



Proposta de Seguro

Fraccionamento Regular:

- ☐ Anual
☐ Semestral
☐ Trimestral
☐ Mensal

Mediador N.º

Início do Seguro

Duração do contrato

____ Anos

Candidato a Tomador de Seguro

1. Nome completo ou, se for Pessoa Colectiva, Denominação Social e 2. Nome do Representante Legal

1. _____
2. _____

Sexo ☐ M ☐ F Data de Nascimento ____ . ____ . ____ Estado Civil _____

Pais de Nascimento _____ Cidade de Nascimento _____

1. Nacionalidade. 2. Caso tenha mais de uma nacionalidade, especifique. 1. País de residência. 2. Caso seja residente em mais de um país, especifique.

1. _____ 1. _____
2. _____ 2. _____

NIF/NIPC _____ N.I. Civil _____ CAE _____

1. Morada ou, se for Pessoa Colectiva, Sede Social e 2. Caso seja filial de empresa estrangeira, **especifique também** morada e País da Sede Social da Casa Mãe.

1. _____
1. _____
2. _____
2. _____

Telefone _____ Telemóvel _____ e-mail _____

Profissão/Actividade _____ É pessoa politicamente exposta?* ☐ Sim ☐ Não

* São consideradas "Pessoas politicamente expostas" as pessoas singulares que desempenham, ou desempenharam até há um ano, altos cargos de natureza política ou pública, bem como os membros próximos da sua família e pessoas que reconhecidamente tenham com elas estreitas relações de natureza societária ou comercial conforme a Lei n.º 25/2008, art.º 2º, n.º 6) e especificado nas Condições Gerais da apólice.

Pessoa Segura (se diferente do Tomador do Seguro)

Nome completo

Sexo ☐ M ☐ F Data de Nascimento ____ . ____ . ____ Estado Civil _____

Pais de Nascimento _____ Cidade de Nascimento _____

1. Nacionalidade. 2. Caso tenha mais de uma nacionalidade, especifique. 1. País de residência. 2. Caso seja residente em mais de um país, especifique.

1. _____ 1. _____
2. _____ 2. _____

N.I. Fiscal _____ N.I. Civil _____

Morada _____

Telefone _____ Telemóvel _____ e-mail _____

Profissão/Actividade _____ É pessoa politicamente exposta?* ☐ Sim ☐ Não

Beneficiários

Em caso de morte ☐ Os Herdeiros legais em partes iguais ou ☐ Os designados a seguir:

Nome completo ou, se for Pessoa Colectiva, Denominação Social e nome do Representante Legal

_____ %

Estado Civil _____ Pais de Nascimento _____ Cidade de Nascimento _____

1. Nacionalidade. 2. Caso tenha mais de uma nacionalidade, especifique. 1. País de residência. 2. Caso seja residente em mais de um país, especifique.

1. _____ 1. _____

2. _____ 2. _____

NIF/NIPC _____ N.I. Civil _____ CAE _____

Morada _____

Profissão/Actividade _____ É pessoa politicamente exposta?* ☐ Sim ☐ Não

Nome completo ou, se for Pessoa Colectiva, Denominação Social e nome do Representante Legal

_____ %

Estado Civil _____ Pais de Nascimento _____ Cidade de Nascimento _____

1. Nacionalidade. 2. Caso tenha mais de uma nacionalidade, especifique. 1. País de residência. 2. Caso seja residente em mais de um país, especifique.

1. _____ 1. _____

2. _____ 2. _____

NIF/NIPC _____ N.I. Civil _____ CAE _____

Morada _____

Profissão/Actividade _____ É pessoa politicamente exposta?* ☐ Sim ☐ Não

Em caso de vida ou invalidez: O Tomador do Seguro _____ % A Pessoa segura _____ % ☐ Os designados a seguir:

Nome completo ou, se for Pessoa Colectiva, Denominação Social e nome do Representante Legal

_____ %

Estado Civil _____ Pais de Nascimento _____ Cidade de Nascimento _____

1. Nacionalidade. 2. Caso tenha mais de uma nacionalidade, especifique. 1. País de residência. 2. Caso seja residente em mais de um país, especifique.

