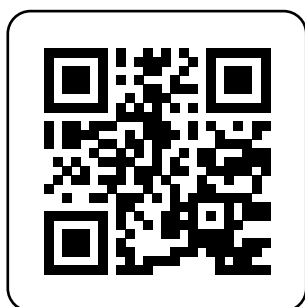




Proposta **Seguro de Viagem**





Mediador N.º Agência

Cobrador N.º Data e hora de entrada / / :

N.º Simulação N.º Cotação N.º Apólice

Já é cliente Sol Seguros? Sim Não N.º Cliente N.º Apólice

Duração do Contrato

Temporário Duração da Viagem (N.º de Dias)

Início do Seguro / / Vencimento / Termo do Seguro / /

Forma de Pagamento

Única

1 Tomador do Seguro

Nome / Denominação Social

Morada / Sede

Município Província País

Data de Nascimento / / Sexo Masculino Feminino

Nacionalidade Documento de Identificação B.I. Passaporte

N.º Documento Data de Validade / /

NIF Estado Civil Solteiro(a) Casado(a) Divorciado(a) Viúvo(a)

Profissão Trabalhador p/ conta de outrem Trabalhador p/ conta própria

Telefone E-mail

2 Pessoas Seguras

Nome

Passaporte Data de Nascimento / /

Nome

Passaporte Data de Nascimento / /

Nome

Passaporte Data de Nascimento / /

Nome

Passaporte Data de Nascimento / /



3 Coberturas e Capitais

Planos Convencionais

Plano	Plano Europa	Plano Brasil	Plano Traveller	Plano Pearl	Plano África
Coberturas	Limites em EUR	Limites em EUR	Limites em USD	Limites em USD	Limites em USD
A. Assistência Médica de Emergência					
Despesas Médicas e Hospitalização no Estrangeiro (incluído covid -19)	30 000	30 000	100 000	50 000	15 000
Quarentena Obrigatória devido a Infecção pela Covid-19	80 por dia – Max. 14 dias				
Evacuação Médica Urgente	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000
Assistência Odontológica de Urgência	500	500	1000	600	600
Repatriação de Restos Mortais	10 000	10 000	15 000	10 000	5 000
Repatriação de Membro da Família que Viaje com o Segurado	3000	3000	10 000	5000	2000
Regresso a Casa após o Falecimento de um Parente	3000	3000	5000	4000	2000
Viagem de Membro Imediato da Família	100/dia Max. 1000	100/dia Max. 1000	120/dia Max. 1200	120/dia Max. 1200	100/dia Max. 1000
B. Serviços de Assistência Pessoal					
Serviço de Assistência 24H	Coberto	Coberto	Coberto	Coberto	Coberto
Envio de Medicamentos	1000	1000	1500	1500	Não Coberto
Adiantamento de Caução	1500	1500	4000	2000	2000
Adiantamento de Fundos	800	800	2000	1200	800
Defesa Jurídica	2100	2100	5000	3000	Não Coberto
C. Serviços de Assistência Pessoal					
Perda de Passaporte, Licença de Condução ou Cartão do Cidadão no Estrangeiro	200	200	500	300	Não Coberto
Compensação pela Perda, durante o voo, de Bagagem Registada	650	650	1100	900	Não Coberto
Compensação por Atraso na chegada de Bagagem Registada	200	200	500	300	Não Coberto
Partida com Atraso	200	200	500	300	Não Coberto
Localização e Envio de Bagagens e Efeitos Pessoais	Coberto	Coberto	Coberto	Coberto	Não Coberto
D. Acidentes Pessoais em Meios de Transportes Públicos					
Morte Acidental em Meios de Transporte Públicos	30 000	30 000	50 000	25 000	15 000
Incapacidade Permanente	% do Capital máximo segundo quadro de danos				
Incapacidade Permanente Total	Não Coberto	Não Coberto	50 000	25 000	Não Coberto
E. Responsabilidade Civil Privada					
Responsabilidade Civil Privada	Não Coberto	Não Coberto	50 000	25 000	Não Coberto
F. Cancelamento de Viagem					
Cancelamento de Viagem	Não Coberto	Não Coberto	2000	1500	1000



Planos Light

Plano	Plano África Light	Plano Europa Light	Plano Mundial Light
Coberturas	Limites em USD	Limites em EUR	Limites em USD
Despesas Médicas e Hospitalização no Estrangeiro (incluído covid 19)	15 000	30 000	15 000
Despesas Farmacêuticas	200	200	200
Evacuação Médica Urgente	15 000	30 000	15 000
Repatriação de Restos Mortais	10 000	10 000	10 000

4 Beneficiários em Caso de Morte

1.º Beneficiário em caso de morte

Nome _____ Percentagem _____ %

[illegible]

BI / Passaporte _____ Data de Validade ____ / ____ / ____

2.º Beneficiário em caso de morte

Nome

 Percentagem

 %

[illegible]

BI / Passaporte | | | | | | | | | |
Data de Validade | | / | | / | | | |

5 Observações

A handwriting practice sheet featuring ten rows of primary-ruled lines. Each row is defined by a solid top line, a dashed midline, and a solid bottom line. Vertical dashed lines divide each row into 20 equal-width boxes, providing a guide for letter width and placement. The entire sheet is designed to help students practice consistent letter formation and alignment.



6

Declarações

Prémios e Efeitos do Não Pagamento

O Segurado ou Tomador do Seguro reconhece expressamente que o não pagamento do prémio ou de qualquer fracção do mesmo, no momento da contratação ou até à data limite indicada no respectivo aviso de pagamento, determina a suspensão automática da apólice pelo período de 30 dias, ficando todas as garantias contratadas sem efeito durante esse período.

Decorrido esse prazo sem regularização do pagamento, a apólice considera-se definitivamente resolvida, sem necessidade de qualquer notificação adicional por parte da Sol Seguros, S.A.

Declaração de Informação e Conhecimento Contratual

O Segurado ou Tomador do Seguro declara que todas as informações por si prestadas são completas, verdadeiras e exactas.

Declaro ainda que lhe foram disponibilizadas as Condições Gerais e Condições Especiais aplicáveis, bem como prestados os esclarecimentos necessários ao seu correcto entendimento, tendo tomado pleno conhecimento das principais garantias, exclusões e franquias contratadas.

Quaisquer omissões, declarações incorrectas ou informações falsas relativas aos dados fornecidos são da inteira responsabilidade do Segurado ou Tomador do Seguro, nos termos da lei aplicável.

Tratamento de Dados Pessoais

O Segurado ou Tomador do Seguro autoriza expressamente que os dados pessoais recolhidos pela Sol Seguros, S.A. sejam tratados e incluídos em bases de dados, para efeitos de gestão da relação contratual e cumprimento de obrigações legais.

Autoriza igualmente que, sob estrita confidencialidade, esses dados possam ser partilhados com empresas pertencentes ao mesmo grupo económico, desde que tal partilha seja compatível com a finalidade da sua recolha.

Autoriza ainda a gravação de chamadas telefônicas realizadas no âmbito da relação contratual entre o Segurado e a Seguradora.

Assinatura do Tomador do Seguro (Conforme Documento de Identificação)

Lido e Aprovado Local Data - -