

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 DE DADOS PESSOAIS

O Participante/Pessoa Segura garante a exatidão e completude das declarações prestadas na presente Proposta sob pena de incorrer nas consequências previstas nos artigos 25.º e 26.º do Regime Jurídico do Contrato de Seguro (DL n.º 72/2008 de 16 de abril). Nesta conformidade, caso se trate de uma inexatidão ou omissão dolosa, o contrato será anulado e os sinistros recusados. Em caso de inexatidão 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 inexato ou omitido fosse conhecido, sem prejuízo da possibilidade do Segurador poder anular o contrato caso se comprove que em caso algum o teria celebrado se tivesse conhecido o facto omitido ou inexato.

O Participante/Pessoa Segura expressamente consente que os dados pessoais facultados ao Segurador sejam objeto de tratamento pelo mesmo, mediante a respetiva integração numa base de dados, e que sejam por aquele comunicados, em regime de absoluta confidencialidade, aos prestadores de serviços por si contratados, a sociedades por si dominadas, a mediadores de seguros a si vinculados e ao NOVO BANCO, S.A., e sociedades por este dominadas, com o fim de adequar o fornecimento e publicidade dos produtos comercializados a cada pessoa.

O Participante/Pessoa Segura autoriza o Segurador a proceder à recolha de dados pessoais complementares junto de Organismos Públicos, empresas especializadas e outras entidades económicas, tendo em vista a confirmação ou o complemento dos elementos recolhidos necessários à gestão da relação contratual. Os dados recolhidos neste documento e no decurso da relação contratual poderão ainda ser fornecidos às autoridades judiciais ou administrativas, desde que em cumprimento de obrigação legal.

O Participante/Pessoa Segura poderá ter acesso à informação que lhe diga diretamente respeito, solicitando a sua correção, aditamento ou eliminação, mediante contacto direto ou por escrito, junto das nossas Lojas.

Qualquer alteração à morada ou sede do Participante/Pessoa Segura acima indicada deverá ser comunicada, por carta registada com aviso de receção, ao Segurador no prazo de 30 dias a contar da data em que se verifica, sob pena das comunicações ou notificações que o Segurador venha a efetuar para a morada desatualizada serem consideradas válidas e eficazes.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CLIENTE/TOMADOR DO SEGURO

O PARTICIPANTE/PESSOAS SEGURAS

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**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