1. _____ 1. _____

2. _____ 2. _____

NIF/NIPC _____ N.I. Civil _____ CAE _____

Morada _____

Profissão/Actividade _____ É pessoa politicamente exposta?* ☐ Sim ☐ Não

Nome completo ou, se for Pessoa Colectiva, Denominação Social e nome do Representante Legal

_____ %

Estado Civil _____ Pais de Nascimento _____ Cidade de Nascimento _____

1. Nacionalidade. 2. Caso tenha mais de uma nacionalidade, especifique. 1. País de residência. 2. Caso seja residente em mais de um país, especifique.

1. _____ 1. _____

2. _____ 2. _____

NIF/NIPC _____ N.I. Civil _____ CAE _____

Morada _____

Profissão/Actividade _____ É pessoa politicamente exposta?* ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTAÇÃO A APRESENTAR COM A PRESENTE PROPOSTA DE SEGURO.

1. Pessoas singulares:

- Documento de identificação civil (Cartão de Cidadão, Bilhete de Identidade, Passaporte, Autorização de Residência)
- Documento de identificação fiscal (Cartão de Contribuinte, caso não tenha sido apresentado Cartão de Cidadão e se não tiverem documento nacional, outro que o substitua)
- Documento comprovativo de residência portuguesa (carta de condução, factura de fornecimento de serviço – água, luz -com morada coincidente com a da proposta)

2. Pessoas colectivas:

- Documento de identificação societária/fiscal (Cartão de pessoa colectiva ou equivalente)
- Documento comprovativo do local de estabelecimento (certidão do Registo Comercial ou equivalente)
- Documento comprovativo da sua composição societária (sócios ou accionistas), e do montante da sua participação (certidão do registo comercial)

Coberturas, Capitais e Prémios

		Capital	Prémio Anual
Base	Capital Seguro da Cobertura Principal		
	Capital Final Garantido		
Complementares	☐ Invalidez Absoluta Definitiva		
	☐ Invalidez Total Permanente		
	☐ Morte por Acidente		
	☐ Morte por Acidente Circulação		
	☐ Reembolso Desp Hosp Acidente		
	☐ Diária Hospitalização Acidente		
	☐ Renda Educação		

Declarações e Autorizações do Tomador e da(s) Pessoa(s) Segura(s)

Os dados pessoais agora recolhidos serão processados e armazenados informaticamente e destinam-se à utilização nas relações contratuais com a Generali Vida S.A..

Autorizo a consulta de dados pessoais disponibilizados, sob o regime de absoluta confidencialidade, à Generali Vida S.A., à Assicurazioni Generali S.p.A. (Itália) e suas Associadas, para finalidades compatíveis com a recolha dos mesmos, designadamente para análise de subscrição, de liquidação de sinistros, de co-seguro ou de resseguro. Quaisquer informações a respeito poderão ser obtidas junto da Generali Vida S.A..

As omissões, inexactidões e falsidades, no que respeita a dados de fornecimento quer 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 pessoal ou por escrito, junto dos serviços da Generali Vida S.A.

Declaro que me foram transmitidas todas as informações e prestados os devidos esclarecimentos sobre o contrato de seguro proposto e bem assim sobre as condições gerais e especiais aplicáveis, nomeadamente sobre as exclusões e limitações de cobertura; sobre o valor total do prémio e método de cálculo; sobre as modalidades de pagamento do prémio e das consequências da falta de pagamento do mesmo; dos agravamentos que possam ser aplicados no contrato e respectivo regime de cálculo; do montante mínimo do capital e do montante máximo a que o segurador se obriga em cada período de vigência do contrato; da duração do contrato e do respectivo regime de renovação, de denúncia, de livre resolução; sobre o regime de transmissão do contrato; sobre o modo de efectuar reclamações, dos correspondentes mecanismos de protecção jurídica e da autoridade de supervisão e do regime relativo à lei aplicável ao contrato, tendo compreendido o teor e alcance das informações prestadas.

Autorizações para Marketing e Publicidade - Autorizo a utilização dos meus dados pessoais disponibilizados para envio de futuras campanhas de Marketing da Generali Vida S.A.. Caso não autorize, assinala aqui com uma cruz: ☐

Mais declaro que me foram entregues as Condições Gerais e Especiais aplicáveis ao contrato, nas quais se inclui, em letras destacadas, toda a informação pré contratual prestada.

