

☐ Seguro Novo ☐ Alteração Apólice Data Início Mediador Código Mediador **OCIDENTAL**
grupo ageas**TOMADOR DO SEGURO**

Nome:

Morada:

Código Postal: -

Localidade:

Data de Nascimento: / /

Sexo: ☐ M ☐ F

Estado Civil:

Cartão de Cidadão:

Nº Contribuinte:

Profissão:

Telefone (casa):

Telefone (emprego):

E-mail:

☐ OPÇÃO ANUAL☐ OPÇÃO DIA A DIA**IDENTIFICAÇÃO DAS PESSOAS SEGURAS**

Nome:

Morada:

1 Data de Nascimento: / /

Sexo: ☐ M ☐ F

Telefone:

Cartão de Cidadão:

N.º Contribuinte:

Profissão:

Nome:

Morada:

2 Data de Nascimento: /

Sexo: ☐ M ☐ F

Telefone:

Cartão de Cidadão:

N.º Contribuinte:

Profissão:

QUESTIONÁRIO**GENÉRICO:**

O risco que pretende garantir está ou esteve seguro?

☐ Não ☐ Sim

Se sim, para que Pessoa Segura e qual o Segurador?

Pessoa Segura:
☐ 1 ☐ 2Segurador: **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?

Tomador do Seguro/ Pessoa Segura:

COBERTURAS, CAPITAIS SEGUROS E MEIOS DE TRANSPORTE		
Indique as Coberturas e Capitais pretendidos:		Indique quais os meios de transporte que vai utilizar: ☐ Autocarro ☐ Carro ☐ Táxi ☐ Barco (Transporte Coletiv Licenciado) ☐ Avião ☐ Comboio ☐ Cruzeiro ☐ Outro (Especifique):
Coberturas	Capitais (por Pessoa Segura)	
☒ Invalidez Permanente e Morte por Acidente	. €	
☒ Assistência às Pessoas em Viagem (1)	Ver Condições Especiais	
☐ Despesas de Tratamento e Repatriamento por acidente	. €	
☐ Responsabilidade Civil Pessoal	. €	
☐ Subsídio Diário por Internamento Hospitalar	€/dia	
☐ Bagagem Pessoal	. €	
Inclui câmaras de filmar, máquinas fotográficas ou similares? ☐ Não ☐ Sim		
- Se sim, indique o valor destes objetos (2) . €		
☐ Desportos de inverno (Ski na Neve e Snowboard)	Da cobertura afetada	
(1) Em caso de acidente ou doença ocorrido no estrangeiro (2) Valor incluído no capital de Bagagem Pessoal (máximo de 50% do valor Da cobertura Bagagem Pessoal)		
DESTINO DA VIAGEM		
Opção anual		Opção Dia-a-Dia
Todo o Mundo ☐		Continente(s):
Continente(s):		País(es):
País(es):		
Idade Limite: • de Subscrição: 79 anos. A partir dos 70 anos de idade da Pessoa Segura, apenas podem ser subscritas as coberturas Morte e Bagagem Pessoal.		

Tomador do Seguro/ Pessoa Segura: _____

ÂMBITO DO CONTRATO	
☒ Risco extraprofissional e profissional: garante atividades profissionais que não envolvam perigosidade específica, superior à do comum viajante.	
☐ Risco Profissional Gravoso. Se for esta a situação, indique a profissão: (Profissões que enquadram Risco Profissional Gravoso: nomeadamente, tripulação aérea - marítima, forças militarizadas, desportistas profissionais, trabalhos de construção civil, serralheiros, minas, obras públicas, motoristas)	Pessoa Segura 1: Pessoa Segura 2:

DATA DE INÍCIO, DURAÇÃO E PERIODICIDADE DE PAGAMENTO DO PRÉMIO (OPÇÃO ANUAL)	
Data de Início:	
Nos termos legais, havendo aceitação da presente proposta, a cobertura dos riscos verifica-se apenas com o pagamento do prémio ou fração devidos.	
Duração: Ano e Seguintes	Prémio Total Anual: €
Periodicidade de Pagamento do Prémio:	☐ Mensal ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual (Ao primeiro pagamento do prémio ou fração indicado acresce o custo de Apólice ou de Ata Adicional no valor de 5 € + Encargos Legais.)

