FIDELIDADE
SEGUROS DESDE 1808

FIDELIDADE
PROTEÇÃO PESSOAL E FAMILIAR

PROPOSTA DE SEGURO ACIDENTES PESSOAIS INDIVIDUAL

PREENCHER A CANETA PRETA

A ACEITAÇÃO DO SEGURO AQUI PROPOSTO SÓ PODE SER CONSIDERADA DESDE QUE TODOS OS CAMPOS DA PROPOSTA SEJAM RESPONDIDOS NA ÍNTEGRA OU INUTILIZADOS, QUANDO NÃO APLICÁVEIS. TRATANDO-SE DE UMA ALTERAÇÃO A SEGURO JÁ EM VIGOR APENAS SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO OS CAMPOS RELATIVOS AOS DADOS A ALTERAR.

PROTOCOLO _____ CÓDIGO _____

☐ SEGURO NOVO

☐ ALTERAÇÃO À APÓLICE Nº

AGÊNCIA/AGENTE Nº FM ☐ IB ☐

CONTA COBRANÇA Nº

Se é ou já foi Cliente da Fidelidade indique um dos seguintes elementos:

CLIENTE Nº

RAMO/APÓLICE

1. TOMADOR DO SEGURO

NOME COMPLETO

MORADA

LOCALIDADE CÓDIGO POSTAL –

TELEFONE TELEMÓVEL E-MAIL

TIPO DE CLIENTE ☐ PESSOA SINGULAR ☐ ENI ☐ PESSOA COLETIVA DATA DE NASCIMENTO / CONSTITUIÇÃO DA SOCIEDADE

Nº DE CONTRIBUINTE CAE (CÓD. ATIVID. ECONÓMICA) Nº BI/CC

SE PESSOA SINGULAR OU ENI, INDIQUE SEXO ☐ M ☐ F PROFISSÃO

2. DADOS DA APÓLICE

DATA INÍCIO ACERTO VENCIMENTO :

DURAÇÃO ☐ ANO E SEGUINTES ☐ TEMPORÁRIO (ATÉ ÀS 24 HORAS DE) Nº DIAS

PERIODICIDADE DE PAGAMENTO (SUJEITO AO PRÉMIO OU FRAÇÃO MÍNIMA) ☐ ANUAL/ÚNICO [1] ☐ SEMESTRAL ☐ TRIMESTRAL ☐ MENSAL (SÓ POR DÉBITO EM CONTA)

FORMA DE PAGAMENTO ☐ DÉBITO DIRETO (*) ☐ AGENTE ☐ AGÊNCIA/CTT/MB

(*) SE OPTOU POR DÉBITO DIRETO, PREENCHA POR FAVOR, A AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO DIRETO SEPA, QUE SE ENCONTRA NO FINAL DESTA PROPOSTA.

[1] O PAGAMENTO SERÁ ÚNICO NO CASO DE SEGURO TEMPORÁRIO.

3. PESSOA SEGURA (PREENCHER SE DIFERENTE DO TOMADOR DO SEGURO)

NOME COMPLETO

MORADA

LOCALIDADE CÓDIGO POSTAL –

TELEFONE TELEMÓVEL E-MAIL

DATA DE NASCIMENTO SEXO ☐ M ☐ F ESTADO CIVIL

PROFISSÃO NACIONALIDADE

Nº DE CONTRIBUINTE Nº BI/CC

808 29 39 49
fidelidade.pt

Fidelidade - Companhia de Seguros, S.A.
NIPC e Matrícula 500 918 880, na CRC Lisboa - Sede: Largo do Calhariz, 30
1249-001 - Lisboa - Portugal • Capital Social € 381 150 000 • www.fidelidade.pt

Linha de Apoio ao Cliente
T. 808 29 39 49 • F. 21 323 78 09 • E. apoiocliente@fidelidade.pt
Atendimento telefónico personalizado nos dias úteis das 8h30 às 20h

4. BENEFICIÁRIO(S) EM CASO DE MORTE
(SE A PESSOA SEGURA FOR DISTINTA DO TOMADOR DO SEGURO É NECESSÁRIO A AUTORIZAÇÃO DA PESSOA SEGURA PARA A ALTERAÇÃO DA POSIÇÃO DE BENEFICIÁRIO)

PREENCHER SE DIFERENTE DE HERDEIROS LEGAIS. CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO CASO PRETENDA DESIGNAR NOMINATIVAMENTE OS BENEFICIÁRIOS EM CASO DE MORTE.