Assinatura do Tomador do Seguro
(Representante Legal se for Pessoa Colectiva)

(Assinatura da Pessoa a Segurar)

Local e Data _____, _____ de _____ de 20 _____

(Assinatura /Carimbo do Mediador)

Questionário			
Médico			
1. Fez ou foi aconselhado a fazer exames para despiste das seguintes patologias: tumores malignos, doenças cardíacas, ictus, hipertensão, gota, dislipidémia, diabetes, tuberculose, epilepsia, outras doenças nervosas, mentais ou osteoarticular?		☐ Não	☐ Sim
2. Alterou o seu peso em mais de 5 Kgs nos últimos 6 meses? Se sim indique a razão.		☐ Não	☐ Sim
3. Sofre ou sofreu de algum acidente ou doença, física ou psíquica, suportado por sequelas que o tornem inválido, que tenham interrompido a sua actividade por mais de três semanas consecutivas ou mais de 90 dias em um ano, nos últimos 5 anos ou que tenham implicado ou impliquem a realização de tratamentos psicoterapêuticos?		☐ Não	☐ Sim
4. Sofre ou sofreu: A) Do aparelho cardiocirculatório (malformações congénitas, cardiopatia isquémica, valvulopatia, arritmia, insuficiência cardíaca, doenças do miocárdio ou pericárdio, hipertensão arterial, artereosclerose, flebosclerose, etc), do aparelho respiratório (asma, enfisema, tuberculose, etc), e digestivo (úlceras gástrica ou duodenal, colite ulcerosa, gastroenterite, hemorragias gastrointestinais, pólipos, hemorroidal, doenças do esófago ou inflamatórias crónicas do intestino, infecções do fígado, vias biliares, pâncreas, etc)?		☐ Não	☐ Sim
B) De tumor (maligno ou benigno), doença óssea, articular ou da coluna vertebral, neurológica ou psiquiátrica (epilepsia, paralisia, depressão, acidente vascular cerebral, etc), ginecológica e/ou do aparelho genito-urinário, dos olhos (glaucoma, doenças da retina, miopia de grau igual ou superior a 3 dioptrias)?		☐ Não	☐ Sim
C) Da tiróide, distúrbio hormonal, obesidade, dislipidémia, diabetes, gota e de outras doenças ou distúrbios não referidos.		☐ Não	☐ Sim
5. Esteve internado em hospitais, sanatórios ou casas de saúde por doenças ou intervenções cirúrgicas e/ou alguma vez se submeteu a rádio ou quimioterapia?		☐ Não	☐ Sim
6. Alguma vez realizou exames clínicos (análises clínicas, consultas a especialistas ou pesquisas particulares) que tenham revelado situações de anormalidade, teve resultado positivo por HIV/Sida ou Hepatite B e C ou recebeu tratamento por doenças tropicais, infecciosas, parasitárias ou sexualmente transmissíveis?		☐ Não	☐ Sim
7. Já se submeteu a transfusões de sangue, terapias à base de derivados de sangue ou teve impedimento de dar sangue?		☐ Não	☐ Sim
8. Sente-se doente ou prevê alguma situação da sua saúde que necessite de tratamento médico, internamento ou intervenção cirúrgica?		☐ Não	☐ Sim
9. Dê os detalhes às respostas “sim” especificando o tipo, época, duração, tratamento, eventuais recaídas e indique qualquer distúrbio, doença, deformidade ou problema que não tenha sido expressamente mencionado acima:			
10. Tem um médico assistente ou de família?		☐ Não	☐ Sim
Caso afirmativo, indique a especialidade, o nome e a morada? _____			
Se consultou no último ano, indique o motivo? _____			
11. Toma medicamentos?		☐ Não	☐ Sim
Caso afirmativo, especifique: Nome do Medicamento _____ Posologia _____			
12. Indique os seguintes valores: altura cm _____ peso Kg _____ pressão arterial: máx _____ min _____			
Hábitos			
13. Consome diariamente cigarros ou bebidas alcoólicas?		☐ Não	☐ Sim
Caso afirmativo, especifique as atuais quantidades diárias consumidas e o tipo (unidade de medida para as bebidas = copos). (cigarros _____, cerveja _____, vinho _____, bebida de alto teor alcoólico _____)			
14. Consome estupefacientes?		☐ Não	☐ Sim
Caso afirmativo, especifique _____			
15. Pratica atividade física/desporto de forma amadora ou de recreio?		☐ Não	☐ Sim
Caso afirmativo, especifique _____			
Pratica competição, integrada ou não em provas desportivas, campeonatos e respectivos treinos em relação ao desporto acima indicado?		☐ Não	☐ Sim
Adicionais			
16. Se deslocar para países ou áreas geográficas que notoriamente apresentam um perfil político ou sócio sanitário considerado de risco acrescido?		☐ Não	☐ Sim
Caso afirmativo, especifique o país e a duração: _____			
17. Conduz ou utiliza aeronaves (excepto como passageiro de carreiras comerciais autorizadas para o transporte comum)?		☐ Não	☐ Sim
Conduz veículos motorizados de duas rodas ou moto 4, em utilização todo-o-terreno?		☐ Não	☐ Sim
18. Já foi recusado por alguma seguradora um risco que cobrisse a sua vida?		☐ Não	☐ Sim
Tem Seguros de Vida com capitais de risco noutra Seguradora, não considerando os que venham a ser anulados com a emissão da apólice correspondente a esta proposta?		☐ Não	☐ Sim
Especifique:			
Companhia	Capital Morte	Capital Invalidez	Aceitação (Normal, Agravamento, Restrição)
_____	_____ €	_____ €	_____
_____	_____ €	_____ €	_____

