

PROPOSTA DE SEGURO VICTORIA VIDA ESSENCIAL

ÁREA RESERVADA

Mediador 18215

1. TOMADOR DO SEGURO

Nome			
Morada			
Localidade			
Cód. Postal		-	
E-mail			
Profissão			
Data de Nascimento		/	
Sexo	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	Nacionalidade
Estado Civil		Tel./Tlm.	N.I.F.

2. DADOS DO CONTRATO

Início do seguro às 12 horas do dia		/		/	20	Duração do Contrato:	<input checked="" type="checkbox"/> Ano e Seguintes	Prazo previsto para o empréstimo		Meses
Pagamento de Prémios	<input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> Trimestral			Se optou por pagamento mensal, deseja a atualização automática do capital?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim			
	<input type="checkbox"/> Semestral	<input type="checkbox"/> Mensal (Débito Bancário)			(só possível para fracionamento mensal e por débito bancário)					
Cobrança de Prémios	<input type="checkbox"/> Débito bancário									

3. AUTORIZAÇÕES DE DÉBITO EM CONTA

Titular da Conta	TOMADOR DO SEGURO
Número de Conta — IBAN	
Número de Conta Bancária Internacional (International Bank Account Number)	
BIC SWIFT	
Código de Identificação Internacional (Bank Identifier Code)	

VICTORIA - Seguros de Vida, S.A.
Edifício VICTORIA — Av. da Liberdade, 200
1250-147 Lisboa. Portugal

Ao subscrever esta autorização, está a autorizar a VICTORIA - Seguros de Vida, S.A. a enviar instruções ao seu Banco para debitar a sua conta e, simultaneamente, o seu Banco a debitar a sua conta, de acordo com as instruções da VICTORIA - Seguros de Vida, S.A..

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.

Data		/		/		(Assinatura igual à do Banco)
------	--	---	--	---	--	-------------------------------

4. PESSOAS SEGURAS

Pessoa Segura 1

Nome			
Morada			
Localidade			
Cód. Postal		-	
Profissão		N.I.F.	Nacionalidade
Data de Nascimento		/	
Sexo	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	Estado Civil
E-mail			Tel./Tlm.

Pessoa Segura 2

Nome			
Morada			
Localidade			
Cód. Postal		-	
Profissão		N.I.F.	Nacionalidade
Data de Nascimento		/	
Sexo	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	Estado Civil
E-mail			Tel./Tlm.

WEBDOC V8P 07.2014



20 00 12 00 00 01 53

5. CAPITAL/COBERTURAS

Pessoa Segura 1 Pessoa Segura 2

Cobertura Obrigatória:

Morte

☒
☐

Capital Seguro €

Coberturas Complementares (100% do capital seguro pela cobertura de Morte)

Invalidez definitiva p/ profissão ou atividade compatível

☐
☐

Invalidez definitiva para qualquer profissão

☐
☐

Invalidez absoluta e definitiva

☐
☐

Morte por acidente

☐
☐

Invalidez por acidente

☐
☐

6. BENEFICIÁRIOS

Benefício irrevogável: ☐ Sim ☐ Não

Em caso de morte: ☐ O Banco até ao montante em dívida, sendo o remanescente liquidado a:

☐ Herdeiros Legais ☐ Outro (preencher e anexar impresso de Nomeação de Beneficiários)

Em caso de invalidez: ☐ O Banco até ao montante em dívida, sendo o remanescente liquidado a:

☐ Pessoa Segura

Em caso de Beneficiários menores, a sua parte deverá ser depositada na Caixa Geral de Depósitos em seu nome: ☐ Sim ☐ Não

7. ACEITAÇÃO

Pessoa Segura 1 Pessoa Segura 2

ACEITAÇÃO AUTOMÁTICA

(aplicável apenas para capital inferior ou igual a €100.000 e idade igual ou inferior a 45 anos)

☐
☐

Declaro não estar sujeito a observação médica periódica nem a qualquer tratamento regular, não ter sido submetido a internamento hospitalar ou intervenção cirúrgica, não ter interrompido as minhas atividades profissionais/laborais por um período superior a 15 dias consecutivos devido a doença ou acidente nos últimos 2 anos, não ser dependente de fármacos e/ou de substâncias tóxicas, não sofrer de qualquer deficiência física e/ou mental, não ter qualquer desvalorização por incapacidade física ou funcional, bem como não ter tido nenhum seguro de vida recusado, ou com agravamento de prémio.

