companhia e seus Subcontratados.

As omissões, inexactidões e falsidades, quer no que respeita a dados de fornecimento obrigatório, quer facultativo, são da responsabilidade do cliente.

Os interessados podem ter acesso à informação que lhes diga directamente respeito solicitando a sua correcção, aditamento ou eliminação, mediante contacto directo ou por escrito, junto às delegações da Companhia.

TOMADOR DE SEGURO

(UTILIZAR LETRA DE IMPRENSA E UM CARACTER POR QUADRÍCULA)

Nome

(Nunca abreviar os dois primeiros e os dois últimos nomes)

Morada

Localidade C. Postal - Telefone Fax

Telemóvel E-mail

B.I./ID civil Data Estado Civil Sexo M F Data Nasc.

CAE Profissão / Actividade Empres. N.I. N.º Contribuinte

Sou Tomador de Seguro ou Segurado de outros contratos de seguro, relativos ao risco ora proposto? SIM NÃO Em caso afirmativo quais:

Sou Tomador de Seguro ou Segurado de outros contratos de seguro, na Companhia de Seguros Açoreana? SIM NÃO Em caso afirmativo quais:

SEGURADO

A PREENCHER DIFERENTE DO TOMADOR DE SEGURO

Nome

(Nunca abreviar os dois primeiros e os dois últimos nomes)

Morada

Localidade C. Postal - Telefone Fax

Telemóvel E-mail

B.I./ID civil Data Estado Civil Sexo M F Data Nasc.

CAE Profissão / Actividade Empres. N.I. N.º Contribuinte

Sou Tomador de Seguro ou Segurado de outros contratos de seguro, relativos ao risco ora proposto? NÃO SIM Em caso afirmativo quais:

DURAÇÃO DO SEGURO

Ano e seguintes Temporário Dias Início Hora Termo Hora

FORMA E LOCAL DE PAGAMENTO

Anual Semestral Trimestral Único Vencimento Unificado

Uma vez que foi convencionado o pagamento do prémio em fracções iguais ou inferiores a três meses e que nas condições particulares serão indicadas as datas de vencimento das sucessivas fracções do prémio de seguro, valor a pagar e consequências do seu não pagamento, declaro de forma expressa que dei o meu consentimento à Seguradora para que esta fique dispensada de proceder ao envio dos respectivos avisos de pagamento de cada uma das fracções.

Morada do Tomador de Seguro Através do Mediador Débito em conta bancária (Preencher e assinar autorização de transferência bancária)

Banco NIB

PROFISSÃO SEGURA

CLASSIFICAÇÃO PORTUGUESA DE PROFISSÕES:

Profissão

Morada e Local de Risco

Concelho

REMUNERAÇÃO SEGURA

Diária Semanal Mensal Anual Montante €

QUESTIONÁRIO - PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

Ocorreram sinistros nos últimos 5 anos? NÃO SIM Em caso afirmativo indique o número de sinistros e montantes

Desloca-se em veículos de 2 rodas? NÃO SIM

Trabalha fora do horário normal? NÃO SIM

Trabalha aos Sábados Domingos e Feriados? NÃO SIM

Utiliza matérias explosivas no desempenho da sua actividade? NÃO SIM Em caso afirmativo indique quais?

Utiliza substâncias perigosas no desempenho da sua actividade? NÃO SIM Em caso afirmativo indique quais?

Desloca-se com frequência ao estrangeiro? NÃO SIM

É canhoto? NÃO SIM

Tem alguma deficiência física ou é portador de alguma invalidez permanente? NÃO SIM Em caso afirmativo indique: Natureza

Grau

Sofreu alguma doença susceptível de agravar as consequências de um acidente ou demorar a cura das lesões? NÃO SIM Em caso afirmativo indique qual?

COBERTURA COMPLEMENTAR

Protecção Jurídica Acidentes Pessoais - Beneficiário em caso de Morte: Salário Integral

Trabalhador deslocado Herdeiros Legais Outro a designar em documento próprio

Repatriamento mais despesas médicas Zona A País _____

Repatriamento mais despesas médicas e assistência em viagem Zona B Duração: Permanente Outra: _____

OBSERVAÇÕES**DECLARAÇÕES DO TOMADOR DO SEGURO/SEGURADO****DECLARAÇÃO DE SAÚDE**

Declaro não estar sob observação médica ou tratamento médico regular; não ter interrompido, por mais de 15 dias consecutivos, nos últimos 5 anos, a minha actividade laboral por motivos de saúde; não ter sido operado ou internado num estabelecimento hospitalar; não ter qualquer deficiência física ou funcional; não sofrer de fármaco-dependência ou toxicomania. (Se não puder subscrever esta declaração de saúde, que constitui elemento essencial para a apreciação do risco, declare no campo observações os motivos).

OUTRAS DECLARAÇÕES

Declaro que me foram transmitidas, nos termos legais, todas as informações necessárias e prestados os devidos esclarecimentos sobre o contrato de seguro proposto, nomeadamente todas as informações previstas no art.º 18.º da Lei do Contrato de Seguro.