1. NOME COMPLETO _____

MORADA _____

LOCALIDADE _____ CÓDIGO POSTAL ____ - ___ _____ Nº DE CONTRIBUINTE _____

DATA DE NASCIMENTO _____ SEXO ☐ M ☐ F Nº BI/CC _____

2. NOME COMPLETO _____

MORADA _____

LOCALIDADE _____ CÓDIGO POSTAL ____ - ___ _____ Nº DE CONTRIBUINTE _____

DATA DE NASCIMENTO _____ SEXO ☐ M ☐ F Nº BI/CC _____

CASO PRETENDA DESIGNAR GENERICAMENTE OS BENEFICIÁRIOS EM CASO DE MORTE, E ESTES SEJAM DIFERENTES DE HERDEIROS LEGAIS, INDIQUE-O(S) ABAIXO:

_____

_____

_____

NO CASO DE IMPOSSIBILIDADE COMPROVADA DE CONTACTO, DURANTE UM ANO SEGUIDO, COM O TOMADOR DO SEGURO E COM A PESSOA SEGURA, NO CASO DE SEREM PESSOAS DISTINTAS, AUTORIZA QUE SE CONTACTE(M) O(S) BENEFICIÁRIO(S) EM CASO DE MORTE, ALERTANDO-OS PARA ESSE FACTO, NOS TERMOS E PARA OS EFEITOS PREVISTOS NO ART. 5º DO DECRETO-LEI 384/2007, DE 19 DE NOVEMBRO? ☐ NÃO ☐ SIM

5. ATIVIDADE CONTRATADA

PROFISSIONAL E EXTRA-PROFISSIONAL ☐ EXTRA-PROFISSIONAL ☐ PROFISSIONAL ☐

6. CLASSE DE RISCO (A PREENCHER PELO SEGURADOR)

CLASSE DE RISCO 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐

7. COBERTURAS E CAPITAIS SEGUROS

ASSINALE COM X AS COBERTURAS PRETENDIDAS — **CAPITAL SEGURO**

COBERTURAS PRINCIPAIS: (A COBERTURA 3. NÃO PODE SER CONTRATADA CONJUNTAMENTE COM A COBERTURA 1. OU 2.)

☐	**1.** MORTE POR ACIDENTE	____,00 €
☐	**2.** INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	____,00 €
☐	**3.** MORTE OU INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	____,00 €

COBERTURAS FACULTATIVAS: (SÓ PODEM SER CONTRATADAS EM CONJUNTO COM UMA DAS COBERTURAS PRINCIPAIS) — **CAPITAL SEGURO**

☐	**4.** INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE [1]	____,00 €
☐	**5.** INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR INTERNAMENTO HOSPITALAR [1]	____,00 €
☐	**6.** DESPESAS DE TRATAMENTO, TRANSPORTE SANITÁRIO E REPATRIAMENTO POR ACIDENTE	____,00 €
☐	**7.** DESPESAS DE INTERNAMENTO HOSPITALAR POR ACIDENTE	____,00 €
☐	**8.** DESPESAS DE FUNERAL POR ACIDENTE	____,00 €
☐	**9.** MORTE POR ACIDENTE DE VIAÇÃO	INDEMNIZAÇÃO IGUAL À QUE FOR DEVIDA PELA COBERTURA DE MORTE POR ACIDENTE SELECIONADA
☐	**10.** INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE DE VIAÇÃO	INDEMNIZAÇÃO IGUAL À QUE FOR DEVIDA PELA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE SELECIONADA
☐	**11.** BAGAGEM	____,00 €

COBERTURAS ADICIONAIS: [2] (SÓ PODEM SER CONTRATADAS EM CONJUNTO COM UMA DAS COBERTURAS PRINCIPAIS) — **CAPITAL SEGURO**

☒	**12.** DESPESAS COM BUSCA, SOCORRO E SALVAMENTO	1.000 €
☒	**13.** BEST DOCTORS - *TRAUMACARE* [3]	✓

[1] Em caso de Incapacidade Temporária por Acidente ou de Incapacidade Temporária por Internamento Hospitalar será paga uma indemnização diária correspondente ao Capital Seguro.
[2] Coberturas incluídas sem quaisquer custos adicionais.
[3] Esta cobertura está disponível exclusivamente para apólices Ano e Seguintes.

✓ Cobertura incluída.

8. GRAUS DE DESVALORIZAÇÃO / PERIODOS DE CARÊNCIA

INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE - GRAUS DE DESVALORIZAÇÃO

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE	☐ 100%			
INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE SUPERIOR A	☐ 10%	☐ 15%	☐ 25%	☐ 50%
DESVALORIZAÇÕES SUPERIORES A	☐ 50%, SENDO A INDEMNIZAÇÃO IGUAL A 100%.			

