

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

Produto:

ARRBE – Proteção Rendas



Motivo:

NOVO



ALTERAÇÃO



DATA DE ENTRADA

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 Correo 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
 Setor de Atividade: Operário e Similar Doméstica Não Ativo (Estudante, Reformado, Desempregado) Outra, qual? _____
 Agricultura/Pescas Transportes/Comunicações e Energia Administração Pública Banca/Seguros Hotelaria e Restauração
 Construção Educação, Saúde e Ação Social Indústria Comércio Outros Serviços
 Outro, 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

DADOS DA APÓLICE

2.1 Início do Seguro

Data - -

2.2 Duração do Seguro

Um Ano e Seguintes Data de Vencimento - -

2.3 Periodicidade de Pagamento *

Mensal**

* Nesta periodicidade fica desde já acordado que não haverá lugar ao envio prévio dos avisos para pagamento dos prémios. As datas em que são devidas cada uma das frações e respetivos valores estão indicados nas Condições Particulares da Apólice.

** Só débito em conta.

2.4 Modalidade de Pagamento

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.

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

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 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 de o Segurador poder anular o contrato caso se prove que em caso algum o teria celebrado se tivesse conhecido o facto omitido ou inexato, 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 PROTEÇÃO RENDAS**

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, 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, quando subscritas pelo Tomador do Seguro, desde que resultantes de acidente garantido pela apólice:

- Incapacidade temporária absoluta;
- Desemprego involuntário (apenas para Trabalhadores por Conta de Outrem);
- Hospitalização (apenas para Trabalhadores por Conta Própria).

Funcionamento das coberturas

Salvo convenção expressa em contrário nas Condições Particulares, o funcionamento das coberturas ficará condicionado à verificação dos seguintes pressupostos:

- a) Em relação à cobertura de Incapacidade Temporária Absoluta, o pagamento da renda mensal garantida só será devido se a mesma se verificar durante o período de trinta (30) dias consecutivos e mediante declaração médica comprovativa da Incapacidade;
- b) O pagamento da renda mensal garantida ao abrigo da cobertura de Desemprego involuntário só será devido se a Pessoa Segura for Trabalhador por Conta de Outrem e a situação de Desemprego Involuntário se verificar durante o período de trinta (30) dias consecutivos;
- c) Relativamente à cobertura de Hospitalização, que só é aplicável quando a Pessoa Segura é Trabalhador por Conta Própria, o pagamento da renda mensal garantida só será devido se a situação de Hospitalização for clinicamente comprovada e se mantiver por um período superior a sete (7) dias consecutivos.

Ao contrato será ainda aplicável um período de carência de cento e vinte (120) dias e um período de requalificação após sinistros de doze (12) meses.

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:

- Guerra, declarada ou não, invasão, ato de inimigo estrangeiro, hostilidades ou operações bélicas, guerra civil, insurreição, rebelião ou revolução, bem como os causados acidentalmente por engenhos explosivos ou incendiários;
- Levantamento militar ou ato do poder militar legítimo ou usurpado;
- Explosão, libertação de calor e radiações provenientes da cisão ou fusão de átomos ou radioatividade, e contaminações inerentes, e ainda os decorrentes de radiações provocadas pela aceleração artificial de partículas;
- Greves, tumultos ou alterações da ordem pública;
- Atos de terrorismo ou de vandalismo, tais como tipificados na legislação penal portuguesa vigente;
- Tremores de terra, terramotos, erupções vulcânicas, maremotos, assim como deslizamento, derrocadas ou afundamentos de terrenos e outros fenómenos geológicos e, bem assim, qualquer acontecimento catastrófico relacionado com as forças inevitáveis da natureza;
- Atos ou omissões dolosos do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura, ou de pessoas por quem sejam civilmente responsáveis.

Para além das exclusões acima referidas, relativamente às coberturas de Incapacidade temporária absoluta e Hospitalização são aplicáveis as seguintes exclusões:

- Afeções existentes à data de início das garantias da Apólice;
- Anomalias congénitas, incapacidades físicas ou mentais e defeitos físicos existentes à data do início das garantias da Apólice;
- Afeções originadas diretamente da consequência de alcoolismo (tanto em processos agudos como crónicos), de toxicomania ou de estupefacientes ou outras drogas não prescritas por médico;
- Afeções que derivem da intervenção da Pessoa Segura em apostas, desafios ou rixas, salvo se, neste último caso, a Pessoa Segura tenha atuado em legítima defesa ou na tentativa de salvamento de pessoas ou bens;
- Afeções provocadas intencionalmente pela Pessoa Segura ou tentativa de suicídio;
- Parto, gravidez ou interrupção voluntária ou involuntária de gravidez;
- Acidentes provocados por condução de veículos a motor pela Pessoa Segura, sem estar legalmente habilitada;

Exclusões aplicáveis (continuação)

- Afeções originadas por Psicopatologias de qualquer natureza, bem como doenças sem comprovação clínica;
- Dores nas costas ou lombalgias, cuja causa não seja demonstrável por exames médicos complementares (radiológicos, gamagráficos, "scanners" ou T.A.C.);
- Acidentes decorrentes da prática profissional de desportos e, ainda, no âmbito do desporto amador, as provas desportivas integradas em campeonatos e respetivos treinos, desportos de Inverno, boxe, karaté e outras artes marciais, paraquedismo, tauromaquia e outros desportos análogos na sua perigosidade;
- Tratamentos de estética e cosmética, exceto se diretamente resultantes de qualquer Doença ou Acidente.

Relativamente à cobertura de Desemprego involuntário, aplicam-se ainda as seguintes exclusões:

- Caducidade do contrato de trabalho por a Pessoa Segura ter atingido a reforma ou pré reforma;
- Cessação do contrato de trabalho por acordo das partes;
- Cessação do contrato de trabalho pelo trabalhador, sem justa causa;
- Cessação do contrato de trabalho, no período experimental por qualquer das partes;
- Trabalhadores no estrangeiro com contratos de trabalho não vinculados à legislação portuguesa;
- Despedimento com justa causa;
- Caducidade de contrato de trabalho a termo;
- Desemprego resultante de atividade sazonal.

Obrigações em caso de sinistro

Em caso de Sinistro, a Pessoa Segura ou quem tenha interesse legítimo no acionamento do seguro deve participar o Sinistro ao Segurador no prazo de oito (8) dias imediatos àquele em que tenha conhecimento do Sinistro, sob pena de redução da Prestação do Segurador atendendo ao dano que o incumprimento deste dever lhe cause.

A Pessoa Segura poderá contactar o Segurador através do telefone (+351) 217954666.

Em simultâneo com a participação do Sinistro ou no prazo de oito (8) dias a contar dessa data, a Pessoa Segura deve enviar ao Segurador, a seguinte documentação:

1) Quando forem acionadas as coberturas de Incapacidade temporária absoluta:

- Fotocópia do boletim de baixa com as datas mencionadas;
- Última declaração de IRS e comprovativo de descontos para a Segurança Social ou regime contributivo equiparado;
- Recibos ou documentos de quitação equivalente relativos às rendas pagas nos três (3) últimos meses ao abrigo do Contrato de Arrendamento.

2) Quando for acionada a cobertura de Hospitalização:

- Fotocópia da declaração de internamento;
- Última declaração de IRS e comprovativo de descontos para a Segurança Social ou regime contributivo equiparado;
- Fotocópia de declaração médica na qual conste o diagnóstico, a natureza das lesões e o tempo provável de Hospitalização.

3) Quando for acionada a cobertura de Desemprego involuntário:

- Fotocópia do Modelo RP5044 (modelo oficial, entregue e preenchido pela Entidade Patronal);
- Fotocópia do contrato de trabalho ou de outro documento comprovativo da data em que iniciou a sua atividade;
- Fotocópia do comprovativo do requerimento de prestações de desemprego (documento emitido pelo Centro de Emprego);
- Fotocópia da carta de despedimento ou de outro documento comprovativo da cessação do contrato de trabalho com indicação da respetiva causa;
- Declaração do Centro de Emprego comprovando a respetiva inscrição.

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.

Livre resolução

Quando o contrato for celebrado por uma duração igual ou superior a seis (6) meses, o Tomador do Seguro, sendo pessoa singular, dispõe de um prazo de trinta (30) dias a contar da receção da Apólice para poder resolver o contrato sem invocar justa causa, mediante envio de comunicação escrita ao Segurador, em suporte de papel ou outro meio duradouro disponível e acessível ao Segurador.

A livre resolução do contrato tem efeito retroativo, tendo porém o Segurador direito ao:

- a) Valor do Prémio relativo ao período de tempo já decorrido, na medida em que tenha suportado o risco;
- b) Montante das despesas razoáveis que o Segurador tenha efetuado com exames médicos sempre que esses valores sejam imputados contratualmente ao Tomador do Seguro.

Regime de transmissão do contrato

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

A Pessoa Segura em caso algum poderá transmitir a sua posição contratual.

É admitida a transmissão da posição contratual do Beneficiário por parte do Tomador do Seguro ou da Pessoa Segura através de comunicação escrita ao 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