GENERALI TRANQUILIDADE

Minuta de Sinistros
VIDA FINANCEIROS

Apólice | Agente/Mediador

Data de Participação | Gestor de Rede

1 MOTIVO DO SINISTRO

☐ Óbito ☐ Invalidez ☐ Doença Grave ☐ Outro Se outro, qual? _____

2 SEGURADO/PESSOA SEGURA

Nome

3 BENEFICIÁRIOS

BENEFICIÁRIO 1

N.º Cliente

Nome

Morada

Cód. Postal - País Morada*

Email

Tel. País Contacto Telefónico * N.º Cont.

B. Identidade/C. Cidadão Sexo: M ☐ F ☐ Data Nascimento - -

Pais Naturalidade * Nacionalidade * Dupla Nacionalidade: * Sim ☐ Não ☐

Se Sim, qual(ais): *

Ent. Patronal N.º Contribuinte (Ent. Patronal)

Profissão

Parentesco: Cônjuge ☐ Filho(a) ☐ Mãe ☐ Pai ☐ Neto(a) ☐ Outro Dependente ☐ Avô(ó) ☐ Outro Adulto ☐

Outra relação

OUTROS DADOS PARA EFEITOS FISCAIS? (Também obrigatórios no âmbito do regime RCIF/FATCA)

Obrigações ou Residência Fiscal noutro(s) país(es) Sim ☐ Não ☐ N.º Contribuinte Estrangeiro

Se sim, indique morada para efeitos fiscais *

Código Postal - País

Ligações aos EUA: Tem nacionalidade ou é cidadão dos EUA, é ou foi detentor de Green Card, tem residência fiscal nos EUA ou residiu neste país por mais de 182 dias nos últimos 3 anos. Sim ☐ Não ☐

ALTOS CARGOS PÚBLICOS (PEP)

Exerce ou exerceu, durante o último ano, um alto cargo de natureza política ou pública? Sim ☐ Não ☐

Em caso afirmativo, identifique o cargo

Possui relações de parentesco próximo (cônjuge, pais ou filhos e respetivos cônjuges, ou unidos de facto) com uma pessoa titular de um alto cargo de natureza política ou pública? Sim ☐ Não ☐

Em caso afirmativo, identifique o cargo do familiar em causa

Possui relações de natureza comercial ou societária, com uma pessoa titular de um alto cargo de natureza política ou pública? Sim ☐ Não ☐

Em caso afirmativo, identifique a relação existente

3 BENEFICIÁRIOS (Continuação)

BENEFICIÁRIO 2

N.º Cliente

Nome

Morada

Cód. Postal - País Morada*

Email

Tel. País Contacto Telefónico * N.º Cont.

B. Identidade/C. Cidadão Sexo: M F Data Nascimento - -

Pais Naturalidade * Nacionalidade * Dupla Nacionalidade: * Sim Não

Se Sim, qual(ais): *

Ent. Patronal N.º Contribuinte (Ent. Patronal)

Profissão

Parentesco: Cônjuge Filho(a) Mãe Pai Neto(a) Outro Dependente Avô(ó) Outro Adulto

Outra relação

OUTROS DADOS PARA EFEITOS FISCAIS? (Também obrigatórios no âmbito do regime RCIF/FATCA)

Obrigações ou Residência Fiscal noutro(s) país(es) Sim Não N.º Contribuinte Estrangeiro

Se sim, indique morada para efeitos fiscais *

Código Postal - País

Ligações aos EUA: Tem nacionalidade ou é cidadão dos EUA, é ou foi detentor de Green Card, tem residência fiscal nos EUA ou residiu neste país por mais de 182 dias nos últimos 3 anos. Sim Não

ALTOS CARGOS PÚBLICOS (PEP)

Exerce ou exerceu, durante o último ano, um alto cargo de natureza política ou pública? Sim Não

Em caso afirmativo, identifique o cargo

Possui relações de parentesco próximo (cônjuge, pais ou filhos e respetivos cônjuges, ou unidos de facto) com uma pessoa titular de um alto cargo de natureza política ou pública? Sim Não

Em caso afirmativo, identifique o cargo do familiar em causa

Possui relações de natureza comercial ou societária, com uma pessoa titular de um alto cargo de natureza política ou pública? Sim Não

Em caso afirmativo, identifique a relação existente

BENEFICIÁRIO 3

N.º Cliente

Nome

Morada

Cód. Postal - País Morada*

Email

Tel. País Contacto Telefónico * N.º Cont.