PERIODO DE CARÊNCIA NAS COBERTURAS	**3 dias**	**7 dias**	**15 dias**	**30 dias**	**90 dias**
INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE	☐	☐	☐	☐	☐
INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR INTERNAMENTO HOSPITALAR	☐	☐	☐	☐	☐

9. EXTENSÕES DE COBERTURA

- ☐ RISCOS DE GUERRA
- ☐ ATOS DE TERRORISMO
- ☐ CONTAMINAÇÃO RADIOATIVA E UTILIZAÇÃO DE ENERGIA ATÓMICA
- ☐ PRÁTICA PROFISSIONAL DE DESPORTOS
- ☐ PRÁTICA AMADORA DE DESPORTOS EM COMPETIÇÃO
- ☐ PILOTAGEM E UTILIZAÇÃO DE AERONAVES
- ☐ PARAQUEDISMO, QUEDA LIVRE, PARAPENTE E ASA DELTA
- ☐ SALTOS OU SALTOS INVERTIDOS COM MECANISMOS DE SUSPENSÃO
- ☐ ARTES MARCIAIS
- ☐ TAUROMAQUIA E LARGADAS DE TOUROS OU REZES
- ☐ CAÇA DE ANIMAIS FEROZES
- ☐ EQUITAÇÃO
- ☐ ANIMAIS PERIGOSOS NA POSSE DA PESSOA SEGURA
- ☐ MOTONÁUTICA E SKI AQUÁTICO
- ☐ DESPORTOS NÁUTICOS PRATICADOS SOBRE PRANCHA
- ☐ DESCIDA DE TORRENTES OU CORRENTES
- ☐ MERGULHO COM UTILIZAÇÃO DE SISTEMAS AUXILIARES DE RESPIRAÇÃO
- ☐ CAÇA SUBMARINA
- ☐ DESPORTOS PRATICADOS SOBRE A NEVE E O GELO
- ☐ ALPINISMO E ESCALADA, "*SLIDE*" E "*RAPPEL*", ESPELEOLOGIA
- ☐ UTILIZAÇÃO DE VEÍCULOS MOTORIZADOS DE 2/3 RODAS E MOTO-QUATRO
- ☐ DESPORTOS TERRESTRES MOTORIZADOS

10. QUESTIONÁRIO REFERENTE À PESSOA SEGURA (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)

1. ESTADO DE SAÚDE:

GOZA DE BOA SAÚDE? SIM ☐ NÃO ☐ INDIQUE AS RAZÕES: _____

SOFRE DE EPILEPSIA, PERDAS DE CONSCIÊNCIA, PARALISIA, DIABETES, TUBERCULOSE, PERTURBAÇÕES CARDIOVASCULARES, DOENÇAS DA COLUNA OU MEDULARES, DOENÇA DO SANGUE, REUMATISMO AGUDO OU CRÓNICO, VARIZES?

NÃO ☐ SIM ☐ ESPECIFIQUE: _____

TEM ALTERAÇÕES DE VISÃO, AUDIÇÃO OU MOTORAS? NÃO ☐ SIM ☐ ESPECIFIQUE: _____

TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA OU INCAPACIDADE? NÃO ☐ SIM ☐ ESPECIFIQUE: _____

QUAL O GRAU DE INCAPACIDADE ATRIBUÍDO? _____ %

É CANHOTO? NÃO ☐ SIM ☐ PESO _____ KG ALTURA _____ CM

2. ESTÁ AO ABRIGO DE UM SEGURO DE ACIDENTES DE TRABALHO? NÃO ☐ SIM ☐ EM QUE COMPANHIA? _____

3. É EMPREGADO, GERENTE OU PATRÃO? _____

4. QUAL A INDÚSTRIA OU COMÉRCIO EM QUE EXERCE A SUA PROFISSÃO? _____ EM QUE EMPRESA OU SERVIÇO? _____

5. ENTREGA-SE A TRABALHO MANUAL DE MANEIRA ATIVA, OU SÓ DIRIGE E OU VIGIA? _____

6. TRABALHA COM MÁQUINAS OU SERRAS ELÉTRICAS? NÃO ☐ SIM ☐ ESPECIFIQUE: _____

7. TEM OCUPAÇÕES ACESSÓRIAS DA ATIVIDADE PROFISSIONAL QUE EXERCE, DESEMPENHADAS COM CARÁTER REGULAR? NÃO ☐ SIM ☐ QUAIS: _____

8. TEM OUTRAS OCUPAÇÕES DE CARÁTER NÃO PROFISSIONAL? NÃO ☐ SIM ☐ DISCRIMINAR: _____

9. TEM DESLOCAÇÕES FREQUENTES? NÃO ☐ SIM ☐ QUAL O MEIO DE TRANSPORTE? _____

10. MANIPULA SUBSTÂNCIAS PERIGOSAS OU EXPLOSIVOS? NÃO ☐ SIM ☐ QUAIS? _____

11. TRABALHA EM ANDAIMES, TELHADOS, PONTES, MINAS , PEDREIRAS OU POSTES? NÃO ☐ SIM ☐ DEVEM PREENCHER TUDO

12. TRABALHA COM GUINDASTES, GRUAS OU TRATORES? NÃO ☐ SIM ☐

13. É TRANSPORTADO EM TRATORES OU ATRELADOS? NÃO ☐ SIM ☐

11. OUTROS SEGUROS

O RISCO PROPOSTO ESTÁ SEGURO? NÃO ☐ SIM ☐

EM CASO AFIRMATIVO INDIQUE: SEGURADOR _____ Nº APÓLICE |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| CAPITAL |_|_|_|_|_|_|_|_|,|_|_| €