Indique a seguir outras circunstâncias ou factos que conheça e que sejam significativos para a avaliação do risco proposto, mesmo que não tenham sido solicitados expressamente no questionário, bem como eventuais outros países relacionados à pergunta 16:

Declarações e Autorizações do Tomador e da(s) Pessoa(s) Segura(s)

Declaro que tomei conhecimento de 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.

Declaro ter sido esclarecido que em caso de incumprimento doloso do dever de declarar o risco com exactidão e veracidade, o contrato de seguro é anulável pelo segurador mediante o envio de uma declaração no prazo de três meses a contar do conhecimento do incumprimento, ficando o segurador desobrigado de cobrir qualquer sinistro que ocorra antes de ter tido conhecimento do incumprimento em causa ou no decurso do referido prazo e mantendo o direito a fazer seu o prémio recebido, até ao termo do prazo de três meses ou até ao termo do contrato se o tomador ou o segurado tiverem agido com o propósito de obter uma vantagem.

Fui ainda esclarecido que em caso de incumprimento negligente do dever de declaração do risco, o Segurador pode, no prazo de três meses a contar do conhecimento: propor uma alteração ao contrato, que cessará os seus efeitos se o tomador nada disser ou se rejeitar a proposta de alteração ou fazer cessar o contrato, demonstrando que, em caso algum, celebraria o contrato para a cobertura de riscos relacionados com o facto omitido ou declarado inexactamente, havendo lugar a devolução do prémio pelo tempo contratual não decorrido. Ocorrendo um sinistro antes da cessação ou da alteração do contrato influenciado pelo facto omitido ou inexacto, o segurador só cobre o sinistro na proporção da diferença entre o prémio pago e o prémio que seria devido ou não cobre o sinistro, demonstrando que, em caso algum, teria celebrado o contrato se tivesse conhecimento do facto omitido ou declarado inexactamente, ficando apenas vinculado à devolução do prémio.

O tomador de seguro e a(s) pessoa(s) segura(s) declaram que as respostas contidas nestes questionários são verdadeiras, exactas e completas, que não foi ocultada qualquer informação que possa influir sobre a decisão que a Companhia venha a tomar sobre o seguro proposto e autorizam-na a proceder à recolha de dados pessoais complementares, desobrigando ao segredo profissional, junto dos Médicos, Hospitais, Clínicas, Estabelecimentos de cura, Organismos públicos, empresas especializadas e outras entidades, a darem informações ao Médico Consultor da Generali Vida S.A. sobre a situação profissional e o estado de saúde da Pessoa Segura.

Autorizo o médico designado pela Seguradora e as Pessoas identificadas como Beneficiário(s) ou os Herdeiro(s) Legais a solicitar a qualquer outro médico ou profissional de saúde, as informações e os documentos relativos à minha saúde que julgue necessários para analisar o risco agora proposto e para determinar as causas e consequências de qualquer sinistro que seja participado à Seguradora por mim, pelos Beneficiários ou pelos meus herdeiros.