B. Identidade/C. Cidadão Sexo: M F Data Nascimento - -

Pais Naturalidade * Nacionalidade * Dupla Nacionalidade: * Sim Não

Se Sim, qual(ais): *

Ent. Patronal N.º Contribuinte (Ent. Patronal)

Profissão

3 BENEFICIÁRIOS (Continuação)

BENEFICIÁRIO 3

Parentesco: Cônjuge ☐ Filho(a) ☐ Mãe ☐ Pai ☐ Neto(a) ☐ Outro Dependente ☐ Avô(ó) ☐ Outro Adulto ☐

Outra relação

OUTROS DADOS PARA EFEITOS FISCAIS? (Também obrigatórios no âmbito do regime RCIF/FATCA)

Obrigações ou Residência Fiscal noutro(s) país(es) Sim ☐ Não ☐ N.º Contribuinte Estrangeiro

Se sim, indique morada para efeitos fiscais *

Código Postal - País

Ligações aos EUA: Tem nacionalidade ou é cidadão dos EUA, é ou foi detentor de Green Card, tem residência fiscal nos EUA ou residiu neste país por mais de 182 dias nos últimos 3 anos. Sim ☐ Não ☐

ALTOS CARGOS PÚBLICOS (PEP)

Exerce ou exerceu, durante o último ano, um alto cargo de natureza política ou pública? Sim ☐ Não ☐

Em caso afirmativo, identifique o cargo

Possui relações de parentesco próximo (cônjuge, pais ou filhos e respetivos cônjuges, ou unidos de facto) com uma pessoa titular de um alto cargo de natureza política ou pública? Sim ☐ Não ☐

Em caso afirmativo, identifique o cargo do familiar em causa

Possui relações de natureza comercial ou societária, com uma pessoa titular de um alto cargo de natureza política ou pública? Sim ☐ Não ☐

Em caso afirmativo, identifique a relação existente

BENEFICIÁRIO 4

N.º Cliente

Nome

Morada

Cód. Postal - País Morada*

Email

Tel. País Contacto Telefónico * N.º Cont.

B. Identidade/C. Cidadão Sexo: M ☐ F ☐ Data Nascimento - -

Pais Naturalidade * Nacionalidade * Dupla Nacionalidade: * Sim ☐ Não ☐

Se Sim, qual(ais): *

Ent. Patronal N.º Contribuinte (Ent. Patronal)

Profissão

Parentesco: Cônjuge ☐ Filho(a) ☐ Mãe ☐ Pai ☐ Neto(a) ☐ Outro Dependente ☐ Avô(ó) ☐ Outro Adulto ☐

Outra relação

OUTROS DADOS PARA EFEITOS FISCAIS? (Também obrigatórios no âmbito do regime RCIF/FATCA)

Obrigações ou Residência Fiscal noutro(s) país(es) Sim ☐ Não ☐ N.º Contribuinte Estrangeiro

Se sim, indique morada para efeitos fiscais *

Código Postal - País

Ligações aos EUA: Tem nacionalidade ou é cidadão dos EUA, é ou foi detentor de Green Card, tem residência fiscal nos EUA ou residiu neste país por mais de 182 dias nos últimos 3 anos. Sim ☐ Não ☐

9000-V763b-202403-02

3 BENEFICIÁRIOS (Continuação)

BENEFICIÁRIO 4

ALTOS CARGOS PÚBLICOS (PEP)

Exerce ou exerceu, durante o último ano, um alto cargo de natureza política ou pública? Sim ☐ Não ☐

Em caso afirmativo, identifique o cargo

Possui relações de parentesco próximo (cônjuge, pais ou filhos e respetivos cônjuges, ou unidos de facto) com uma pessoa titular de um alto cargo de natureza política ou pública? Sim ☐ Não ☐

Em caso afirmativo, identifique o cargo do familiar em causa

Possui relações de natureza comercial ou societária, com uma pessoa titular de um alto cargo de natureza política ou pública? Sim ☐ Não ☐

Em caso afirmativo, identifique a relação existente

BENEFICIÁRIO 5

N.º Cliente

Nome

Morada

Cód. Postal - País Morada*

Email

Tel. País Contacto Telefónico * N.º Cont.