PERÍODO SEGURO E PAGAMENTO DOS PRÉMIOS (OPÇÃO DIA A DIA)	
Data de Início da Viagem:	Data Fim da Viagem:
Nos termos legais, havendo aceitação da presente proposta, a cobertura dos riscos verifica-se apenas com o pagamento do prémio ou fração devidos.	
Prémio Total : € (Ao primeiro pagamento do prémio ou fração indicado acresce o custo de Apólice ou de Ata Adicional no valor de 5 € + Encargos Legais.)	Periodicidade do Prémio: ☒ Único

CARTÃO DE CRÉDITO		
Possui Cartão de Crédito: ☐ Não ☐ Sim	Qual(ais)?	A viagem vai ser paga com o cartão de crédito? ☐ Não ☐ Sim

BENEFICIÁRIOS	
Os beneficiários designados neste quadro são válidos para as coberturas que garantam situações de Morte contratadas ao abrigo deste seguro, à exceção da cobertura de Morte ou Invalidez Permanente Tutor em que o beneficiário é (são) obrigatoriamente a(s) pessoa(s) segura(s).	
PESSOA SEGURA 1	
Em caso de Morte: Beneficiário 1:	
Nome:	
Data de Nascimento:	N.º CC / Passaporte:
N.º Contribuinte:	
Morada:	
Código Postal: Localidade:	
Percentagem:	

Tomador do Seguro/ Pessoa Segura: _____

PESSOA SEGURA 2

Em caso de Morte:

Beneficiário 1:

Nome:

Data de Nascimento:

Nº. CC / Passaporte:

N.º Contribuinte:

Morada:

Código Postal: Localidade:

Percentagem:

Em caso de Invalidez Permanente:

A Pessoa Segura

Autorização do Tomador do Seguro / Pessoa Segura 1:

Autorizo que na sequência dos números 2 e 3 do artigo 5.º do DL 384/2007, no caso de impossibilidade comprovada de contacto durante um ano seguido com o Tomador do Seguro e com a Pessoa Segura, no caso de não coincidirem na mesma pessoa, que o Segurador informe o beneficiário, no prazo de 30 dias após a última comunicação dirigida àqueles.

Tomador do Seguro / Pessoa Segura 1: _____

Autorização da Pessoa Segura 2:

Autorizo que na sequência dos números 2 e 3 do artigo 5.º do DL 384/2007, no caso de impossibilidade comprovada de contacto durante um ano seguido com o Tomador do Seguro e com a Pessoa Segura, no caso de não coincidirem na mesma pessoa, que o Segurador informe o beneficiário, no prazo de 30 dias após a última comunicação dirigida àqueles.

Pessoa Segura: _____

Esta designação apenas terá efeito após aceitação do Segurador e correspondente emissão de ata adicional. Até esse momento o(s) beneficiário(s) em caso de morte serão os herdeiros legais da pessoa(s) segura(s).

Tomador do Seguro/ Pessoa Segura: _____

AUTORIZAÇÃO PARA PAGAMENTO DO PRÊMIO (DÉBITO DIRETO/TRANSFERÊNCIA)

Titular da Conta:

Autorizo o Banco a proceder ao pagamento à Ageas Portugal – Companhia de Seguros S.A. (marca Ocidental), do prémio relativo ao Seguro contratado através da presente Proposta e na periodicidade acordada, através de débito direto nos termos da autorização ou, caso o pagamento do prémio inicial ou a primeira fração deste não seja compatível com aquele serviço de pagamento atendendo à data de início do seguro e o Banco adiante indicado seja simultaneamente o Mediador do presente Seguro, mediante transferência a crédito para a conta da Ageas Portugal – Companhia de Seguros S.A. (marca Ocidental) com o IBAN PT50003300000000070606405, por débito na minha conta adiante indicada.

