

ÁREA RESERVADA

• Nova Proposta

Apólice

Mediador 15470

Proposta de Alteração

Data efeito da alteração

TOMADOR DO SEGURO

Nome/Denominação Social **NERBA ASSOC EMP DISTRITO BRAGANCA**

Morada **AV CANTARIAS 140**

Localidade **BRAGANÇA**

Código Postal **530-107 BRAGANÇA**

E-mail **nerba@nerba.pt**

Tel./Tlm. **273304630 / 933260223**

NIF **502280344**

Data de Nascimento*

Género*

Naturalidade*

Estado Civil*

Profissão*

Conta Própria*

Constituição Pessoa Coletiva**

CAE/CIRS**

👉 **Ciente VICTORIA 3D - Receba a documentação contratual e avisos de prémio de forma digital. Sim, quero aderir**

* Preencher apenas no caso de Pessoas Singulares; ** Preencher apenas no caso de Pessoas Coletivas.

INÍCIO, PERIODICIDADE E OPÇÃO DE PAGAMENTO

Por ano e seguintes

Temporário

Início **12-03-2025**

Termo **16-06-2027**

Pagamento Prémios Cobrança Postal/Multibanco

Fraclonamento de Prémios Anual

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

PT95104145 - 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.

Autorizo ainda a VICTORIA - Seguros, S.A. a efetuar o pagamento de quaisquer valores que me sejam devidos ou às Pessoas Seguras através da referida apólice.

Por crédito na conta acima indicada

IBAN

GRUPO SEGURÁVEL

Número de Pessoas a segurar (*) / Lotação (**) (risque o que não for aplicável) **12 conforme COT2025159473**

(*) Conforme nomes, NIF, datas de nascimento e profissões/funções constantes em documento anexo

(**) Cópia de documento comprovativo da lotação

Vínculo das Pessoas a segurar com Tomador do Seguro **FORMANDOS**

Seguro Novo

Atividades a segurar **Formação / Formandos**

ÂMBITO DA COBERTURA

Riscos Extraprofissionais

BENEFICIÁRIOS POR MORTE

Herdeiros Legais

Outro (preencher e anexar Impresso de Nomeação de Beneficiários)

/ OUTRAS DECLARAÇÕES / INFORMAÇÕES PARA APECIAÇÃO DO RISCO

O Tomador do Seguro ou o Segurado/ Pessoa Segura obrigam-se a prestar toda a informação necessária à adequada avaliação do risco, mesmo que não expressamente questionada nesta proposta, sob pena de incorrerem nas consequências previstas nos artigos 25.º e 26.º do Decreto-Lei n.º 72/2008, de 16 de abril. Em caso de omissões ou inexactidões dolosas, o contrato será anulado e os sinistros recusados. Em caso de omissões ou inexactidões negligentes, o contrato será alterado e os sinistros cobertos na proporção da diferença entre o prémio pago e o que seria devido se o facto omitido ou declarado inexatamente fosse conhecido, sem prejuízo da possibilidade da VICTORIA fazer cessar o contrato quando demonstre que, em caso algum, o teria celebrado se tivesse conhecido o facto omitido ou inexato.

/ INFORMAÇÃO CONTRATUAL, AUTORIZAÇÕES E DECLARAÇÕES**DECLARAÇÕES DO TOMADOR DE SEGURO**

Declaro que as informações prestadas são exatas e verdadeiras e que me foram prestadas as informações pré-contratuais legalmente previstas (artigos 18.º a 21.º do Decreto-Lei n.º 72/2008, de 16 de abril), 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, terem-me sido colocadas à disposição, no ato da celebração do contrato, as Condições Gerais e Especiais aplicáveis ao contrato, que, para maior comodidade, se encontram disponíveis, para consulta ou impressão em www.victoria-seguros.pt.

Declaro que tomei conhecimento que, no decurso do contrato, estou obrigado a comunicar à VICTORIA, no prazo de 14 dias a contar do conhecimento do facto, todas as circunstâncias que agravem o risco e que se a VICTORIA, os tivesse conhecido aquando da celebração do contrato, teriam influenciado na decisão de contratar ou nas condições do contrato, estando o regime contratual do agravamento do risco previsto nas Condições Gerais aplicáveis ao contrato.

Declaro que tomei conhecimento que qualquer alteração à morada ou sede acima indicada deverá ser comunicada à VICTORIA no prazo de 30 dias a contar da data em que se verifica, sob pena das comunicações ou notificações que a VICTORIA venha a efetuar para a morada desatualizada serem consideradas válidas e eficazes.

