



**PROPOSTA DE SEGURO
RESPONSABILIDADE CIVIL PROFISSIONAL**

ÁREA RESERVADA

Apólice Mediator 1 1 9 0 2
Contato coletivo nº 2 5 0 1 6 6 1 1

1. TOMADOR DO SEGURO

Entidade

Nome
Morada Nº membro da Ordem
Localidade
Cód. Postal -
E-mail
Profissão
Data de Nascimento / / Sexo M F Nacionalidade
Estado Civil Tel./Tlm. N.I.F.

2. CONTRATO

Início / / Vencimento 0 1 / 0 1 / de cada ano Ano e Seguintes

3. PAGAMENTO/COBRANÇA PRÉMIOS

Pagamento de prémios Anual Cobrança de prémios Desconto em conta bancária

4. AUTORIZAÇÕES DE DÉBITO E 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 Direto e com a periodicidade estabelecida contratualmente, ao pagamento à VICTORIA - Seguros, S.A. dos prémios relativos ao contrato celebrado através desta proposta, bem como de quaisquer outras importâncias devidas à referida Seguradora em compensação de créditos.
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 Através do NIB
Data / /
(Assinatura igual à do Banco)

5. ÂMBITO TERRITORIAL

Portugal

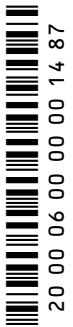
6. LIMITE DE INDEMNIZAÇÃO

Limite de indemnização pretendida € 100.000,00 € 250.000,00 € 300.000,00
Prémio Total: € 125
Prémio Total: € 312
Prémio Total: € 420

7. OUTRAS DECLARAÇÕES

MUITO IMPORTANTE: A omissão ou a resposta inexacta a esta questão terá consequências legais previstas no regime jurídico do contrato de seguro.
Teve sinistros anteriormente que pudessem estar garantidos por este seguro? Sim Não
Se SIM, dê detalhes (data, causa, tipo de danos, indemnizações):
Estes riscos encontravam-se anteriormente seguros? Sim Não Seguradora
Relativamente aos mesmos contratos do seguro, existem quaisquer débitos por falta de pagamento de prémios ou fração de prémios? Sim Não
Se SIM, especifique quais:

WEBDOC RC PROF OET 12.12



20 00 06 00 00 00 14 87

8. INFORMAÇÃO CONTRATUAL, AUTORIZAÇÕES E DECLARAÇÕES

PROTEÇÃO 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, inexatidões e veracidade dos dados fornecidos são da responsabilidade do Tomador do Seguro. Os interessados podem ter acesso e alterar a informação que lhes diga diretamente respeito, que se encontra em base de dados, solicitando a sua alteração mediante contacto direto junto da VICTORIA Seguros.

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, sob regime de absoluta confidencialidade. Caso não autorize, assinale aqui

DECLARAÇÕES

Tomei conhecimento das Condições Gerais, Condições Especiais e Nota de Informação Prévia, que se encontram disponíveis no site da VICTORIA – Seguros em www.victoriasegurospt.

Respondi de forma exata e completa aos requisitos desta proposta e declarei com exatidão 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 contratuais aplicáveis, de que tomei conhecimento.

Tomei conhecimento de que a VICTORIA poderá transmitir os dados de identificação das Pessoas Seguras e do respetivo contrato à entidade subcontratada para assegurar o serviço de assistência previsto no contrato.

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

ASSINATURA

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

Local e Data _____, _____ de _____ de _____

(Assinatura do Tomador do Seguro)

(Assinatura do Colaborador)