

Vis a Vis, Mediação de Seguros, Lda
A/C Paulo Prates
Fax nº 21 722 62 09

Data

Assunto: *Apólices Temporárias*
“Provas Abertas”

Exmos. Senhores,

Em virtude da _____ (nome da entidade)
promover uma prova intitulada _____
(nome da prova) no dia _____ (data por extenso)
em _____ (local), vimos por este meio solicitar a V. Exas. que fosse
efectuado um seguro para _____ atletas não federados.

Para formalização do seguro, anexamos proposta preenchida nos campos assinalados e
devidamente assinada.

Agradecemos que, logo que possível, nos enviassem a declaração da apólice para que
possamos ter autorização do Instituto do Desporto para a realização da prova.

Com os melhores cumprimentos.

VICTORIA - Seguros
 Edifício VICTORIA
 Av. de Liberdade, 200
 1250-147 Lisboa - Portugal

VICTORIA
 Uma empresa do
 Grupo Segurador ERGO

VICTORIA
 triplo valor

VIS A VIS

Proposta - Seguro de Acidentes Pessoais

Apólice: [] Mediator: []
SEGUROS LIDA

<input checked="" type="checkbox"/> Tomador do Seguro	Nome		Entidade		
	Morada		Título		
	Localidade		Código Postal	N. I. Fiscal	
	Telefone	E-mail	Profissão		Conta própria <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Data de Nascimento	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Nacionalidade	Estado civil	

Seguros existentes	Vida PPR <input type="checkbox"/>	Saúde Acidentes <input type="checkbox"/>	Mult-Riscos Automóvel <input type="checkbox"/>
--------------------	-----------------------------------	--	--

Cobrança	Pagamento dos prémios		<input type="checkbox"/> Desconto em conta bancária <input type="checkbox"/> Cobrança postal (só semestral ou anual) <input checked="" type="checkbox"/> Mediator
	<input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral (só desconto em conta bancária) <input type="checkbox"/> Mensal (só desconto em conta bancária) <input checked="" type="checkbox"/> Único		

<input checked="" type="checkbox"/> Pessoa segura	Nome		Entidade		
	Morada		Título		
	Localidade		Código Postal	N. I. Fiscal	
	Telefone	E-mail	Profissão		Conta própria <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Data de Nascimento	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Nacionalidade	Estado civil	

<input checked="" type="checkbox"/> Contrato	<input type="checkbox"/> Por ano e seguintes	Início: [] [] [] [] [] []	Vencimento: [0] [1] [] [] [] [] <small>(Mês de cada ano)</small>
	<input checked="" type="checkbox"/> Temporário	Térmo: [] [] [] [] [] []	

Ámbito da Cobertura	<input type="checkbox"/> Riscos Profissionais e Extraprofissionais
	<input type="checkbox"/> Riscos Extraprofissionais - apenas para pessoas abrangidas por um seguro de Acidentes de Trabalho

Garantias	Garantias Principais		Garantias aplicáveis exclusivamente a seguros por ano e seguintes:	
	<input type="checkbox"/> Morte	€ [] [] [] [] [] []	Assistência Médico-Sanitária <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
	<input type="checkbox"/> Invalidez Permanente	€ [] [] [] [] [] []	Assistência em Viagem Normal <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
	<input type="checkbox"/> Invalidez Permanente Triplo Valor (Não aplicável a pessoas maiores de 65 anos)	€ [] [] [] [] [] []	Assistência Especial <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
	<input checked="" type="checkbox"/> Morte ou Invalidez Permanente	€ [] [] [] [] [] [] 12151010	Responsabilidade Civil em Viagem	
	<input type="checkbox"/> Morte ou Invalidez Permanente Triplo Valor (Não aplicável a pessoas maiores de 65 anos)	€ [] [] [] [] [] []	<input type="checkbox"/> € 50.000 <input type="checkbox"/> € 25.000 <input type="checkbox"/> € 12.500	
Garantias Complementares		Bagagens e Bens Pessoais em Viagem		
<input type="checkbox"/> Despesas de Funeral	€ [] [] [] [] [] []	<input type="checkbox"/> € 2.500 <input type="checkbox"/> € 1.500 <input type="checkbox"/> € 750		
<input type="checkbox"/> Incapacidade Temporária	€ [] [] [] [] [] []	<input type="checkbox"/> € 750 <input type="checkbox"/> € 500		
<input type="checkbox"/> Subsídio Diário por Internamento Hospitalar	€ [] [] [] [] [] []			
<input checked="" type="checkbox"/> Despesas de Tratamento e Repatriamento	€ [] [] [] [] [] [] 12151010			

VICTORIA - Seguros, S.A.
 Matriculada no C.I.F.C. de Lisboa N.º 13004
 Pessoa Colectiva N.º 500 333 027
 Capital Social € 7.500.000