Banco

Número de Conta – IBAN

BIC SWIFT

--	--	--	--	--	--	--	--

Tipo de pagamento: Pagamento recorrente ☒ ou Pagamento pontual ☐

Ao subscrever esta autorização, está a autorizar (i) a Ageas Portugal – Companhia de Seguros S.A. (marca Ocidental) a enviar instruções ao seu Banco para debitar a sua conta e (ii) o seu Banco a debitar a sua conta, de acordo com as instruções da Ageas Portugal – Companhia de Seguros S.A. (marca Ocidental)

Os seus direitos, referentes à autorização acima referida, são explicados em declaração que pode obter no seu Banco e 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. Alertamos, no entanto, para o facto de que a satisfação do pedido de reembolso por parte do seu Banco, não extingue a obrigação de pagamento do prémio em causa, nem as eventuais responsabilidades decorrentes do consequente incumprimento do contrato de Seguro.

Na situação de pagamento de quaisquer valores decorrentes do presente contrato de seguro, deverá ser feito o crédito na mesma conta, salvo instruções expressas em contrário.

No caso de subscrição em contas conjuntas ou mistas, é necessário o acordo expresso dos contitulares aos termos da subscrição, devendo a presente instrução de pagamento ser assinada de acordo com as condições de movimentação da conta de depósito à ordem.

Local e Data: _____, _____ de _____ de _____

Assinatura do(s) Titular(es) da Conta:

(Conforme Ficha de Assinaturas, ou Documento de Identificação, e de acordo com as condições de movimentação da conta de depósito à ordem)

DECLARAÇÕES, CONSENTIMENTOS, DATA E ASSINATURAS

Para efeitos de celebração do presente contrato de seguro, o Tomador do Seguro/Segurado declara que:

1. Tomei conhecimento das condições do contrato de seguro e foram-me prestados todos os esclarecimentos necessários e legalmente exigíveis, declarando ter recebido para este efeito os anexos a esta proposta: Documento de informação sobre o produto de seguros e Condições Gerais e Especiais.
2. Se aplicável, o presente contrato pode ser outorgado com recurso a assinatura digital, nos termos da convenção de adesão a assinatura digital previamente celebrada.
3. O risco que pretende segurar não esteve coberto, total ou parcialmente, por nenhum contrato relativamente ao qual exista prémio, fracção de prémio ou outra quantia em dívida.

Tomador do Seguro/ Pessoa Segura: _____

DECLARAÇÕES, CONSENTIMENTOS, DATA E ASSINATURAS

4. As omissões, inexatidões ou falsidades, quer no que respeita a dados de fornecimento obrigatório quer facultativo, são da responsabilidade do(s) Tomador do Seguro/Segurado.
5. Mais autoriza(m) ainda ao Segurador a proceder à recolha de dados pessoais relativos à respetiva saúde junto de médicos ou outros profissionais de saúde e de organismos públicos ou privados tais como hospitais, clínicas, consultórios, centros de saúde, institutos de medicina legal, mesmo depois da sua morte, tendo em vista a confirmação ou complemento da informação prestada aquando ou após a subscrição do presente seguro, com as finalidades de avaliação do risco de subscrição do seguro ou de gestão da relação contratual subsequente, designadamente para efeito de determinação da origem, causa e evolução de eventual doença ou acidente que venha a provocar a morte ou incapacidade, e que compreende(m) a essencialidade desta autorização para a possibilidade de celebração do presente contrato de seguro.
6. Autoriza(m) ainda o Segurador a proceder à recolha de dados pessoais relativos à respetiva saúde junto de médicos ou outros profissionais de saúde e de organismos públicos ou privados tais como hospitais, clínicas, consultórios, centros de saúde, institutos de medicina legal, mesmo depois da sua morte, tendo em vista a confirmação ou complemento da informação prestada aquando ou após a subscrição do presente seguro, com as finalidades de avaliação do risco de subscrição do seguro ou de gestão da relação contratual subsequente, designadamente para efeito de determinação da origem, causa e evolução de eventual doença ou acidente que venha a provocar a morte ou incapacidade, e que compreende(m) a essencialidade desta autorização para a possibilidade de celebração do presente contrato de seguro.