Autorizo, igualmente, os referidos médicos e profissionais de saúde a prestarem ao médico designado pela Seguradora as informações e documentos por este solicitados no âmbito da autorização que agora lhe conferi. Para os devidos efeitos declaro e autorizo a Direcção Clínica da Generali Vida S.A. a aceder ao resultado de todos os Exames Médicos a realizar, estritamente necessários à análise e contratação de Seguro de Vida, nomeadamente os testes de HIV I e II.

Ao abrigo do dever de informação, sobre os factos ou circunstâncias que possam influir sobre a aceitação ou condições do contrato de seguro, cuja proposta do produto Generali Vida Inteira que submeti à apreciação da Generali Vida, S.A., no dia ____/____/____ fico obrigado a informar a Generali Vida S.A. de todas as eventualidades que ocorram ou cheguem ao meu conhecimento, até ao momento da aceitação definitiva da proposta pela Seguradora (com a consequente entrada em vigor das coberturas de seguro pretendidas) especialmente no que se refere aos factos ou circunstâncias relativos a (estado de saúde, ausências ao local de trabalho, mudança de profissão ou função profissional, medicação, etc.) sob pena de invalidade do contrato de seguro.

(Assinatura da Pessoa a Segurar)

(Assinatura do candidato a Tomador de Seguro)

Local e Data _____, _____ de _____ de 20 ____

(Assinatura /Carimbo do Mediador)

Declaração F.A.T.C.A. do Tomador do Seguro

A) Para a Pessoa Singular

A1) Declaro sob minha plena responsabilidade que sou possuidor de um SSN (Social Security Number), mesmo na condição de não ser mais residente fiscal nos Estados Unidos da América.

☐ Sim ☐ Não

A2) Declaro sob minha plena responsabilidade que sou um cidadão dos Estados Unidos da América ou um residente fiscal dos Estados Unidos da América.

☐ Sim ☐ Não

B) Para a Pessoa Colectiva

B1) Declaro sob minha plena responsabilidade que a Pessoa Colectiva possui um EIN (Employer Identification Number) e tem sua sede social nos Estados Unidos da América.

☐ Sim ☐ Não

B2) Especifique se a Pessoa Colectiva é uma instituição financeira (banco, sociedade gestora de activos, fundo de investimento ou companhia de seguros).

☐ Sim ☐ Não

B3) Se respondeu SIM à questão B.2, por favor indique se é possuidor de um GIIN (Global Intermediary Identity Number).

☐ Sim ☐ Não

B4) Se respondeu NÃO à pergunta B.2, especifique se a Pessoa Colectiva é 1) Entidade cuja participação em produtos financeiros é superior a 50 % do total da receita na demonstração dos resultados. 2) Organização sem fins lucrativos- 3) Entidade cotada em Bolsa.

☐ Sim ☐ Não

B5) Se respondeu NÃO à pergunta B.3, especifique se a Pessoa Colectiva tem um ou mais accionistas/associados que sejam cidadãos dos Estados Unidos da América ou residentes fiscais dos Estados Unidos da América, com a detenção de uma participação de mais de 25 % na pessoa colectiva.

☐ Sim ☐ Não

Comprometo-me a fornecer à Generali Vida os esclarecimentos e a documentação adicional que essa venha requerer caso forem detectados indícios ou informações relacionadas, directa ou indirectamente, com os Estados Unidos da América no âmbito da presente proposta de seguro bem como a informar a Generali Vida em caso de alteração de circunstâncias que impliquem respostas diferentes das que constam no presente questionário no prazo máximo de 90 dias a contar da data da verificação dessa alteração.

Em cumprimento da Lei n.º 25/2008 de 5 de Julho em matéria de prevenção de crime de branqueamento de capitais, o pagamento do prémio deste seguro poderá ser efectuado única e exclusivamente por débito directo, ou cheque sacado sobre uma conta corrente aberta em nome do Tomador do Seguro. Em cumprimento do FATCA - Foreign Account Tax Compliance Act, é necessária informação expressa caso a conta corrente seja domiciliada nos EUA (Estados Unidos da América).

FATCA - Foreign Account Tax Compliance Act: faz parte integrante do 4.º Capítulo do "Internal Revenue Code" (IRC) da Autoridade Fiscal dos EUA (IRS - Internal Revenue Service). O referido Capítulo 4 amplia o regime de reporte de informações fiscais sobre contribuintes norte-americanos ao impor às Instituições Financeiras Estrangeiras ("FFIs") e Companhias de Seguros, o dever de comunicar essa informação, e documentação de suporte, estabelecendo regras de retenção na fonte sobre pagamentos.

