



Brincar, sonhar e crescer
a um custo reduzido...

PROPOSTA DE ADESAO - VICTORIA JÚNIOR SEGURO ACIDENTES PESSOAIS

ÁREA RESERVADA

Mediador 18215

1. TOMADOR DO SEGURO

Nome Completo			
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. INICIO CONTRATO E PAGAMENTO DE PRÉMIO

Início do contrato 01 / / 20 Pagamento de prémios ☐ Mensal ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual (Débito Direto SEPA)

3. PESSOAS SEGURAS

(É obrigatória a existência de pelo menos uma Pessoa Segura Titular e uma Pessoa Segura Menor)

Pessoa Segura Titular 1 (Familiar ou Tutor do(s) Menore(s). Ex. Mãe)

Nome			
Profissão		N.I.F.	
Data de Nascimento		/	
Sexo	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	

Pessoa Segura Titular 2 (Familiar ou Tutor do(s) Menore(s). Ex. Pai)

Nome			
Profissão		N.I.F.	
Data de Nascimento		/	
Sexo	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	

Pessoa Segura Menor 1

Nome			
Data de Nascimento		/	
Sexo	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	N.I.F.

Pessoa Segura Menor 2

Nome			
Data de Nascimento		/	
Sexo	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	N.I.F.

Pessoa Segura Menor 3

Nome			
Data de Nascimento		/	
Sexo	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	N.I.F.

4. MANDATO DE DÉBITO DIRETO SEPA

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, S.A.

Edifício VICTORIA — Av. da Liberdade, 200
1250-147 Lisboa. Portugal

Ao subscrever esta autorização, está a autorizar a VICTORIA - Seguros, 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, 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)



5. COBERTURAS E VALORES A SEGUIRAR

☒ AP Júnior

Coberturas Pessoas Seguras - Titulares

Morte € 30.000

Dupla Proteção Incluído

Coberturas Pessoas Seguras - Menores

Invalidez Permanente € 10.000

Despesas de Tratamento e Repatriamento € 5.000

Responsabilidade Civil (Franquia € 75) € 25.000

Prémio Total Anual € 88,80

Prémio Total Mensal € 7,40

6. ÂMBITO DE COBERTURA

☒ Riscos Profissionais e Extraprofissionais

7. BENEFICIÁRIOS

Beneficiários

Em caso de Morte:

☒ Pessoas Seguras Menores

Em caso de Invalidez:

☒ Pessoas Seguras Menores

Em caso de Morte, pretende que:

→ O Capital seja depositado na Caixa Geral de Depósitos em nome da Pessoas Seguras menores, em partes iguais.



8. INFORMAÇÃO CONTRATUAL, AUTORIZAÇÕES E DECLARAÇÕES

PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

De acordo com a legislação em vigor, os dados 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, bem como partilhados com outras entidades, nomeadamente a Associação Portuguesa de Seguradores, para efeitos de colaboração na realização de estudos estatísticos, inquéritos de mercado e/ou viabilização da execução dos contratos. As omissões, inexatidões e veracidade dos dados fornecidos são da responsabilidade do Tomador do Seguro. 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 contato direto junto da VICTORIA.

AUTORIZAÇÕES PARA MARKETING E PUBLICIDADE

O Tomador do Seguro autoriza a utilização dos seus dados pessoais disponibilizados para envio de futuras campanhas de Marketing e Publicidade da VICTORIA Seguros. Caso não autorize, deve assinalar aqui ☐

O Tomador do Seguro autoriza 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 Seguros, bem como de outras empresas que integram o Grupo VICTORIA, sob regime de absoluta confidencialidade.

Caso não autorize, deve assinalar aqui ☐

DECLARAÇÕES

Tomei conhecimento das Condições Gerais, Condições Especiais e Nota de Informação Prévia e foram-me prestados todos os esclarecimentos necessários e legalmente exigíveis, declarando ter recebido para esse efeito as informações pré-contratuais e contratuais.

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 e 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 a 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.

Autorizo a VICTORIA a comunicar os dados recolhidos bem como aqueles que vierem a ser fornecidos aquando da participação de sinistro, a entidades externas para efeitos de colaboração na realização de estudos estatísticos, inquéritos de mercado e/ou viabilização da execução dos contratos, nomeadamente à Associação Portuguesa de Seguradores.

ASSINATURA

O Tomador do Seguro declara ter tomado conhecimento do teor das Declarações e Autorizações, subcrevendo-as mediante a sua assinatura.

Local e Data _____, _____ de _____ de _____

(Assinatura da Pessoa Segura Titular 1)

(Assinatura da Pessoa Segura Titular 2)

(Assinatura do Representante Legal das
Pessoas Seguras Menores)

(Assinatura do Tomador do Seguro)

(Assinatura do Colaborador VICTORIA)