

N.º Mediador  Cód. Prot.  VC  D. Com  %  
 EC  N.º Cotação  -   
 Visto   
 Data Aprovação  -  -   
 N.º Apólice

DATA DE ENTRADA

**Produto:**  
 APSPM - AP Sempre Seguro Pequenas e Micro Empresas

**Motivo:**  
 NOVO   
 ALTERAÇÃO

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

**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 TOMADOR DO SEGURO**

Se já é Cliente, indique por favor um dos seguintes elementos

N.º Cliente  N.º Apólice  Matrícula   
 N.º Contribuinte

**1.1 Dados Obrigatórios**

Nome  Título/Sigla   
 Morada  N.º  Andar  Código Postal  -   
 Localidade  País Morada   
 N.º Contribuinte  Nacionalidade   
 País Naturalidade  Dupla Nacionalidade: Não  Sim  País   
**Cliente Individual** Data Nascimento  -  -  Sexo: M  F   
 Profissão  Código Estatístico   
**Cliente Coletivo** CAE  Descrição   
 Formas de representação da empresa: Sede Social  Sucursal  Outro  País da Sede Social   
 Existem sócios com uma participação >= 25% no capital ou direito de voto? Não  Sim  (indique no mod. 5500-321 Minuta de Sócios)  
 N.º Empregados: 1 a 4  5 a 9  10 a 19  20 a 49  50 a 199  + de 200   
 Telefone  Telemóvel  Fax   
 E-mail

**1.2 Dados Complementares**

**De forma a podermos melhorar o serviço ao cliente, queira por favor preencher os seguintes dados:**

Contacto Preferencial: Agente  Correio  E-mail  Fax  Telefone  Telemóvel   
 Período Preferencial: Semana  Fim de Semana  Hora 9/18  18/21   
 Nome de Contacto

**Cliente Individual**

BI/C.Cidadão   
 Carta de Condução N.º  Tipo Carta  Data Carta  -  -   
 Estado Civil: Solteiro  União de Facto  Casado  Separado  Divorciado  Viúvo  N.º Filhos:   
 Situação Profissional: Quadro superior  Técnico/Profissional de Nível Médio  Técnico Especializado  Administrativo  Pessoal de Serviços/Vendedor   
 Operário e Similar  Doméstica  Não Ativo (Estudante, Reformado, Desempregado)  Outra, qual? \_\_\_\_\_  
 Setor de Atividade: Agricultura/Pescas  Transportes/Comunicações e Energia  Administração Pública  Banca/Seguros  Hotelaria e Restauração   
 Construção  Educação, Saúde e Ação Social  Indústria  Comércio  Outros Serviços   
 Outra, qual?   
 Habilitações Literárias: Ensino Básico (até 9.º ano)  Ensino Secundário (até 12.º ano)  Bacharelato/Licenciatura  Pós-Graduação/Mestrado/Doutoramento

**Cliente Coletivo**

Forma Jurídica: Emp. Nome Individual  Soc. Unipessoal  Soc. por Quotas  Soc. Anónima  Outra, qual? \_\_\_\_\_  
 Ano de Início de Atividade

## 2.1 Início do Seguro

Data  -  - 

## 2.2 Duração do Seguro

Um Ano e Seguintes Data de Vencimento  -  - 

## 2.3 Periodicidade de Pagamento \*

Anual Semestral Trimestral Mensal \*\* 

\* Quando a periodicidade escolhida for a MENSAL, fica desde já acordado que não haverá lugar ao envio prévio dos avisos para pagamentos dos prémios, sendo as datas em que são devidas uma das frações e respetivos valores indicados nas Condições Particulares da Apólice.

\*\* Só débito em conta.

## 2.4 Modalidade de Pagamento

Sugerimos a escolha da modalidade DÉBITO DIRETO para que possa assegurar o pagamento atempado do prémio/fração.

Autorização de Débito Direto SEPA   
SEPA Direct Debit Mandate

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

Ao subscrever esta autorização, está a autorizar o CREDOR a enviar instruções ao seu BANCO para debitar a sua conta e, simultaneamente, a autorizar 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. Preencha por favor todos os campos assinalados com \*.

By signing this mandate form, you authorise the CREDITOR to send instructions to your BANK to debit your account and authorise your BANK as well to debit your account in accordance with the instructions from CREDITOR.

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 \*.