Tomam ainda conhecimento de que:

7. Nos termos legais, havendo aceitação da presente Proposta, a cobertura dos riscos verifica-se, apenas, com o pagamento do prémio ou fração devidos.
8. As reclamações emergentes do contrato podem ser apresentadas por escrito ao departamento de gestão de reclamações do Segurador Apoio ao Cliente Não Vida (nomeadamente através do e-mail: apoioaocliente@ocidental.pt), no Livro de Reclamações, ao Provedor do Cliente, através do e-mail provedor.ocidental@mm-advogados.com, e à Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões, em www.asf.com.pt. Em caso de litígio, as partes podem ainda recorrer à Entidade de Resolução Alternativa de Litígios: CIMPAS – Centro de Informação, Mediação e Arbitragem de Seguros - www.cimpas.pt - ou aos tribunais judiciais. A Política de Tratamento de Clientes do Segurador e restante informação relativa à Gestão de Reclamações está disponível em www.ocidental.pt.

A Ageas Portugal - Companhia de Seguros, S.A. (marca Ocidental, doravante referida como "Ocidental ") é responsável pelo tratamento dos dados pessoais do tomador de seguro (se pessoa singular) ou do(s) representante(s) do tomador de seguro (se pessoa coletiva), demais pessoas seguras e/ ou beneficiários ("Titulares dos dados"), no âmbito da subscrição de produtos de seguro, recolhidos através do presente documento, bem como aqueles que vierem a ser fornecidos posteriormente, nomeadamente no âmbito da participação de um sinistro, ainda que estes tenham sido recolhidos junto de terceiros. Os dados pessoais disponibilizados são necessários à subscrição e gestão do seguro, incluindo a emissão de apólice, gestão do seguro, gestão de sinistros e anulação da apólice, sendo tratados apenas para esta(s) finalidade(s). Neste contexto, a Ocidental trata as seguintes categorias de dados: dados de identificação e contacto, dados de saúde, dados financeiros e demais dados necessários à celebração do contrato de seguro. A Ocidental para a prossecução da(s) finalidade(s) descrita(s) poderá comunicar os dados pessoais recolhidos a entidades subcontratantes, parceiros comerciais e entidades do setor segurador, tais como a Associação Portuguesa de Seguradores, distribuidores de seguros, resseguradores. A Ocidental poderá ainda comunicar os dados pessoais, quando julgue tais comunicações de dados como necessárias ou adequadas (i) à luz da lei aplicável, (ii) no cumprimento de obrigações legais/ordens judiciais, ou (iii) para responder a solicitações de autoridades públicas ou governamentais. A prestação de produtos e serviços pela Ocidental

Tomador do Seguro/ Pessoa Segura: _____

DECLARAÇÕES, CONSENTIMENTOS, DATA E ASSINATURAS

pode implicar a transferência dos dados pessoais para países terceiros (que não pertençam à União Europeia ou ao Espaço Económico Europeu). Nesses casos, a Ocidental implementará as medidas necessárias e adequadas à luz da lei aplicável para assegurar a proteção dos dados pessoais objeto de uma tal transferência. A Ocidental guarda os dados pelo período da relação contratual estabelecida, exceto se obrigada por lei a conservar os dados por prazo superior. Os Titulares dos dados poderão solicitar, a todo o tempo, o acesso aos dados pessoais que lhe digam respeito, bem como a sua retificação, eliminação ou a limitação do seu tratamento, a portabilidade dos seus dados, ou opor-se ao seu tratamento (com exceção dos dados estritamente necessários para a prestação do serviço) mediante pedido escrito dirigido à Ocidental para o endereço de email apoioaocliente@ocidental.pt ou para a morada Praça Príncipe Perfeito 2, 1990-278 Lisboa. Caso deseje contactar o Encarregado de Proteção de Dados poderá fazê-lo para o endereço de e-mail dpo@ocidental.pt. Sem prejuízo de qualquer outra via de recurso administrativo ou judicial, os Titulares dos dados têm direito a apresentar uma reclamação à CNPD ou a outra autoridade de controlo competente nos termos da lei, caso considerem que os seus dados não estão a ser objeto de tratamento legítimo por parte da Ocidental. A Ocidental poderá tratar os dados pessoais de forma a avaliar o nível de risco associado à subscrição de seguro com base no tratamento automatizado (i.e. sem intervenção humana) dos dados pessoais, consubstanciando uma decisão que poderá produzir efeitos na esfera jurídica do titular, designadamente no que respeita à cotação do seguro. Neste sentido, a Ocidental compromete-se a adotar as medidas adequadas para salvaguardar os direitos, liberdades e interesses legítimos dos titulares de dados, designadamente o direito de obter intervenção humana por parte da Ocidental, manifestar o seu ponto de vista e contestar a decisão em causa.

