

Vis a Vis, Mediação de Seguros, Lda.
A/C Paulo Prates / Sandra Vasconcelos
Fax nº 21 722 62 09
Mail: svasconcelos@visavis.pt

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.

PROPOSTA DE SEGURO
ACIDENTES PESSOAIS
ÁREA RESERVADA

Apólice

Mediador

TOMADOR DO SEGURO

Entidade

Nome

Morada

Localidade

Cód. Postal

E-mail

Profissão/Actividade

Conta Própria

☐ Sim

☐ Não

Data de Nascimento

Sexo

☐ M

☐ F

Nacionalidade

Estado Civil

Tel./Tlm.

N.I.F.

CONTRATO
☐ Por ano e seguintes

☒ Temporário

Início

Termo

Vencimento

01 /

/ de cada ano

PAGAMENTO/COBRANÇA PRÉMIOS

Pagamento de prémios

☐ Anual

☐ Trimestral (só desconto em conta bancária)

☒ Único

Cobrança de Prémios

☐ Cobrança postal / Multibanco

☒ Mediador

☐ Semestral

☐ Mensal (só desconto em conta bancária)

☐ Desconto em conta bancária

AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO/CRÉDITO EM CONTA

Ao Banco

Agência

por débito

na minha conta bancária a que corresponde o NIB

autorizo

o Banco a proceder, através do Sistema de Débito Directo e com a periodicidade estabelecida contratualmente, ao pagamento à VICTORIA - Seguros, S.A. dos prémios relativos ao contrato de seguro celebrado através desta proposta, bem como de quaisquer outras importâncias devidas à referida Seguradora em compensação de créditos.

Data

(Assinatura igual à do Banco)

PESSOA SEGURA

Entidade

Nome

Morada

Localidade

Cód. Postal

E-mail

Profissão/Actividade

Conta Própria

☐ Sim

☐ Não

Data de Nascimento

Sexo

☐ M

☐ F

Nacionalidade

Estado Civil

Tel./Tlm.

N.I.F.

ÂMBITO DE COBERTURA
☐ Riscos Profissionais e Extraprofissionais

☐ Riscos Extraprofissionais - apenas para pessoas abrangidas por um seguro de Acidentes de Trabalho

GARANTIAS

Garantias Principais	Valor Seguro (€)	Garantias aplicáveis exclusivamente a seguros por ano e seguintes
☒ Morte	26110	Assistência Médico-Sanitária ☐ Sim ☐ Não
☒ Invalidez Permanente	26110	Assistência em viagem Normal ☐ Sim ☐ Não
☐ Invalidez Permanente Triplo Valor		Assistência em viagem Especial ☐ Sim ☐ Não
☐ Morte ou Invalidez Permanente		Responsabilidade Civil em Viagem
☐ Morte ou Invalidez Permanente Triplo Valor		☐ 50.000 € ☐ 25.000 € ☐ 12.500 €
☒ Despesas de Funeral	2090	Bagagens e Bens Pessoais em Viagem
Garantias Complementares		☐ 2.500 € ☐ 1.500 € ☐ 750 €
☐ Incapacidade Temporária		Hole in One ☐ 750 € ☐ 500 €
☐ Subsídio Diário por Internamento Hospitalar		
☒ Despesas de Tratamento e Repatriamento	4200	

FRANQUIAS

Invalidez Permanente	☐ Total (100%)	Superior a: ☒ 10% ☐ 15% ☐ 25% ☐ 50%
Incapacidade Temporária		
Subsídio Diário por Internamento Hospitalar	☐ 3 dias ☐ 7 dias ☐ 15 dias ☐ 30 dias ☐ 90 dias	

DINAMIZAÇÃO

Aplicável exclusivamente às garantias de Morte, Invalidez Permanente, Invalidez Permanente Triplo Valor e em qualquer das suas combinações.

