☐ Seguro Novo
☐ Alteração

Apólice ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Data Início ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Mediador _____

Código Mediador ☐☐☐☐☐☐☐

OCIDENTAL
grupo ageas

TOMADOR DO SEGURO

Nome:		Código Postal: -
Morada:		Localidade:
Data de Nascimento: / /	Sexo: ☐ M ☐ F	Estado Civil:
Bilhete de Identidade / CC:	Nº Contribuinte:	Profissão:
Telefone (casa):	Telemóvel:	E-mail:

IDENTIFICAÇÃO DAS PESSOAS SEGURAS

1	Nome:		Código Postal:
	Interveniente (Crédito):		
	Morada:		Localidade:
	Data de Nascimento: / /	Sexo: ☐ F ☐ M	Estado Civil:
	Bilhete de Identidade / CC:	N.º Contribuinte:	Profissão:
	Telefone (casa):	Telefone (emprego):	Telemóvel:
	E-mail:		
2	Nome:		Código Postal:
	Interveniente (Crédito):		
	Morada:		Localidade:
	Data de Nascimento: / /	Sexo: ☐ F ☐ M	Estado Civil:
	Bilhete de Identidade / CC:	N.º Contribuinte:	Profissão:
	Telefone (casa):	Telefone (emprego):	Telemóvel:
	E-mail:		
3	Nome:		Código Postal:
	Interveniente (Crédito):		
	Morada:		Localidade:
	Data de Nascimento: / /	Sexo: ☐ F ☐ M	Estado Civil:
	Bilhete de Identidade / CC:	N.º Contribuinte:	Profissão:
	Telefone (casa):	Telefone (emprego):	Telemóvel:
	E-mail:		
4	Nome:		Código Postal:
	Interveniente (Crédito):		
	Morada:		Localidade:
	Data de Nascimento: / /	Sexo: ☐ F ☐ M	Estado Civil:
	Bilhete de Identidade / CC:	N.º Contribuinte:	Profissão:
	Telefone (casa):	Telephone (emprego):	Telemóvel:
	E-mail:		

Tomador do Seguro/ Pessoa Segura: _____

DECLARAÇÕES
Declaro que exerço uma atividade profissional há mais de 12 meses, com o mínimo de 16 horas semanais, e não tenho conhecimento de qualquer causa de possível desemprego. Confirmo ter conhecimento de que estão excluídas deste seguro as patologias pré-existentes à data da subscrição e toda e qualquer patologia futura com relação direta ou indireta com as mesmas. Tomei conhecimento que, de acordo com as Condições Gerais e Especiais da Apólice, o acionamento da cobertura de Desemprego Involuntário depende da situação profissional da pessoa segura no momento do sinistro, ou no período imediatamente anterior e não da situação profissional na altura em que a apólice é subscrita, bem como de que não é possível acionar a cobertura de Desemprego Involuntário na ocorrência de desemprego em consequência de caducidade de contrato de trabalho a termo (certo ou incerto). Declaro ainda compreender que a omissão ou falsas declarações prestadas, desobrigam o Segurador de cobrir os sinistros e podem conduzir à anulação da adesão das Pessoas seguras ao presente contrato de seguro. 1º Pessoa Segura ☐ Sim ☐ Não 2º Pessoa Segura ☐ Sim ☐ Não 3º Pessoa Segura ☐ Sim ☐ Não 4º Pessoa Segura ☐ Sim ☐ Não Assinatura das Pessoas Seguras: 1º Pessoa Segura _____ 2º Pessoa Segura _____ 3º Pessoa Segura _____ 4º Pessoa Segura _____

Tomador do Seguro/ Pessoa Segura: _____

DADOS DO CONTRATO

Dados do contrato de Crédito associado:

N.º Proposta de Crédito	Capital Financiado (€)	Prazo (meses)	Prestação (€)

Dados do contrato de Seguro:

Plano Proteção Solução Automóvel - Seguro Temporário

Data de Início: do dia imediato ao da aceitação da Proposta pela Seguradora

Prazo(anos): □□

As Pessoas Seguras ficam abrangidas pelo seguro plano proteção de pagamentos, o qual, nos termos das

Coberturas	Período máximo da Cobertura
Incapacidade Temporária Absoluta para o Trabalho (Doença ou Acidente) por um período superior a 30 dias	12 meses
Desemprego Involuntário (Trabalhadores por Conta Outrem) por um período superior a 30 dias	6 meses
Hospitalização (Trabalhadores por Conta Própria) por um período superior a 7 dias	12 meses

Os períodos máximos aplicáveis a cada cobertura mencionada e os respetivos capitais, funcionam por contrato de crédito, independentemente do n.º de Pessoas Seguras.