12. ATUALIZAÇÃO DE CAPITAIS

DESEJO AUMENTAR ANUALMENTE O CAPITAL SEGURO DAS COBERTURAS PRINCIPAIS SELECIONADAS NO QUADRO DE COBERTURAS E CAPITAIS SEGUROS, EM _____% (AO ANO)

DADOS PESSOAIS E DECLARAÇÕES

DADOS PESSOAIS

Os dados pessoais constantes deste documento serão processados e armazenados informaticamente pelo Segurador e destinam-se ao seu uso exclusivo, no âmbito das relações pré-contratuais ou decorrentes do contrato ou operação celebrados com os seus Clientes, incluindo as suas renovações. Os dados serão conservados de forma a permitir a identificação dos titulares até que tenham cessado definitivamente essas relações.

O titular terá livre acesso aos seus dados pessoais, com uma periodicidade não inferior a um ano desde a recolha ou primeiro acesso, desde que o solicite por escrito, podendo retificar os dados incorretamente recolhidos, nos termos da lei.

Os dados recolhidos em virtude da celebração, execução ou cessação do contrato poderão ser fornecidos às autoridades judiciais ou administrativas, desde que em cumprimento de obrigação legal a cargo do Segurador, e bem assim, sem prejuízo dos deveres e limites previstos em matéria de proteção de dados pessoais e de concorrência, e sempre sujeito ao dever de sigilo, aos prestadores de serviços do Segurador, designadamente os seus resseguradores e peritos, e ainda às entidades, nomeadamente de tipo associativo, como seja a Associação Portuguesa de Seguradores, que enquadrem ou realizem, licitamente, ações de compilação de dados, ações de prevenção e combate à fraude, estudos de mercado ou estudos estatísticos ou técnico-atuariais.

O titular dos dados autoriza o Segurador, salvo declaração expressa em contrário no quadro de observações, a:

a) fornecer os seus dados a empresas do Grupo do qual o Segurador faz parte, sendo assegurada a sua confidencialidade, utilização em função do objeto social dessas empresas e compatibilidade com os fins de recolha;

b) proceder à recolha de dados pessoais complementares junto de Organismos Públicos, empresas especializadas e outras entidades privadas, tendo em vista a confirmação ou complemento dos elementos recolhidos necessários à gestão da relação contratual;

c) efetuar, se assim o entender, o registo magnético das chamadas telefónicas que forem realizadas, no âmbito da relação contratual ora proposta, quer na fase de formação do contrato, quer durante a vigência do mesmo, e bem assim a proceder à sua utilização para quaisquer fins lícitos, nomeadamente, para execução dos serviços contratados, para melhoramento e controlo dos mesmos e como meio de prova.

OBSERVAÇÕES _____

DECLARAÇÕES

Declaro que me foram prestadas as informações pré-contratuais legalmente previstas, tendo-me sido entregue, para o efeito, o documento respetivo, para delas tomar integral conhecimento, e bem assim que me foram prestados todos os esclarecimentos de que necessitava para a compreensão do contrato, nomeadamente sobre as garantias e exclusões, sobre cujo âmbito e conteúdo fiquei esclarecido.

Declaro, ainda, ter sido informado pelo Segurador do dever de lhe comunicar com exatidão todas as circunstâncias que conheça e razoavelmente deva ter por significativas para a apreciação do risco, bem como das consequências do incumprimento de tal dever.

Declaro, igualmente, ter sido informado pelo Segurador de que a inexistência ou a incorreção dos elementos de identificação do(s) beneficiário(s) em caso de morte pode impossibilitar o Segurador de dar cumprimento aos deveres de informação e comunicação previstos na lei, com vista ao pagamento do capital seguro.

Declaro, também, que dou o meu acordo a que as Condições Gerais e Especiais, se as houver, aplicáveis ao contrato me sejam entregues no sítio da Internet indicado nas Condições Particulares.

ATENÇÃO

Confirme se respondeu a todas as questões. Se tiver sido outra pessoa a responder a este formulário, não assine sem confirmar que todas as respostas estão exatas.

LOCAL E DATA

TOMADOR DO SEGURO

A PESSOA SEGURA (SE DIFERENTE DO TOMADOR DO SEGURO)