PROPOSTA DE SEGURO ACIDENTES TRABALHO
PARA TRABALHADORES POR CONTA PRÓPRIA

LUSITANIA

Representada por **JOSÉ MATA, LDA.**

ACEITAÇÃO DATA	**APÓLICE N.º**

Ao preencher esta proposta, deverá utilizar os espaços sombreados ou assinalar com "X"

☐ Seguro **NOVO** - Preencher a totalidade dos quesitos.

☐ **ALTERAÇÃO** - Responder só aos quesitos que altera, sem esquecer a indicação do n.º de apólice, nome do tomador de seguro e data do início pretendida.

Cliente N.º		Ligação Comerc. C/ Cliente	

TOMADOR DE SEGURO

Nome Completo					
Título	Sexo F ☐ M ☐	Profissão / Actividade	N.º Contribuinte	N.º Bilhete de Identidade	Data Nascimento
Morada				Localidade	
Código Postal		País	Telefone	Fax	
E-mail:					

LOCAL DE COBRANÇA

Nome			
Morada			
Localidade	Código Postal	Telefone	Fax

FORMA DE PAGAMENTO DO PRÉMIO

☐ Mediador	☐ Anual
☐ Na Tesouraria (c/ aviso)	☐ Semestral
☐ Outra	☐ Trimestral
	☐ Mensal
	☐ Único

INÍCIO E DURAÇÃO DO CONTRATO

Data início		Duração Seguro	☐ 1 ano a continuar pelos seguintes	☐ Temporário por 1 ano	Termo às 24h de

LOCAL DE RISCO (onde normalmente exerce a actividade)

Concelho	Morada	Localidade

COBERTURA

		Remuneração anual a segurar	Taxa
Acidentes de Trabalho	☐		

QUESTIONÁRIO TÉCNICO

Actividades profissionais de cujo risco pretende ficar seguro:

Utiliza explosivos ou matérias explosivas? ☐ Sim ☐ Não ▸ Especifique:

Emprega força motriz? ☐ Sim ☐ Não ▾

Tipo de máquina	Potência	Quantidade

QUESTIONÁRIO

No exercício da(s) actividade(s) a segurar efectua deslocações? ☐ Sim ☐ Não

Quais os meios de transporte que utiliza?

Nota: As deslocações ao estrangeiro só se consideram abrangidas pelas garantias do seguro quando previamente comunicadas à Lusitania – Companhia de Seguros, S.A., e por esta aceites:

Trabalha para alguma entidade patronal? ☐ Sim ☐ Não

Qual? | Que funções desempenha?

Está ao abrigo de Seguro de Acidentes de Trabalho? ☐ Sim ☐ Não

Em que Companhia?

Sofre de alguma doença susceptível de determinar acidente, de agravar as suas consequências ou demorar a cura? ☐ Sim ☐ Não

Especifique:

RESPOSTAS OBRIGATÓRIAS

Já esteve seguro? ☐ Sim ☐ Não Em que Companhia?

Relativamente ao mesmo seguro, existe qualquer débito por falta de pagamento de prémios ou fracção de prémios? ☐ Sim ☐ Não

OBSERVAÇÕES

IMPORTANTE: Este seguro só entrará em vigor depois de aprovação desta proposta pela LUSITANIA – COMPANHIA DE SEGUROS, S.A..
De acordo com as disposições legais em vigor, o seguro agora proposto apenas entra em vigor na data indicada nesta proposta como data de início se o prémio for pago de imediato ou no prazo que vier a ser indicado para o efeito. No caso de falta de pagamento do prémio o contrato não entrará em vigor nem produzirá os seus efeitos.
Ainda de acordo com as disposições legais em vigor, os dados agora recolhidos poderão ser comunicados à Associação Portuguesa de Seguradores para constituição da base de dados "Prémios não Pagos" sempre que, sem fundada justificação, os Tomadores de Seguro não satisfizerem as suas obrigações de pagamento relativamente aos contratos de seguro que celebrarem.
Os dados recolhidos serão processados e armazenados informaticamente e destinam-se à utilização nas relações contratuais com a Companhia e seus subcontratados. As omissões, inexactidões e falsidades, quer no que respeita a dados de fornecimento obrigatório, quer facultativo, são da responsabilidade do Cliente.
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 Companhia.
Autorizo a Companhia a proceder à recolha de dados pessoais complementares junto de Organismos Públicos, empresas especializadas e outras entidades económicas, tendo em vista a confirmação ou complemento dos elementos recolhidos e necessários à gestão contratual.
Autorizo igualmente a consulta dos dados pessoais disponibilizados, sob regime de absoluta confidencialidade, às Empresas que integram o Grupo, desde que compatível com a finalidade da recolha dos mesmos.

LOCAL, DATAS E ASSINATURAS

O Tomador de seguro garante a exactidão das declarações contidas nesta proposta e declara nada ter omitido que possa alterar a apreciação dos riscos discriminados, e que se obriga a cumprir as Condições da Apólice à qual adere.

_____, _____ de _____ de _____

_____ Tomador de Seguro

_____ O mediador

ACEITAÇÃO _____ DATA _____ / _____ / _____

Imprimir Limpar