B. Identidade/C. Cidadão Sexo: M ☐ F ☐ Data Nascimento - -

Pais Naturalidade * Nacionalidade * Dupla Nacionalidade: * Sim ☐ Não ☐

Se Sim, qual(ais): *

Ent. Patronal N.º Contribuinte (Ent. Patronal)

Profissão

Parentesco: Cônjuge ☐ Filho(a) ☐ Mãe ☐ Pai ☐ Neto(a) ☐ Outro Dependente ☐ Avô(ó) ☐ Outro Adulto ☐

Outra relação

OUTROS DADOS PARA EFEITOS FISCAIS? (Também obrigatórios no âmbito do regime RCIF/FATCA)

Obrigações ou Residência Fiscal noutro(s) país(es) Sim ☐ Não ☐ N.º Contribuinte Estrangeiro

Se sim, indique morada para efeitos fiscais *

Código Postal - País

Ligações aos EUA: Tem nacionalidade ou é cidadão dos EUA, é ou foi detentor de Green Card, tem residência fiscal nos EUA ou residiu neste país por mais de 182 dias nos últimos 3 anos. Sim ☐ Não ☐

ALTOS CARGOS PÚBLICOS (PEP)

Exerce ou exerceu, durante o último ano, um alto cargo de natureza política ou pública? Sim ☐ Não ☐

Em caso afirmativo, identifique o cargo

Possui relações de parentesco próximo (cônjuge, pais ou filhos e respetivos cônjuges, ou unidos de facto) com uma pessoa titular de um alto cargo de natureza política ou pública? Sim ☐ Não ☐

Em caso afirmativo, identifique o cargo do familiar em causa

Possui relações de natureza comercial ou societária, com uma pessoa titular de um alto cargo de natureza política ou pública? Sim ☐ Não ☐

Em caso afirmativo, identifique a relação existente

4 ANEXAR OBRIGATORIAMENTE OS SEGUINTES DOCUMENTOS

• Fotocópia(s) do(s) Bilhete(s) de Identidade ou Cartão do Cidadão e cartão(ões) de Contribuinte do(s) Beneficiário(s) ou documento de identificação equivalente válido, no caso do(s) mesmo(s) não ser(em) residente(s);
• Comprovativo de titularidade do IBAN indicado (com referência ao Banco e Titular(es);
• Documento idóneo comprovativo da morada;
• Certidão(ões) de nascimento atualizada(s) e assinatura do responsável se o(s) Beneficiário(s) designado(s) for(em) menor(es), ou documento público equivalente, no caso do(s) mesmo(s) não ser(em) residente(s);
• Se o contrato estiver associado a uma operação de crédito, juntar informação do respetivo capital em dívida à data do sinistro.

Em caso de Morte:
• Certificado de Óbito (no caso de se tratar de um produto Financeiro, bastará o Assento de Óbito);
• Habilitação de Herdeiros se não existir(em) Beneficiário(s) designado(s);
• Cópia do Testamento (caso exista).

Em caso de Invalidez/Doenças Graves:
• Em caso de Invalidez/Doenças Graves deverá ser enviado um atestado do médico assistente indicando o início, as causas, a natureza e a evolução do estado de incapacidade ou doença, e igualmente da descrição exata da atividade exercida pelo Segurado/Pessoa Segura antes da incapacidade ou doença. Este atestado deve ser enviado ao Segurador nos sessenta (60) dias que se seguirem à constatação da Invalidez;
• Em caso da cobertura de Cancro não Invasivo ou Cancro Invasivo, facultar o relatório patológico com o diagnóstico final e relatório médico relativo ao tumor com a data de diagnóstico inicial e a data da primeira consulta médica.