## Identificação do Devedor

Debtor identification

Nome do(s) Devedor(es) /  
Name of the debtor(s)\*

Nome de rua e número /  
Street name and number\*

Código Postal / Postal code\*  -  Cidade / City\*

País / Country\*

Número de conta - IBAN /  
Account number - IBAN\*

BIC SWIFT /  
SWIFT BIC

## Identificação do Credor

Creditor identification

Nome do Credor /  
Creditor name **SEGURADORAS UNIDAS, S.A.**

Identificação do Credor /  
Creditor identifier **PT18100002**

Nome de rua e número /  
Street name and number **AV. DA LIBERDADE, 242**

Código Postal / Postal code **1250 - 149** Cidade / City **LISBOA**

País / Country **PORTUGAL**

## Tipos de pagamento

Type of payments

Pagamento recorrente / Recurrent payment

## Local onde está a assinar

Location in which you are signing

Localidade / Location  Data / Date  -  -

## Assinar aqui por favor:

Please sign here

Assinatura(s) / Signature(s)\*

Os seus direitos, referentes à autorização acima referida, são explicados em declaração que pode obter no seu Banco.  
Your rights regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.

## Em alternativa, enviaremos o aviso de cobrança para a morada por si indicada:

Envio para a morada

Morada da Cobrança

(Preencher se diferente da morada do Tomador) N.º  Andar  Código Postal  -

## 2.5 Questões Obrigatórias

O risco que pretende garantir está ou esteve seguro em qualquer outro Segurador? Sim  Não  Existem débitos por falta de pagamento dos prémios? Sim  Não

**3 NÚMERO DE PESSOAS A SEGARAR**Colaboradores Cônjugues **4 PRÉMIO SUPORTADO POR**Tomador do Seguro  ou Colaborador Tomador do Seguro  ou Colaborador 

Nota: O pagamento do prémio total da Apólice ao Segurador será sempre efetuado pelo Cliente/Tomador do Seguro.  
É obrigatório o preenchimento da Declaração Individual por parte de todos os participantes da Apólice.

**5 COBERTURAS/LIMITES DE INDEMNIZAÇÃO**

OPÇÕES (Máximo 2 Opções) (1)	Morte ou invalidez permanente (2)		Despesas de funeral (4)	Despesas de tratamento (5)	Incapacidade temporária internamento hospitalar (Subsídio Diário)	Incapacidade temporária (Subsídio Diário) (6)
	Capital Inicial	Renda Mensal (3)				
Light <input type="checkbox"/>	12.500 €	250 €	2.500 €	-	-	-
Essencial <input type="checkbox"/>	12.500 €	500 €	2.500 €	1.000 €	-	-
Valor <input type="checkbox"/>	25.000 €	1.250 €	2.500 €	1.500 €	25 €/ dia	-
Valor Mais <input type="checkbox"/>	50.000 €	2.000 €	2.500 €	-	-	35 €/ dia
Prestígio <input type="checkbox"/>	50.000 €	2.000 €	2.500 €	2.000 €	-	35 €/ dia

- (1) Obrigatória a subscrição de opção idêntica para os colaboradores da mesma categoria profissional.  
(2) De 25% a 40% de invalidez a indemnização faz-se proporcionalmente ao grau de invalidez atribuído. Para graus de invalidez iguais ou superiores a 40% a indemnização é concedida a 100%.  
(3) A renda mensal é paga durante 5 anos.  
(4) O seguro inclui uma cobertura de Assistência ao Funeral.  
(5) Sujeito a uma franquia de 50 € por sinistro e Pessoa Segura.  
(6) Sujeito a uma franquia de 7 dias por sinistro e Pessoa Segura.

**6 OBSERVAÇÕES**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**7 PRÉMIO****Valor a Pagar na Primeira Anuidade**        €

O valor indicado poderá sofrer um ligeiro ajuste em relação ao valor a constar no aviso de cobrança.

## 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 e o(s) Segurado(s)/Pessoa(s) Segura(s) GARANTE(M) a exatidão e completude das declarações prestadas na presente Proposta e Questionário Clínico, quando houver lugar ao preenchimento do mesmo, sob pena de incorrer nas consequências previstas nos artigos 25º e 26º do Regime Jurídico do Contrato de Seguro (DL n.º 72/2008, 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 omissão 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 e o(s) Segurado(s)/Pessoa(s) Segura(s) DECLARA(M) terem-lhe sido prestadas todas as informações relevantes para a subscrição do presente Contrato, nomeadamente as suas principais características e âmbito das garantias.

DECLARA(M) 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(M) ter tomado conhecimento de que o Segurador deve informar o Beneficiário (no caso de ter sido nomeado pelo Tomador do Seguro) 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(M) ter sido informado(s) 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(M) 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.