Informações sujeitas a obrigação de comunicação: Em cumprimento das disposições do FATCA, estão sujeitos a reporte, nomeadamente, os seguintes dados:

- a) Nome, morada, número de identificação fiscal norte-americano;
- b) O número da apólice;
- c) O nome e número identificador da Generali Vida;
- d) O saldo de conta do contrato e/ou o valor de resgate, no final de cada ano civil relevante ou outro período de comunicação apropriado ou, caso o resgate total tenha ocorrido durante esse ano, no momento imediatamente anterior ao mesmo.

Residência Fiscal

É residente fiscal dos Estados Unidos da América, qualquer pessoa que corresponda a pelo menos um dos seguintes critérios:

- Deter uma autorização de residência permanente nos Estados Unidos da América (Green Card);
- Ter passado nos EUA mais de 183 dias, no total, no presente ano e nos dois anos anteriores (Método de cálculo previsto no "substantial presence test");
- Ter declarado os rendimentos em conjunto com o seu cônjuge dos EUA.

Para mais informações sobre os critérios para determinar o estatuto de residente fiscal dos Estados Unidos da América, por favor consulte o sítio do IRS: <http://www.irs.gov>

Com o fim de permitir o cumprimento das obrigações decorrentes do FATCA - Foreign Account Tax Compliance Act, cuja informação se encontra contida nas Definições da Cláusula Primeira das Condições Gerais da apólice, e, bem assim, nas informações de auto-certificação contidas na presente proposta de seguro, os Candidato(s) a Tomador de Seguro e/ou a Pessoa Segura declara (m) aceitar as seguintes cláusulas:

1) CLÁUSULA DE MONITORIZAÇÃO: O(s) Candidato(s) a Tomador de Seguro e/ou a Pessoa Segura reconhece(m) e aceita (m) que a Generali Vida, em cumprimento das exigências legais decorrentes do FATCA se encontra obrigada a monitorizar periodicamente os dados pessoais de todos os tomadores, pessoas seguras e beneficiários de apólices, com a finalidade de identificar possíveis contribuintes fiscais norte-americanos. O(s) Candidato(s) a Tomador de Seguro e/ou Pessoa Segura autoriza (m) a Generali Vida a realizar as actividades de monitorização dos seus dados que sejam necessários ao cumprimento das referidas obrigações de informação sujeitas a reporte, conforme constantes nas Definições da Cláusula Primeira das Condições Gerais da apólice bem como na presente proposta de seguro.

2) CLÁUSULA DE ALTERAÇÃO DAS CIRCUNSTÂNCIAS: Não obstante a cláusula de "monitorização" acima, o(s) candidato(s) a Tomador de Seguro e/ou a Pessoa Segura compromete(m)-se a comunicar à Generali Vida, por escrito, qualquer alteração aos seus dados pessoais, referentes à jurisdição norte-americana, nomeadamente alterações de cidadania, de residência, ou de outras circunstâncias, que determinem a aquisição da qualidade de contribuinte fiscal norte-americano, no prazo máximo de 90 dias a contar da data da verificação dessa alteração. O(s) candidato(s) a Tomador de Seguro e/ou a Pessoa Segura comprometem-se, ainda, dentro do mesmo prazo, a fornecer à Generali Vida a documentação comprovativa dessa alteração de circunstâncias, assim como, os documentos que esta lhes venha a pedir e que se mostrem pertinentes para o mesmo fim.

3) CLÁUSULA SOBRE DADOS PESSOAIS: O(s) Candidato(s) a Tomador de Seguro e/ou a Pessoa Segura declara(m) reconhecer a obrigação legal da Generali Vida em efectuar a comunicação dos seus dados pessoais caso seja(m) ou venha(m) a adquirir a qualidade de contribuinte(s) fiscal(ais) norte-americano(s), bem como, o fornecimento dos documentos que comprovam essa qualidade, à Autoridade Tributária e Aduaneira, em cumprimento das citadas disposições legais, afirmando dar o seu consentimento inequívoco e esclarecido para esse fim.