Autorizo também a consulta destes dados, desde que para finalidade compatível com a determinante da respetiva recolha, pelas empresas que integram o Grupo VICTORIA sob o regime de absoluta confidencialidade e pela Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões. Autorizo também que a VICTORIA faculte o acesso ou transmita tais informações ou dados, com o intuito de realização de estudos estatísticos, de inquéritos de mercado, e/ou na viabilização da execução dos contratos, à Associação Portuguesa de Seguradoras, bem como a Resseguradores ou entidades que enquadrem ou realizem, licitamente, ações de cooperação, de compilação de dados, de prevenção e combate à fraude ou estudos estatísticos ou técnico-atuariais.

Declaro também que tomei conhecimento das informações importantes sobre o meu seguro através Documento de Informação sobre Produtos de Seguro, que me foi entregue pelo Colaborador da VICTORIA, juntamente com a proposta.

Depois de devidamente informado, autorizo a VICTORIA, em caso de acidente que origine lesões corporais ou doença, 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 ou doença, 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 Diretor Clínico da VICTORIA, sem prejuízo do sigilo a que ficam obrigados os sujeitos que vierem a tratar essa informação.

Caso tenham indicado acima nesta proposta que "sim, quero aderir" ao Cliente VICTORIA 3D, confirmam a veracidade dos dados indicados e comunicam que aceitam passar a receber a documentação contratual e de pagamento de prémios através do e-mail e do número do telemóvel indicado. A documentação será relativa a todos os contratos existentes na VICTORIA - Seguros, S.A. ou na VICTORIA - Seguros de Vida, S.A.

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 são exatas e completas.

ASSINATURA

Declaro(amos) ter tomado conhecimento e estar(mos) devidamente informado(s) do teor da Informação Contratual, Autorizações e Declarações constantes desta proposta, subscrevendo-as mediante a minha assinatura.

/ DECLARAÇÃO DE PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

De acordo com a legislação em vigor, os dados pessoais agora recolhidos, bem como e aqueles que vierem a ser fornecidos em sede de regularização de sinistro, serão processados e armazenados informaticamente, sendo utilizados nas relações contratuais com a VICTORIA e seus subcontratados, podendo ser comunicados a outras empresas do Grupo SMABTP, VICTORIA, e com a entidades terceiras para efeitos de colaboração na realização de estudos estatísticos, inquéritos de mercado e/ou viabilização da execução dos contratos.

DIREITOS E DEVER DE INFORMAÇÃO

Tomei(amos) conhecimento e autorizo(amos) que a VICTORIA poderá transmitir os dados de identificação dos titulares dos dados e do respetivo contrato à(s) entidade(s) subcontratada(s) para assegurar os diferentes serviços de assistência previstos no contrato.

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

Autorizo(amos) 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.

Declaro(amos) ainda que fui(fomos) informado(s), que o(s) titular(es) dos dados tem(têm) direito de oposição ao tratamento dos seus dados nas situações de definição de perfis, comercialização direta e interesse legítimo do responsável pelo tratamento.

Para além do direito de oposição, reconheço(emos) ainda que assistem ao(s) titular(es) dos dados os direitos de acesso, retificação, apagamento, limitação do tratamento e portabilidade, nos termos definidos na Política de Privacidade disponível em www.victoria-seguros.pt, podendo exercê-los mediante comunicação à VICTORIA ou ao Encarregado de Proteção de Dados (EPD), através dos contactos aí indicados.

ASSINATURA

Declaro ter tomado conhecimento das informações acima descritas e direitos dos titulares dos dados, pessoas singulares, subscrivendo-as mediante a minha assinatura. Mais declaro ter prestado as referidas informações aos titulares dos dados, pessoas singulares, no âmbito do contrato de seguro em causa.

/ ASSINATURAS

Ao assinar esta proposta, o Tomador do Seguro, está simultaneamente a aceitar e a assinar os seguintes quadros:

- Mandato de débito direto SEPA
- Informação contratual, autorizações e declarações
- Declaração de proteção de dados pessoais
- Coberturas, Capitais Seguros e Franquias

Ao assinar esta proposta, a Pessoa Segura/Segurado, está simultaneamente a aceitar e a assinar os seguintes quadros:

- Declaração de proteção de dados pessoais

Data 11/03/2025

**NERBA**
Associação de Seguradores de BRAGANÇA

Contribuinte: 502 280 344
Telf: 273 304 630 Email: nerba@nerba.pt
Avenida das Cantarias, 140
5300-107 Bragança

1ª Pessoa Segura/Segurado, se diferente
do Tomador do Seguro