		Serviços Externos	_____, ____/____/____
			CLIENTE / TOMADOR DO SEGURO
Canal de Cobrança	<input type="text"/>		
Canal de Captação	<input type="text"/>	Tipo de Venda:	A1 - Articulada NB <input type="checkbox"/> VD - Direta NB <input type="checkbox"/>
Prestação de Serviços	<input type="text"/>	Indexador Externo:	<input type="text"/>

**Seguradoras Unidas, S. A.**  
SEDE Av. da Liberdade, 242  
1250-149 LISBOA

Capital Social 182 000 000 € (realizado 84 000 000 €)  
N.º único de Matrícula CRC Lisboa NIPC 500 940 231

**Linha Clientes:**  
707 240 707 / 211 520 310  
Apoio Comercial 8h30/20h - dias úteis  
Assistência 24h - 7 dias/semana  
clientes@tranquilidade.pt  
clientes@acoreana.pt

**NOTA INFORMATIVA****SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS**

**A presente Nota Informativa não substitui a leitura das Condições Gerais e Especiais aplicáveis ao presente Contrato, constituindo apenas um resumo das mesmas.**

**Para sua maior comodidade, o Segurador disponibiliza ainda, a todo o tempo, no seu sítio da internet em [www.tranquilidade.pt](http://www.tranquilidade.pt), as Condições Gerais aplicáveis ao seu contrato para consulta ou impressão.**

**Âmbito do risco**

De acordo com as coberturas subscritas pelo Tomador do Seguro, o presente Contrato pode garantir, até ao limite dos capitais seguros indicados na proposta, o pagamento dos capitais, subsídios e/ou indemnizações previstos nas seguintes coberturas:

- Morte ou Invalidez Permanente (montante da indemnização por Invalidez Permanente determinado pela Tabela Nacional de Incapacidades por Acidente de Trabalho em vigor no Ordenamento Jurídico Português);
- Incapacidade Temporária (pagamento do subsídio diário fixado na Proposta durante 180 ou 360 dias conforme se trate de incapacidade absoluta ou parcial para o exercício da sua profissão);
- Incapacidade Temporária por Internamento Hospitalar (pagamento do subsídio diário fixado por um período não superior a 360 dias a contar do dia em que a pessoa tiver sido internada);
- Despesas de Tratamento;
- Despesas de Funeral (sujeito a franquia de 50 € por sinistro e Pessoa Segura);
- Assistência ao Funeral (transporte em Portugal ou repatriamento da Pessoa Segura e falecida e tratamento das respetivas formalidades, a organização do funeral (mas não das despesas daí resultantes) e a transmissão de mensagens urgentes).

**Funcionamento das coberturas**

O funcionamento das coberturas ficará condicionado à verificação dos seguintes pressupostos:

- a) Em relação à cobertura de Morte e de Invalidez Permanente, o capital só será devido se a mesma ocorrer no decurso de dois (2) anos a contar da data do acidente, ou se a Invalidez Permanente for clinicamente constatada e fixada através de relatório médico no decurso de dois (2) anos a contar da data do acidente;
- b) Os capitais seguros para a cobertura de Morte ou Invalidez Permanente não são cumuláveis, pelo que, se a Pessoa Segura vier a falecer em consequência de acidente, ao capital por Morte será deduzido o valor do capital por Invalidez Permanente que, eventualmente, lhe tenha sido atribuído ou pago relativamente ao mesmo acidente;
- c) O pagamento do capital da cobertura de Morte ou Invalidez Permanente será efetuado através de uma prestação inicial no valor estipulado na proposta, sendo o restante distribuído por 60 prestações mensais com início no mês seguinte ao do pagamento do capital inicial;
- d) O presente Contrato somente produzirá efeitos quando a Invalidez Permanente for igual ou superior a 40%, sendo neste caso devida a indemnização correspondente a uma Invalidez Permanente Total;
- e) Se a Pessoa Segura for canhota, as percentagens de invalidez para o membro superior direito aplicam-se ao membro superior esquerdo e reciprocamente;
- f) Em qualquer membro ou órgão, os defeitos físicos de que a Pessoa Segura já era portadora, à data do acidente, serão tomados em consideração ao fixar-se o grau de desvalorização proveniente deste, que corresponderá à diferença entre a invalidez já existente e aquela que passou a existir;
- g) A incapacidade funcional parcial ou total de um membro ou órgão é equiparada à correspondente perda parcial ou total;
- h) Em relação a um mesmo membro ou órgão, as desvalorizações acumuladas não podem exceder aquela que corresponderia à perda total desse membro ou órgão;
- i) Sempre que de um acidente resultem lesões em mais de um membro ou órgão, a indemnização total obtém-se somando o valor das indemnizações relativas a cada uma das lesões, sem que o total possa exceder o capital seguro;
- j) O subsídio diário garantido ao abrigo da cobertura de Incapacidade Temporária por Internamento Hospitalar só será devido se este tiver o seu início no decurso de 180 (cento e oitenta) dias a contar da data do acidente.

