

**Esta proposta de seguro é válida para todos os profissionais cuja atividade é:  
Acupuntura, Fitoterapia, Homeopatia, Medicina Tradicional Chinesa ou Naturopatia.**

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

Corretor de seguros	<input type="text"/>
1. a. <b>Tomador Seguro/Segurado</b>	<input type="text"/>
Morada	<input type="text"/>
NIF	<input type="text"/>
Email	<input type="text"/>
Página <i>web</i>	<input type="text"/>

b. Descrição detalhada da **sua atividade** profissional:

c. Número de empregados (incluindo os temporários):

d. Volume de faturação consolidado (últimos 12 meses):

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

2. Declarações do **Segurado**

- Tem mais de 2 anos de experiência na **atividade** profissional declarada.
- Não tem seguro de Responsabilidade Civil Profissional Hiscox e não solicitou uma cotação de seguro à Hiscox nos últimos três meses;
- Não presta serviços nem executa nenhuma das seguintes atividades:  
- osteopatia ou quiroprática.
- Nos últimos três anos não foi efetuada contra **si** qualquer reclamação; que não existem contra **si** litígios pendentes ou em curso, e que não tem conhecimento de quaisquer eventos ou circunstâncias que possam dar origem a uma reclamação ao abrigo deste seguro.

**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

**Escolha o limite que melhor se adapta às suas necessidades**

A sua Cobertura de seguro

Limite de indemnização por anuidade	Volume de faturação do último ano				
	Até € 250.000	Entre € 250.001 e € 500.000	Entre € 500.001 e € 1.000.000	Entre € 1.000.001 e € 1.500.000	Entre € 1.500.001 e € 2.000.000
€ 150.000	€ 300 <input type="checkbox"/>	€ 400 <input type="checkbox"/>	€ 550 <input type="checkbox"/>	€ 750 <input type="checkbox"/>	€ 950 <input type="checkbox"/>
€ 250.000	€ 400 <input type="checkbox"/>	€ 500 <input type="checkbox"/>	€ 700 <input type="checkbox"/>	€ 950 <input type="checkbox"/>	€ 1.250 <input type="checkbox"/>
€ 500.000	€ 550 <input type="checkbox"/>	€ 650 <input type="checkbox"/>	€ 900 <input type="checkbox"/>	€ 1.250 <input type="checkbox"/>	€ 1.750 <input type="checkbox"/>
€ 1.000.000	€ 700 <input type="checkbox"/>	€ 850 <input type="checkbox"/>	€ 1.200 <input type="checkbox"/>	€ 1.750 <input type="checkbox"/>	€ 2.450 <input type="checkbox"/>

*Acrescem impostos legais de 9% e € 5,45 referente a custos de emissão da apólice*

**Condições  
Gerais e Especiais**

Condições Gerais para Seguros Obrigatórios de Responsabilidade Civil Hiscox (7357 10/15)  
Condições Especiais Responsabilidade Civil Profissional para Terapêuticas não Convencionais (7359 04/15)

**Franquia aplicável**

€ 500 por reclamação/sinistro, também aplicável aos **Custos de Defesa**

Introduza a data em que deseja que a apólice entre em vigor:

## 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 Presidente, Diretor-Geral ou equivalente

Data

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