Período de Carência: 30 dias

Período de Requalificação: após retorno da Pessoa Segura à atividade profissional normal, só poderá haver lugar a nova indemnização por sinistro após terem decorrido 6 meses, no exercício regular da profissão ou num emprego permanente a tempo inteiro, tratando-se de trabalhador por conta de outrem. Este período de requalificação é aplicável por cobertura e por conjunto de Pessoas Seguras.

Prestação Segura: corresponde em cada momento à prestação mensal relativa ao empréstimo associado à presente Proposta de Seguro, com o limite máximo de 1.700€

Duração: o seguro é válido por um ano, sendo automaticamente renovado por iguais períodos, até ao final do prazo acima indicado, que corresponde ao final do prazo do contrato de financiamento acima indicado, ou ao limite de permanência de cada Pessoa Segura que é atingido na anuidade em que complete 65 anos de idade.

Prémio: o valor do prémio correspondente ao cálculo efetuado nesta data para a totalidade do prazo, de acordo com a periodicidade de pagamento subscrita, e é calculado em função do capital de _____ €.

No 1º recibo de prémio acresce o custo de apólice ou de ata adicional de 5€ + encargos legais.

Tomador do Seguro/ Pessoa Segura: _____

AUTORIZAÇÃO PARA PAGAMENTO DO PRÉMIO (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 ☐☐☐☐☐☐☐☐ T

ipo de pagamento: Pagamento recorrente [x] 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)

Tomador do Seguro/ Pessoa Segura: _____

DECLARAÇÕES, CONSENTIMENTOS, DATA E ASSINATURAS

Para efeitos de celebração do presente contrato de seguro, Tomador do Seguro e a(s) Pessoa(s) Segura(s) declaram que:

1. Tomaram conhecimento das condições do contrato de seguro e foram-lhes 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, fração de prémio ou outra quantia em dívida.

4. Toma(m) conhecimento que, caso decorram mais de 6 (seis) meses entre a data de preenchimento da presente Proposta de Adesão e a data de início do seguro, terá de ser subscrita nova Declaração de Saúde e Emprego, preenchido novo Questionário Médico e repetidos os eventuais exames necessários, sem o que a referida proposta não terá condições de aceitação pelo Segurador.

5. As omissões, inexatidões ou falsidades, quer no que respeita a dados de fornecimento obrigatório quer facultativo, são da responsabilidade do Tomador do Seguro e ou das Pessoas Seguras.

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.

7. Sem prejuízo dos deveres e limites previstos nas leis de proteção de dados e concorrência, **pode o Segurador facultar o acesso ou transmitir tais informações ou dados a pessoas, singulares ou coletivas, de direito público ou privado**, que subcontrate para efeitos de colaboração na realização e estudos estatísticos, de inquéritos de mercado **ou na viabilização da execução dos contratos**, nestes se incluindo a Associação Portuguesa de Seguradores (**bem como a resseguradores ou entidades que enquadrem ou realizem, licitamente, ações de cooperação, de compilação de dados, de prevenção e combate à fraude, ou estúdios estatísticos ou técnico-atuariais**).

Tomam ainda conhecimento de que:

8. Nos termos legais, havendo aceitação da presente Proposta, a cobertura dos riscos verifica-se, apenas, com o pagamento do prémio ou fração devidos.

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.

Tomador do Seguro/ Pessoa Segura: _____

DECLARAÇÕES, CONSENTIMENTOS, DATA E ASSINATURAS

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

☐ 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: _____

1ª Pessoa Segura: _____

2ª Pessoa Segura: _____

3ª Pessoa Segura: _____

4ª Pessoa Segura: _____

A Sucursal: _____

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