

Deve ser preenchida por cada Segurado proponente uma proposta de seguro individual. Excluem-se desta proposta os Segurados membros de órgãos de administração e fiscalização de entidades seguradoras e/ou financeiras reguladas pelos organismos competentes.

Pretende-se que a presente proposta de seguro seja preenchida de forma precisa e honesta. **Você** deve facilitar toda a informação, circunstâncias e eventos que sejam, ou possam ser, relevantes para a **nossa** análise da **sua** proposta de seguro.

Corretor de seguros

1. a. **Tomador Seguro/Segurado**

Morada/Domicílio

NIF Telefone

Email

Telemóvel

b. Denominação Social da **Sociedade** para a qual é exigível a contratação deste seguro:

c. Descrição detalhada das Atividades da **Sociedade** - indicar CAE(s):

d. Indicação de outras Sociedades onde também ocupe o cargo de membro de órgão de Administração ou de Fiscalização:

e. Volume de faturação consolidado da **Sociedade** (últimos 12 meses):

(Caso não consolide, solicitamos que indique o volume de faturação total do Grupo)

2. Declarações do **Segurado**:

- A Sociedade desenvolve a atividade declarada há pelo menos dois anos.
- A Sociedade apresentou lucros depois de impostos de acordo com as últimas contas anuais certificadas.
- A Sociedade apresenta uma situação de capitais próprios positivos de acordo com as últimas contas anuais certificadas.
- Não existe nenhum tipo de reserva emitida pelos auditores externos de acordo com o último relatório de auditoria.
- Não foi nem teve conhecimento de ter sido efetuada qualquer reclamação, ou iniciada qualquer investigação, contra **si** ou contra a Sociedade que pudesse ter estado coberta por esta apólice caso a mesma estivesse em vigor
- Após realizadas as oportunas averiguações, **você** não tem conhecimento de nenhum evento, circunstância, alegação ou incidente que possa dar origem a uma reclamação ao abrigo desta apólice.

Se alguma das declarações acima não corresponder à verdade, por favor identifique qual(is) e faculte explicações adicionais (anexe as páginas adicionais que sejam necessárias):

Assinatura do Segurado

Data



Responsabilidade Civil de Membros de Órgãos de Administração e Fiscalização

Proposta de Seguro individual

A Sua Cobertura de seguro

Responsabilidade Civil para Órgãos de Administração e Fiscalização, conforme art. 396.º do Código Sociedades Comerciais revisto pelo Decreto-lei 76-A/2006 29 março

Condições Gerais e Especiais

Condições Gerais Hiscox (7357 12/09);
Condições Especiais Responsabilidade Civil para Órgãos de Administração e Fiscalização (7491 02/

Limite Legal Mínimo a Segurar

- € 250.000,00 por reclamação/anuidade
 € 50.000,00 por reclamação/anuidade

Indique a data da **sua** última designação ou eleição para membro de órgão de administração ou de fiscalização da Sociedade:

Declaração

Por favor, leia cuidadosamente esta declaração e assine no final.

A cobertura do risco só terá início após confirmação formal por parte da Hiscox.

Tenha em conta que esta apólice funciona por ano e seguintes, que terá validade até que qualquer das partes a denuncie de acordo com o previsto nas Condições Gerais e Especiais ou por falta de pagamento de qualquer prémio por Si devido.

Lei de Proteção de Dados

Tratamento de dados pessoais. Os dados pessoais recolhidos serão processados e armazenados informaticamente pela **Innovarisk**, atuando na sua condição de entidade encarregada do processamento da informação, que tratará os **seus** dados em nome e por conta do Segurador Hiscox, e unicamente para os fins estabelecidos por este.

A entidade responsável pelo tratamento dos dados nos termos da legislação em vigor será a **Innovarisk**, sendo os mesmos tratados para fins de pagamento de sinistros, gestão de reclamações, bem como para efeitos de colaboração com diversas entidades para fins estatísticos e de política antifraude e, ainda, para divulgação da nossa atividade e dos nossos produtos, a não ser que, quanto a este último caso, **você** não nos tenha autorizado expressamente.

Quanto a este último caso, assinale por favor aqui caso não pretenda autorizar.

Quaisquer omissões, inexatidões e falsidades, quer no que respeita a dados de fornecimento obrigatório, quer facultativo, são da **sua** inteira responsabilidade. De qualquer modo, aos titulares dos dados é garantido o acesso à informação que lhes diga respeito, podendo solicitar a sua correção, aditamento ou eliminação, mediante contacto direto ou por escrito, junto da **Innovarisk**, Avenida Duque de Loulé, 123 - 7º, 1069-152 LISBOA.

Você dá-nos ainda o consentimento expresso para que tais dados possam ser cedidos a outras entidades seguradoras ou organismos públicos ou privados relacionados com o sector dos seguros, para fins estatísticos ou de política antifraude, assim como para efeitos de co-seguro e resseguro. Os dados poderão ainda ser comunicados entre as sociedades que constituem o Grupo Hiscox, para os fins anteriormente mencionados.

Declaração inicial do risco

Você declara que (a) este formulário foi preenchido após realização das averiguações apropriadas; (b) os seus conteúdos são verdadeiros e exatos e (c) todos os eventos e circunstâncias que possam ser relevantes para a consideração da nossa proposta de seguro foram comunicados. Se qualquer informação prestada neste questionário, ou anexos, sofrer alterações antes da data de início da apólice para a qual este questionário se realizou, ou tiver conhecimento de novos factos ou circunstâncias que possam afetar a cobertura de seguro, **você** deverá notificar a **Innovarisk** e **nós** podemos modificar ou retirar a cobertura de seguro.

Você concorda que este formulário e toda a informação por **si** facultada seja incorporada no contrato de seguro e farão parte integrante do mesmo.

Informação pré-contratual

O **segurado** reconhece expressamente que recebeu as Condições Gerais e Especiais, e que leu, examinou e compreendeu o conteúdo e o alcance de todas as cláusulas contidas nessas mesmas Condições. Por último, o **segurado** reconhece expressamente ter recebido a informação relativa à legislação aplicável ao contrato de seguro, às diferentes instâncias de reclamação, bem como à identificação e ao estatuto legal do Segurador e do respetivo representante.

Assinatura do Segurado

Data

Função /Cargo desempenhado

Deverá ficar com uma cópia desta proposta em seu poder, para seu registo.