O Tomador de Seguro (pessoa singular ou coletiva), ao disponibilizar dados de terceiros, nomeadamente pessoa(s) segura(s) e/ ou beneficiário(s), compromete-se a prestar as informações relativas ao tratamento de dados pessoais acima descritas, bem como a recolher o(s) consentimento(s) eventualmente aplicáveis.

Mediante o seu consentimento (se pessoa singular), a Ocidental, utilizará os dados recolhidos para o envio de comunicações promocionais, divulgação de campanhas relativas a produtos e serviços da Ocidental ajustados ao perfil do titular.

Mediante o seu consentimento, as entidades do Grupo Ageas Portugal (a saber: Ageas Portugal- Companhia de Seguros, S.A. (marca Ocidental), Ocidental - Companhia Portuguesa de Seguros de Vida, S.A., Médis - Companhia Portuguesa de Seguros de Saúde, S.A., Ageas - Sociedade Gestora de Fundos de Pensões, S.A.) irão ter acesso aos seus dados pessoais, para o envio de comunicações promocionais, divulgação de campanhas relativas aos seus próprios produtos e serviços ajustados ao seu perfil, atuando essas entidades como responsáveis autónomas pelo tratamento que cada uma delas leve a cabo. Poderá solicitar, a todo o tempo, o acesso aos dados pessoais que lhe digam respeito, bem como a sua retificação, eliminação ou a limitação do seu tratamento, a portabilidade dos seus dados, ou opor-se ao seu tratamento mediante pedido escrito dirigido às entidades responsáveis pelo tratamento para os contactos acima identificados. Poderá ainda entrar em contacto com o DPO do Grupo Ageas Portugal através do endereço de email dpo@ageas.pt. Poderá ainda gerir os consentimentos que tenha prestado através da sua Área Reservada. Caso queira saber mais acerca da forma como as entidades do Grupo Ageas Portugal tratam os seus dados pessoais deverá consultar as respetivas Políticas de Privacidade, constantes nos websites de cada uma delas.

O perfil será criado com base, nomeadamente, em variáveis demográficas como idade e género, zona de residência, preferências pessoais indicadas, assim como os produtos subscritos, sendo o perfil ajustado ao longo da relação que tenha estabelecido com alguma(s) das entidades do Grupo Ageas Portugal. Os dados pessoais serão conservados para a finalidade de marketing enquanto o titular dos dados não retirar o consentimento. Todas as nossas comunicações contêm um link através do qual o titular poderá, a qualquer momento, retirar o seu consentimento, o que não invalida, no entanto, o tratamento efetuado até essa data com base no consentimento previamente dado.

Tomador do Seguro/ Pessoa Segura: _____

DECLARAÇÕES, CONSENTIMENTOS, DATA E ASSINATURAS

Tomador do Seguro/Pessoa Segura

☐ Consinto que as entidades do Grupo Ageas Portugal (acima identificadas) tenham acesso aos meus dados pessoais conservados no âmbito da relação estabelecida com a(s) entidade(s) do Grupo Ageas, nos termos anteriormente referidos.

☐ Consinto no tratamento dos meus dados pessoais pelas entidades do Grupo Ageas Portugal (acima identificadas), para efeitos de envio de comunicações de marketing através dos diferentes canais de comunicação, quer físicos quer digitais, nomeadamente notificações eletrónicas, carta, SMS ou email, ajustadas ao meu perfil, nos termos anteriormente referidos e melhor descritos nas várias Políticas de Privacidades disponíveis nos seus websites.

Local e Data: _____

Tomador do Seguro/ Pessoa Segura: _____

A 1ª Pessoa Segura: _____

A 2ª Pessoa Segura: _____

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