4) CLÁUSULA DE RESOLUÇÃO DO CONTRATO: A Generali Vida reserva-se o direito de resolver unilateralmente o presente contrato de seguro caso o Tomador de Seguro e/ou a(s) Pessoa(s) Segura(s) não cumpram com as obrigações decorrentes das cláusulas de monitorização e de alteração das circunstâncias, impedindo-a dessa forma de dar cumprimento às obrigações resultantes do FATCA. Para os devidos efeitos se considera incumprimento das referidas cláusulas: (i) no que se refere à Cláusula de Monitorização, a entrega de documentação falsa ou errónea, ou a não entrega dos documentos necessários, dentro do prazo determinado para o efeito; (ii) no que respeita à Cláusula de Alteração das Circunstâncias, a ausência de notificação, ou a notificação tardia à Generali Vida quando se verifique uma alteração de circunstâncias determinante para a classificação do Candidato a Tomador de Seguro e/ou a(s) Pessoa(s) Segura(s) como contribuinte fiscal norte-americano (iii) no que respeita à cláusula sobre dados pessoais, não dar o seu consentimento ao reporte das informações e documentos às Autoridades Fiscais.

Declaração de Protecção de dados pessoais:

As informações aqui solicitadas são necessárias para determinar a sua qualidade de contribuinte dos Estados Unidos da América. Estas informações destinam-se à Generali Vida, a fim de cumprir com as obrigações que decorrem do FATCA, podendo esta ser obrigada a divulgar as referidas informações às Autoridades Fiscais.

De acordo com a Lei de Protecção de Dados, Lei n.º 67/98 de 26 de Outubro, os titulares dos dados pessoais têm o direito de acesso, rectificação, a pagamento ou bloqueio destes dados, desde que por razões legítimas. Os titulares dos dados podem exercer estes direitos através de pedido escrito dirigido a Generali Vida - Rua Duque de Palmela 11 - 1269-270 LISBOA.

Declaro que, com o presente formulário, tomei conhecimento das informações legais que nele constam, aceito os seus termos e decorrências e autorizo a disponibilização dos meus dados pessoais, na estrita medida do necessário ao fim a que se destinam, sob o regime de absoluta confidencialidade, às Autoridades Fiscais.

Local e Data _____, _____ de _____ de 20 _____

Assinatura do Tomador do Seguro
(Representante Legal se for Pessoa Colectiva)

Autorização de Débito Direto SEPA Generali VIDA



Autorização de Débito Direto SEPA

SEPA DIRECT DEBIT MANDATE

Referência da autorização (ADD) a completar pelo segurador.
Mandate reference – to be completed by the creditor.

Ao subscrever esta autorização, está a autorizar a Generali Vida - Companhia de Seguros S.A. 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 da Generali Vida - Companhia de Seguros S.A.
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. Os campos assinalados com * são de preenchimento obrigatório. O preenchimento dos campos assinalados com ** é da responsabilidade do segurador.

By signing this mandate form, you authorise Generali Vida - Companhia de Seguros S.A. to send instructions to your bank to debit your account and your bank to debit your account in accordance with the instructions from Generali Vida - Companhia de Seguros S.A.
As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited. Please complete all the fields marked *. Fields marked with ** must be completed by the Insurer.

Identificação do tomador do seguro/titular da conta - Policy holder/account holder identification

*Nome do tomador do seguro / titular da conta _____
Name of the policy holder / account holder

Nome da rua e número _____
Street name and number

Código postal _____ - _____ Cidade _____
Postal code City

País _____
Country

*Número de conta - IBAN _____
Account number - IBAN

*BIC SWIFT _____
SWIFT BIC

Identificação do segurador - Insurer identification

Nome do segurador **GENERALI VIDA - Companhia de Seguros, S.A.
Insurer name

Identificação do segurador **PT33100605
Insurer identifier

Nome da rua e número **Rua Duque de Palmela, 11
Street name and number

Código postal **1 2 6 9 - **2 7 0** **Cidade **Lisboa**
Postal code City

País **PORTUGAL
Country

Relativamente à apólice - About the insurance policy

Número da apólice _____
Policy number

Tipos de pagamento - Type of payments

* Pagamento recorrente ☒ ou Pagamento pontual ☐
Recurrent payment or One-off payment

Local
Location

*Data
Date

*Assinatura (os seus direitos, referentes à autorização acima referida, são explicados em declaração que pode obter no seu banco)
Signature (your rights regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank)