PROTEÇÃO VIAGEM — PEDIDO DE COTAÇÃO

☐ Seguro Novo ☐ Alteração Apólice ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Data Início ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Mediador _____

Código Mediador ☐☐☐☐☐☐☐

OCIDENTAL
grupo ageas

PROPONENTE

Nome:	Nº Contribuinte:
Morada:	

Data Início:___/___/ _____

Data Início:___/___/_____ Data Fim:___/_____/ _____

* Ficam garantidas todas as viagens até ao máximo de 90 dias por viagem.

QUESTIONÁRIO

SAÚDE:

Alguma das Pessoas Seguras sofre ou sofreu de paralisia, surdez, diabetes, epilepsia, doença, incapacidade ou invalidez, defeito físico, ou foi atingido por qualquer invalidez que, pela sua natureza, possa determinar, agravar as suas consequências ou demorar a cura?

☐ Não ☐ Sim Se sim, qual a Pessoa Segura? Pessoa Segura: ☐ 1 ☐ 2

Em caso de Invalidez, qual a percentagem?_____% Qual o motivo?

_____

COBERTURAS, CAPITAIS SEGUROS, MEIOS DE TRANSPORTE E DESTINO DA VIAGEM

Indique as Coberturas e Capitais pretendidos:

Coberturas	**Limites** (por Pessoa Segura)	**Capitais** (por Pessoa Segura)
☐ Invalidez Permanente e Morte por Acidente	Máx. 500.000 €	. €
☐ Despesas de Tratamento e Repatriamento por acidente	Limite de 10% do capital de Inv. Permanente e máx. de 50.000 €	. €
☐ Bagagem Pessoal	Limite de 6% do capital principal, até ao máx. 5.000 €	. €
- Inclui câmaras de filmar, máquinas fotográficas ou similares? Não ☐ Sim ☐ Se sim, indique o valor destes objetos **(1)**	Até ao limite de 20% do capital de Bagagem	. €
☐ Assistência às Pessoas em Viagem **(2)**	Ver Condições Especiais	
☐ Incapacidade Temporária Absoluta (Subsídio Diário por Internamento Hospitalar)	Apenas disponível para clientes particulares. Limite 50 €	____€/dia
☐ Responsabilidade Civil no Estrangeiro	Apenas disponível para clientes particulares. Limite de 5.000 €	. €
☐ Desportos de inverno (Ski na Neve e Snowboard)	Da cobertura afetada	

Indique quais os meios de transporte que vai utilizar:

☐ Autocarro
☐ Carro
☐ Avião
☐ Comboio
☐ Cruzeiro
☐ Iate
☐ Outro: _____

Indique os destinos habituais **(Opção Anual):**_____

Indique o destino **(Opção Dia a Dia):**

(1) Valor incluído no capital de Bagagem Pessoal (máximo de 20% do valor de Bagagem Pessoal)
(2) Acidente ou doença ocorrido no estrangeiro

OBJETIVO DA VIAGEM

A viagem é de lazer? ☐

É por motivos Profissionais? ☐ Se sim, indique a sua atividade: _____

VIAGEM PAGA COM CARTÃO DE CRÉDITO

Pagou a sua viagem com cartão de crédito? Sim ☐ Não ☐ Se sim, qual o cartão? _____

OUTROS SEGUROS DE ACIDENTES PESSOAIS

Tem outro seguro de Acidentes Pessoais? Sim ☐ Não ☐ Se sim, indique qual o capital de Morte e Invalidez Permanente:_____€___

PESSOAS SEGURAS

Preencher se Seguro Individual:

Nome	Data de Nascimento

Número Total de Pessoas Seguras: _____

Preencher se Seguro Coletivo:

Pessoas Seguras	Número de Pessoas
Idades inferiores a 3 anos	
Idades inferiores a 14 anos	
Idades superiores a 70 anos	

OBSERVAÇÕES

DATA E ASSINATURA

Data:

O Mediador: _____

OCIDENTAL grupo ageas

Segurador: Ageas Portugal - Companhia de Seguros, S.A., sede Praça Príncipe Perfeito 2, 1990-278 Lisboa. Matrícula / Pessoa Coletiva 503454109. CRC Porto. Capital Social 7.500.000 Euros. Registo ASF 1129, www.asf.com.pt