Extensão Territorial

Prevê viajar ou residir fora de Portugal por um período superior a 30 dias? (Qualquer deslocação por períodos superiores a 30 dias para fora da União Europeia, Suíça, Noruega, Japão, Austrália e América do Norte, requer sempre a aceitação da VICTORIA).

☐ Sim

☐ Sim

☐ Não

☐ Não

Em caso afirmativo, obrigatório preenchimento do Questionário de Residência e Viagens.

ACEITAÇÃO NÃO AUTOMÁTICA

(aplicável a capital superior a €100.000 ou idade superior a 45 anos): **Obrigatório o preenchimento do Questionário Clínico.**

☐
☐

(Assinatura da Pessoa Segura 1)

(Assinatura da Pessoa Segura 2)

8. INFORMAÇÃO CONTRATUAL, AUTORIZAÇÕES E DECLARAÇÕES

PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

De acordo com a legislação em vigor, os dados agora recolhidos, bem como aqueles que vierem a ser fornecidos aquando da participação de um sinistro, serão processados e armazenados informaticamente, sendo utilizados nas relações contratuais com a VICTORIA e seus subcontratados. As omissões, inexatidões e veracidade dos dados fornecidos são da responsabilidade do Tomador do Seguro e da(s) Pessoa(s) Segura(s). Os interessados podem ter acesso e alterar a informação que lhes diga diretamente respeito, que se encontra em base de dados, solicitando a sua alteração mediante contacto direto junto da VICTORIA.

AUTORIZAÇÕES PARA MARKETING E PUBLICIDADE

O Tomador do Seguro e as Pessoas Seguras autorizam a utilização dos seus dados pessoais disponibilizados para envio de futuras campanhas de Marketing e Publicidade da VICTORIA. Caso não autorizem, assinala aqui ☐

O Tomador do Seguro e as Pessoas Seguras autorizam a utilização dos seus dados pessoais disponibilizados para envio de futuras campanhas de Marketing e Publicidade de empresas que colaborem em parceria com a VICTORIA, bem como de outras empresas que integram o Grupo VICTORIA, sob regime de absoluta confidencialidade. Caso não autorizem, assinala aqui ☐

DECLARAÇÕES DO TOMADOR DO SEGURO E DA(S) PESSOA(S) SEGURA(S)

Tomei conhecimento das Condições Gerais e Nota de Informação Prévia, que se encontram disponíveis no site da VICTORIA – Seguros em www.victoria-seguros.pt.

Respondi de forma exata e completa aos requisitos desta proposta e declarei com exatidão todas as circunstâncias que eu conheço e que são significativas para a apreciação do risco pela VICTORIA sabendo que, em caso de incumprimento, fico sujeito às normas legais contratuais aplicáveis, de que tomei conhecimento.

Tomei conhecimento de que a VICTORIA poderá transmitir os dados de identificação das Pessoas Seguras e do respetivo contrato à entidade subcontratada para assegurar o serviço de assistência previsto no contrato.

Autorizo a VICTORIA proceder à recolha de outros dados confirmativos ou complementares daqueles, necessários à gestão do contrato, inclusive sobre o meu estado de saúde, junto de organismos públicos, hospitais, médicos ou outras entidades, bem como a utilizar os dados recolhidos no âmbito de qualquer processo judicial que tenha por objeto o presente contrato de seguro.

Autorizo também a consulta destes dados, desde que para a finalidade compatível com a determinante da respetiva recolha, pelas empresas que integram o Grupo VICTORIA, sob regime de absoluta confidencialidade.

ASSINATURA: O Tomador do Seguro e a(s) Pessoa(s) Segura(s) declaram ter tomado conhecimento do teor das Declarações e Autorizações, subsc revendo-as mediante a suas assinaturas.

Local e Data _____, _____ de _____ de _____

(Assinatura da pessoa Segura 1, se esta não for simultaneamente o Tomador do Seguro)

(Assinatura da pessoa Segura 2, se esta não for simultaneamente o Tomador do Seguro)

(Assinatura do Tomador do Seguro)

(Assinatura do Colaborador)