Declaro que tomei conhecimento que estou obrigado a responder com exactidão e veracidade a todas as questões colocadas nesta proposta e a declarar todas as circunstâncias ou factos que conheça e que sejam significativos para a avaliação do risco proposto, mesmo que não tenham sido solicitados expressamente no questionário, devendo-o fazer no campo assinalado para o efeito ou em declaração anexa à presente proposta, sob pena de me serem aplicáveis as consequências previstas nas Condições Gerais da Apólice.

O contrato de seguro individual em que o tomador seja uma pessoa singular só se considera aceite em caso de silêncio do Segurador, decorridos 14 dias contados da recepção da proposta ou da recepção de todos os documentos ou informações adicionais/complementares solicitados pelo Segurador. Para o efeito, a proposta só se considera recebida pelo Segurador no momento em que for entregue na Sede, nos Serviços Centrais ou numa das Delegações do Segurador, pessoalmente, por correio registado ou através de fax, acompanhada dos documentos indicados em anexo à presente proposta. **Antes de decorrido o referido prazo o seguro não está aceite.**

De acordo com o previsto na legislação em vigor, designadamente nos artigos 59º e 61º do Dec. Lei nº 72/2008 de 16 de Abril, o prémio ou fracção inicial é devido na data de celebração do contrato ou na data estabelecida nas condições particulares, ficando a eficácia do contrato dependente do pagamento efectivo do prémio ou fracção inicial.

A falta de pagamento de prémio ou fracção, de acerto, de parte de prémio de montante variável ou de prémio adicional fundado num agravamento superveniente do risco, na data indicada no aviso ou no documento contratual referido no número anterior, determina a não renovação ou a resolução automática e imediata do contrato na data em que o pagamento seja devido não produzindo quaisquer efeitos e não assumindo a COMPANHIA DE SEGUROS AÇOREANA, S.A. nenhuma responsabilidade em caso de ocorrência de sinistro.

Quando o pagamento do prémio ou fracção for efectuado por meio de cheque ou débito em conta, a cobertura dos riscos fica subordinada à boa cobrança do cheque ou à não anulação posterior do débito por ordem do tomador.

Autorizo a Companhia a proceder à recolha de dados pessoais complementares junto de Organismos Públicos, empresas especializadas e outras entidades económicas, tendo em vista a confirmação ou complemento dos elementos recolhidos, necessários à gestão contratual, bem como a comunicar tais dados à Associação Portuguesa de Seguradores.

Autorizo igualmente a consulta dos dados pessoais disponibilizados, sobre regime de absoluta confidencialidade, às empresas que integram o Grupo, desde que compatível com a finalidade de recolha dos mesmos.

ENTREGA DA APÓLICE E COMUNICAÇÕES EM SUPORTE ELECTRÓNICO

Declaro que autorizo que a entrega da apólice de seguro (correspondente ao conjunto das Condições Gerais, Especiais e Particulares aplicáveis ao contrato) seja efectuada por meio de suporte electrónico duradouro, através do envio para o seguinte endereço electrónico: _____@_____ assim como através do acesso que me é facultado à página da Internet do Segurador com o endereço www.acoreanaseguros.pt, através da utilização como "password" do número da apólice, cuja introdução permitirá igualmente o acesso automático às Condições Gerais e Especiais aplicáveis ao contrato, as quais estarão disponíveis na referida página durante a vigência do contrato de seguro.

Mais declaro que concordo e aceito que todas as comunicações ou notificações do Segurador, ao abrigo do presente contrato de seguro, me sejam preferencialmente dirigidas para o endereço electrónico acima indicado.

A presente autorização não prejudica que, por opção do Segurador, as mesmas comunicações ou notificações possam também ser validamente efectuadas para a morada constante na presente proposta de seguro.

Data _____ Assinatura do Tomador _____

O Tomador de Seguro _____, [A][A][A][A] - [M][M] - [D][D]

O Segurado _____, [A][A][A][A] - [M][M] - [D][D]

DECLARAÇÃO ADICIONAL DO TOMADOR DE SEGURO/SEGURADO

Na qualidade de Tomador de Seguro e/ou Pessoa Segura, autoriza expressamente que o Segurador contacte o(s) beneficiários designado(s), caso venha a verificar: - A impossibilidade de contacto com o Tomador de Seguro ou com a Pessoa Segura, quando não coincidam com a mesma pessoa, por período superior a um ano? - Não ter sido exercido o direito de reembolso do montante devido, decorrido que seja um ano após a data de termo do contrato?

NÃO SIM

O Tomador de Seguro _____, [A][A][A][A] - [M][M] - [D][D]

O Segurado _____, [A][A][A][A] - [M][M] - [D][D]

INTERVENÇÃO COMERCIAL

Mediador / Produtor N.º _____ Nome _____

Cobrador N.º _____ Nome _____

Banco _____ Balcão _____ Produtor _____ Interveniente _____

A PREENCHER PELOS SERVIÇOS DA COMPANHIA

Esta proposta foi: Aprovada em [D][D][M][M][A][A][A] Assinatura _____

Emitida em [D][D][M][M][A][A][A] Assinatura _____

TAXA COMERCIAL _____ %