☐ Não ☐ Sim % de actualização anual

RISCOS ESPECIAIS

Extensão para a prática de desporto em competições oficiais	☐ Não ☒ Sim
Indique o desporto que pretende segurar	ATLETISMO
Utilização profissional de veículos de duas rodas	☒ Não ☐ Sim
Utilização de aeronaves não consideradas meios normais de transporte	☒ Não ☐ Sim

BENEFICIÁRIOS POR MORTE

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

CONTRATOS ANTERIORES

Alguns dos riscos ou garantias propostas estão ou já estiveram cobertos, total ou parcialmente, por alguns contratos de seguro? ☐ Não ☐ Sim

Se SIM, especifique quais:

PRÉMIOS EM DÍVIDA

Relativamente aos mesmos contratos seguros, existem quaisquer débitos por falta de pagamento de prémios ou fracção de prémios? ☐ Não ☐ Sim

Se SIM, especifique quais:

TRANSFERÊNCIAS

Seguradora	Nº Apólice	Ramo	Vencimento	Pedido de Resolução junto	Assinatura do Mediador
				☐ Sim ☐ Não	
				☐ Sim ☐ Não	
				☐ Sim ☐ Não	

Prémio total por Participante: €2,00

Prémio total mínimo por Apólice: €100,00

INFORMAÇÃO CONTRATUAL, AUTORIZAÇÕES E DECLARAÇÕES

Declaração

Depois de devidamente informado pela Companhia sobre a sua pretensão, autorizo a VICTORIA, em caso de acidente que origine lesões corporais, e no âmbito deste contrato de seguro, a solicitar junto de hospitais, clínicas, médicos ou outras entidades, os dados clínicos referentes à origem, causas, evolução do acidente do qual resultem despesas de tratamento, invalidez e/ou morte indemnizáveis ao abrigo do contrato, e permito a comunicação desses dados, sem prejuízo do sigilo a que ficam obrigados os sujeitos que vierem a tratar essa informação.

Quando a cobertura for igualmente aplicável a outras pessoas, declaro ter conhecimento e aceitar que é condição para pagamento de qualquer indemnização em caso de acidente que origine lesões corporais, e no âmbito deste contrato de seguro, que os lesados, os seus herdeiros ou os seus representantes com poderes para tal, obtenham, quando solicitado pela companhia, junto de hospitais, clínicas, médicos ou outras entidades, os dados clínicos referentes à origem, causas e evolução do acidente do qual resultem despesas de tratamento, invalidez e/ou morte indemnizáveis ao abrigo do contrato, e os facultem ao Director Clínico da VICTORIA, sem prejuízo do sigilo a que ficam obrigados os sujeitos que vierem a tratar essa informação.

Protecção 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 Seguros e seus subcontratados. As omissões, inexactidões e falsidades, quer no que respeita a dados de fornecimento obrigatório, quer facultativo, são da responsabilidade do Tomador do Seguro.

Os interessados podem ter acesso à informação que lhes diga directamente respeito, solicitando a sua correcção, aditamento ou eliminação, mediante contacto directo ou por escrito, junto da VICTORIA Seguros.

Indexação Automática do valor seguro

De acordo com a legislação em vigor, os valores seguros serão indexados anualmente de acordo com o Índice publicado pelo Instituto de Seguros de Portugal.

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, assinale 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. Caso não autorize, assinale aqui ☐.

Declarações

- Tomei conhecimento das Condições do contrato de seguro e foram-me prestados todos os esclarecimentos necessários e legalmente exigíveis, declarando ter recebido para esse efeito o anexo a esta proposta com as informações pré-contratuais.
- Respondo de forma exacta e completa aos quesitos desta proposta e declarei com exactidão todas as circunstâncias que eu conheço e que são significativas para a apreciação do risco pela VICTORIA Seguros sabendo que, em caso de incumprimento fico sujeito às normas legais e contratuais aplicáveis, de que tomei conhecimento no anexo a esta proposta com as informações pré-contratuais.
- Autorizo igualmente a consulta dos dados pessoais disponibilizados, sob regime de absoluta confidencialidade, às empresas que integram o grupo VICTORIA, desde que compatível com a finalidade da recolha dos mesmos.

Assinatura

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

Local e Data _____ de _____ de _____

(Assinatura do Tomador do Seguro)

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

(Assinatura do Colaborador)