TMAE 01.02
 04/0027 26/03 3

Franquias	Invalidez Permanente	<input type="checkbox"/> Total (100%) Superior a <input checked="" type="checkbox"/> 10% Superior a <input type="checkbox"/> 15% Superior a <input type="checkbox"/> 25% Superior a <input type="checkbox"/> 50%
	Incapacidade Temporária	
	Subsídio Diário por Internamento Hospitalar	<input type="checkbox"/> 3 dias <input type="checkbox"/> 7 dias <input type="checkbox"/> 15 dias <input type="checkbox"/> 30 dias <input type="checkbox"/> 90 dias
Dinamização	Aplicável exclusivamente às garantias de Morte, Invalidez Permanente, Invalidez Permanente Triplo Valor e em qualquer das suas combinações <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> % de actualização anual	
Riscos Especiais	Extensão para a prática de desporto e n competições oficiais Indique o desporto que pretende segurar: <u>ATLETISMO</u> <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim Utilização profissional de veículos de 2 rodas <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Utilização de aeronaves não consideradas meios normais de transporte <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	

1 - Já teve algum Acidente de Trabalho?	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	Indique todos os detalhes (data, causa, tipo de acidente, etc.)
2 - Ou algum acidente de que resultassem lesões corporais? Quais?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
3 - Tem conhecimento de ter padecido alguma vez de pressão sanguínea anormal, úlceras, tuberculoses, hémias, diabetes, reumatismo, doenças do foro neurológico ou psíquico, coluna, osteoporose, epilepsia, paralisia ou outras doenças?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
4 - Faz uso de matérias explosivas, corrosivas, inflamáveis, tóxicas ou outras matérias perigosas, incluindo soldadura?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
5 - Faz trabalhos, ainda que esporadicamente, a mais de 5 metros de altura ou 2 metros de profundidade?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
6 - Tem algum defeito físico ou invalidez?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
7 - A sua actividade envolve trabalho manual de forma activa e/ou deslocações frequentes?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
8 - É canhoto?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
9 - Desenvolve a sua actividade no seu domicílio?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	

Beneficiários em caso de morte	<input checked="" type="checkbox"/> Herdeiros Legais	<input type="checkbox"/> Cônjuge	<input type="checkbox"/> Cônjuge e filhos do matrimónio em partes iguais
	<input type="checkbox"/> Filhos do matrimónio em partes iguais	<input type="checkbox"/> Pais em partes iguais ou a totalidade ao sobrevivente	
	<input type="checkbox"/> Outro		
No caso de um beneficiário ser menor, a parte correspondente ao benefício será depositada na Caixa Geral de Depósitos em seu nome.			

Contratos anteriores	Alguns dos riscos ou garantias propostos estão ou já estiveram cobertos, total ou parcialmente, por alguns contratos de Seguro? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Se sim, especifique quais:
----------------------	---

Prémios em dívida	Relativamente aos mesmos contratos de seguro, existem quaisquer débitos por falta de pagamento de prémios ou fracção de prémios? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Se sim, especifique quais:
-------------------	--

Transferências	Seguradora	N.º de Apólices	Ramo	Vencimento	Pedido de Resolução junto		Assinatura do Mediador
					<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	
					<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	
					<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	
					<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	

Foram prestadas verbalmente ao Mediador mais informações sobre situações de risco que não estejam consideradas por escrito nesta proposta?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
--	---

Declaro que respondi completamente e com veracidade a todas as perguntas e verifiquei o preenchimento desta proposta. Os dados recolhidos serão processados e armazenados informalmente e destinam-se à utilização nas relações contratuais com a VICTORIA e seus subcontratados. Os interessados podem ter acesso aos dados que lhe digam directamente respeito, solicitando a sua correcção, aditamento ou eliminação, pessoalmente ou por escrito, à VICTORIA. Autorizo a VICTORIA a proceder à recolha de outros dados confirmativos ou complementares daqueles necessários à gestão do contrato, inclusivé sobre o meu estado de saúde, junto de organismos públicos, hospitais, médicos ou outras entidades, mesmo depois da minha morte, bem como a utilizar os dados recolhidos no âmbito de qualquer processo judicial que tenha por objecto o presente contrato de seguro. Autorizo também a consulta destes dados, desde que para finalidade compatível com a determinação da respectiva recolha, pelas empresas que integram o Grupo VICTORIA, sob regime de absoluta confidencialidade. Eu, tomador do seguro, declaro também que, para além disso, tomei conhecimento das Condições Gerais e Informações Importantes sobre o meu seguro, que me foram entregues pelo Colaborador da VICTORIA, juntamente com a cópia da proposta.

Feito em _____ a _____ de _____ de _____

(Assinatura do tomador do seguro) (Assinatura da pessoa segura, se não for simultaneamente o tomador do seguro)

(Assinatura do colaborador)

Original PARA A VICTORIA - 1ª cópia PARA O COLABORADOR - 2ª cópia, informações e condições Gerais PARA O TOMADOR DO SEGURO