**Exclusões aplicáveis**

Ao presente Contrato são aplicáveis as exclusões constantes nas Condições Gerais, Especiais e Particulares da Apólice, que deverão, para seu conhecimento, ser consultadas e das quais se destacam:

- Ação ou omissão da Pessoa Segura sob o efeito do álcool que determine grau de alcoolemia superior a 0,5 gr. por litro e/ou uso de estupefacientes;
- Ações ou omissões criminosas da Pessoa Segura;
- Negligência grave da Pessoa Segura;
- Suicídio ou tentativa de suicídio ou quaisquer ações praticadas pela Pessoa Segura sobre si própria;

## Exclusões aplicáveis (continuação)

- Atos perigosos não justificados pelo exercício da profissão;
- Apostas e desafios;
- Ações praticadas pelo Tomador do Seguro ou pelo Beneficiário sobre a Pessoa Segura bem como as que sejam praticadas por pessoas pelas quais sejam civilmente responsáveis;
- Hérnias de qualquer natureza, varizes e suas complicações, lombagos, roturas ou distensões musculares;
- Implantação ou reparação de próteses e/ou ortóteses;
- Perturbações ou danos do foro psíquico;
- Síndrome de Imuno-Deficiência Adquirida (S.I.D.A.);
- Ataque cardíaco, salvo se for causado por traumatismo físico externo à Pessoa Segura;
- Quaisquer doenças que não sejam consequência direta do acidente garantido pelo contrato;
- Explosão ou quaisquer outros fenómenos direta ou indiretamente relacionados com a desintegração ou fusão de núcleos de átomos, bem como os efeitos da contaminação radioativa;
- Prática desportiva federada ou associativa e respetivos treinos;
- Prática de alpinismo, artes marciais, boxe, caça de animais ferozes, caça submarina, desportos de inverno, motonáutica, motorismo, paraquedismo, tauromaquia e outros desportos e atividades análogas na sua perigosidade, tais como por exemplo, voo em asa delta e ultraleves, BTT, *bungee jumping*, escalada, espeleologia, *kite surf*, montanhismo, parapente, *rafting*, *rappel*, *rugby*, esqui náutico, *slide*, *surf*, *body board* e *windsurf*;
- Pilotagem de aeronaves, utilização de veículos motorizados de duas ou três rodas e motoquatro;
- Cataclismos da natureza, tais como ventos ciclónicos, terremotos, maremotos, e outros fenómenos análogos nos seus efeitos, e ainda ação de queda de raio;
- Greves, distúrbios laborais, tumultos e/ou alteração de ordem pública, atos de terrorismo e sabotagem, insurreição, revolução, guerra civil, invasão e guerra contra país estrangeiro (declarada ou não) e hostilidades entre nações estrangeiras (quer haja ou não declaração de guerra) ou atos bélicos provenientes direta ou indiretamente dessas hostilidades.

## Renovação e denúncia do contrato

Quando o contrato for celebrado por um ano a continuar pelos seguintes, considera-se sucessivamente renovado por períodos anuais, salvo se, previamente à data de vencimento, qualquer das partes manifestar a vontade de lhe por fim mediante comunicação escrita, com trinta (30) dias de antecedência em relação à data de efeito.

## Regime de transmissão de contrato

A transmissão da posição contratual do Tomador do Seguro, nos casos em que seja possível, depende sempre do consentimento do Segurador.

## Modo de efetuar reclamações

O Segurador dispõe de uma unidade orgânica responsável pela gestão de reclamações à qual poderão ser dirigidas quaisquer questões relacionadas com o presente Contrato.

Em caso de divergência com o Segurador, o Tomador do Seguro e/ou Pessoa Segura podem também apresentar reclamação em Livro de Reclamações, bem como solicitar a intervenção da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões, sem prejuízo ainda da possibilidade do recurso à arbitragem ou aos tribunais, de acordo com as disposições legais em vigor.

## Autoridade de supervisão

Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões.

## Lei aplicável

O Contrato rege-se pela Lei portuguesa.

**Seguradoras Unidas, S. A.**  
SEDE Av. da Liberdade, 242  
1250-149 LISBOA

Capital Social 182 000 000 € (realizado 84 000 000 €)  
N.º único de Matrícula CRC Lisboa NIPC 500 940 231

**Linha Clientes:**  
707 240 707 / 211 520 310  
Apoio Comercial 8h30/20h - dias úteis  
Assistência 24h - 7 dias/semana  
clientes@tranquilidade.pt  
clientes@acoreana.pt