Em caso de Exoneração do Pagamento de Prémios:
• Conforme se trate de uma situação de Incapacidade Temporária e Absoluta, Desemprego ou Hospitalização, deverão ser entregues os documentos previstos nas Condições Especiais da Apólice.

A não receção desta documentação devidamente preenchida e assinada implicará a não regularização do evento (pagamento da respetiva indemnização), nos termos legais.

Se a apólice tiver benefício aceite a favor de uma Entidade Individual ou Coletiva, é essencial que a mesma autorize este pedido.

Responsável pela Identificação

Assinatura (obrigatória)

N.º Colaborador:

5 INFORMAÇÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

Apólice

Segurado/Pessoa Segura

Nome

CONTA A CREDITAR

Nome do Banco

Nome do Titular da Conta

IBAN:

6 TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS

A Generali Seguros, S.A., na qualidade de responsável pelo tratamento, procederá ao tratamento dos seus dados pessoais em conformidade com o disposto na legislação aplicável em matéria de proteção de dados.

Nesta medida, os dados recolhidos no presente formulário destinam-se ao cumprimento de obrigações jurídicas resultantes de convenção coletiva de trabalho, assim como à execução do contrato de seguro.

Terão acesso aos seus dados os colaboradores da Generali Seguros, S.A. e/ou subcontratantes daquela entidade que deles necessitem para emitir a respetiva apólice de seguro e assegurar a sua gestão. A Generali Seguros, S.A. informa que procede a uma escolha criteriosa dos seus subcontratantes, celebrando contratos que obriguem a que estes adotem as medidas técnicas e organizativas indispensáveis à proteção dos seus dados pessoais, nos termos da legislação aplicável.

Os dados de saúde que possam vir a ser tratados ao abrigo do presente seguro sê-lo-ão apenas obtenção de consentimento por parte do respetivo titular e apenas por um profissional obrigado a sigilo ou por outra pessoa sujeita a dever de confidencialidade.

Em qualquer momento, poderá exercer, dentro os limites e condições previstos na legislação aplicável, os direitos de acesso, retificação, esquecimento e portabilidade dos seus dados pessoais, assim como os direitos de limitação e oposição ao tratamento dos seus dados pessoais. Para o efeito, deverá enviar um pedido por escrito para o Encarregado de Proteção de Dados designado pela Generali Seguros, S.A. para protecaodados.dpo@generali.pt.

Tem, igualmente, o direito de apresentar uma reclamação junto da Comissão Nacional de Proteção de Dados (www.cnpd.pt).

Para mais informações, consulte a Política de Privacidade no site do Segurador | Privacidade.

9000-V763b-202403-02

6 TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS (Continuação)

Consente na recolha e no tratamento dos seus dados pessoais de saúde, para a finalidade de gestão de sinistros, ou seja, para cumprimento das obrigações decorrentes do contrato? Sim ☐ Não ☐

DECLARAÇÃO

Solicito(amos) o pagamento da indemnização da apólice em referência, AUTORIZANDO que a importância a que tenho(temos) direito me(nos) seja liquidada na conta de depósitos à ordem com o IBAN acima indicado, cessando no momento do pagamento, todos e quaisquer direitos e deveres das condições contratuais.
AUTORIZO(AMOS) o tratamento automatizado dos elementos indicados neste documento nos termos e para os fins descritos.

Lido e Aprovado: _____, _____ / _____ / _____

Assinaturas: _____ _____ _____

Assinatura Conforme BI/C.Cidadão do 1º Beneficiário

Assinatura Conforme BI/C.Cidadão do 2º Beneficiário

Assinatura Conforme BI/C.Cidadão do 3º Beneficiário

Assinaturas: _____ _____

Assinatura Conforme BI/C.Cidadão do 4º Beneficiário

Assinatura Conforme BI/C.Cidadão do 5º Beneficiário

9000-V763b-202403-02