

DATA DE ENTRADA

Motivo: **Data Efeito:**

Inclusão - -

Alteração - - Em caso de alteração, preencher apenas o número de apólice e os campos a alterar.

Exclusão - -

Data Aprovação: - - **Visto** _____

Nota: As zonas a tracejado são para preenchimento do Segurador. - Preencha os espaços em letra de imprensa. - Assinale com cruz "X" os casos aplicáveis.

1 CLIENTE / TOMADOR DO SEGURO

Nome

Plano(s) N.º Apólice

Se a Pessoa Segura 1 já é Cliente, indique por favor um dos seguintes elementos

N.º Cliente N.º Apólice Matrícula

N.º Contribuinte

PARTICIPANTE - Pessoa Segura 1 (PS1) - Preencher apenas se diferente do Tomador de Seguro

Nome

Título/Sigla Nacionalidade

Morada

N.º Andar Código Postal -

Localidade N.º Contribuinte

Data Nascimento - - Sexo M F Estado Civil B.I. / C. C.

Profissão

Data Admissão Empresa - - Número Empregado

Telefone Telemóvel Fax

E-mail

Pessoa Segura 2 (PS2) - Cônjuge ou Equiparado (em relação à Pessoa Segura 1):

N.º Cliente

Nome

Título/Sigla Nacionalidade

Morada

N.º Andar Código Postal -

Localidade N.º Contribuinte

Data Nascimento - - Sexo M F Estado Civil B.I. / C. C.

Profissão

Telefone Telemóvel Fax

E-mail

2 BENEFICIÁRIOS EM CASO DE MORTE

Pessoa Segura 1

Herdeiros legais nos termos indicados nas Condições Gerais da Apólice.

Pessoa Segura 2

Herdeiros legais nos termos indicados nas Condições Gerais da Apólice.

3 DECLARAÇÕES COMPLEMENTARES

Caso se verifique ou preencha alguma das seguintes situações, assinale a mesma com cruz (X):

	Pessoa Segura 1	Pessoa Segura 2
1. Desempenha outra atividade profissional.	<input type="checkbox"/> Especifique: _____	<input type="checkbox"/> Especifique: _____
2. Sofreu/sofre de enfermidades suscetíveis de determinar acidentes, de agravar as suas consequências ou atrasar a cura das lesões (por exemplo: reumatismo, paralisia, diminuição das faculdades visuais ou auditivas, vertigens, síncope, diabetes, alcoolismo, epilepsia, doenças da espinha ou medulares, doenças do foro psíquico).	<input type="checkbox"/> Especifique: _____ _____	<input type="checkbox"/> Especifique: _____ _____
3. Já foi atingido por invalidez permanente.	<input type="checkbox"/> Especifique: _____ _____	<input type="checkbox"/> Especifique: _____ _____
4. É canhoto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4 OBSERVAÇÕES

CONSEQUÊNCIA DE FALTA DE PAGAMENTO DO VALOR A PAGAR

Acordados entre as partes os termos e condições em que o contrato vigorará, a produção de efeitos do mesmo e respetivas coberturas ficará sempre dependente do efetivo pagamento do prémio ou fração inicial por parte do Tomador do Seguro.

O não pagamento do prémio determinará, em relação ao prémio ou fração inicial, a resolução automática do contrato a contar da respetiva data de celebração, em relação aos restantes prémios, a resolução automática do contrato na data em que o mesmo era devido ou a não renovação do contrato.

DECLARAÇÃO

O Tomador do Seguro GARANTE a exatidão e completude das declarações prestadas na presente Proposta sob pena de incorrer nas consequências previstas nos artigos 25º e 26º do Regime Jurídico do Contrato de Seguro (DL n.º72/2008 de 16 de abril). Nesta conformidade, caso se trate de uma inexactidão ou omissão dolosa, o contrato será anulado e os sinistros recusados. Em caso de inexactidão ou emissão negligente, o contrato será alterado e os sinistros garantidos na proporção da diferença entre o prémio pago e o prémio que seria devido se o facto inexacto ou omitido fosse conhecido, sem prejuízo da possibilidade de o Segurador poder anular o contrato caso se prove que em caso algum o teria celebrado se tivesse conhecido o facto omitido ou inexacto, salvo se entretanto ocorrer a incontestabilidade do contrato.

O Tomador do Seguro DECLARA terem-lhe sido prestadas todas as informações relevantes para subscrição do presente Contrato, nomeadamente as suas principais características e âmbito das garantias.

DECLARA ainda ter recebido uma "Nota Informativa" com um resumo das Condições Gerais e Especiais, as próprias Condições Gerais e Especiais aplicáveis ao contrato, bem como os esclarecimentos exigíveis nos termos previstos nos artigos 18º e 185º do DL n.º 72/2008, de 16 de abril.

DECLARA ter tomado conhecimento de que o Segurador deve informar o Beneficiário da existência deste contrato e do seu direito ao Capital Seguro exceto nos casos em que a designação beneficiária seja confidencial ou nos casos em que não tenham sido facultados os elementos suficientes para dar cumprimento aos deveres de informação e comunicação previstos na lei.

DECLARA finalmente ter sido informado que todas as condições ao abrigo deste Contrato só terão efeito após aceitação por parte do Segurador, emissão das condições particulares da apólice e pagamento do primeiro recibo de prémio.

DECLARA ainda, ter tomado conhecimento que o presente Contrato será afeto à carteira de seguros do seu Mediador, competindo a este último assegurar a prestação de quaisquer esclarecimentos relacionados com os deveres de informação.

_____, ____/____/____

CLIENTE/TOMADOR DO SEGURO

O PARTICIPANTE/PESSOAS SEGURAS



Grupo Generali Seguros, S.A.
Sede: Av. da Liberdade, 242 1250-149 Lisboa
Capital Social 90 500 000 €
N.º Único de Matrícula CRC Lisboa/NIPC 500 940 231

E clientes@tranquilidade.pt
W tranquilidade.pt