

ÁREA DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DA FIDELIDADE ANGOLA

PROPOSTA N°	<input type="text"/>	APÓLICE N°	<input type="text"/>	PROPOSTA DE:	
PRODUTOR:	<input type="text"/>			<input type="checkbox"/> SEGURO NOVO	<input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO
COBRADOR:	<input type="text"/>			CLIENTE FIDELIDADE:	
FUNCIONÁRIO:	<input type="text"/>			<input type="checkbox"/> NÃO	
VISTO ACEITAÇÃO:	<input type="text"/>	DATA	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> SIM N° CLIENTE	<input type="text"/>
				MOEDA DE CONTRATO	<input type="checkbox"/> AOA

1

TOMADOR DO SEGURO*

(UTILIZE LETRAS MAIÚSCULAS, NÃO ABREVE O APELIDO, NEM OS TRÊS PRIMEIROS NOMES)

NOME:

DATA DE NASCIMENTO: NATURALIDADE: NACIONALIDADE:

SEXO: M F ESTADO CIVIL: CASADO SOLTEIRO DIVORCIADO VIÚVO UNIÃO DE FACTO

B. I AUT. DE RESIDÊNCIA PASSAPORTE N° DATA DE EMISSÃO:

LOCAL: CONTRIBUINTE N°:

MORADA:

MUNICÍPIO: PROVÍNCIA:

TELEF./TELEM.: EMAIL:

PROFISSÃO/ACTIVIDADE: REMUNERAÇÃO MENSAL LÍQUIDA AUFERIDA:

ENTIDADE PATRONAL/EMPRESA

TIPOLOGIA DO CONTRATO DE TRABALHO DATA DE EMISSÃO:

*Preenchimento obrigatório.

2

PESSOA SEGURA (PREENCHER SE DIFERENTE DO TOMADOR DO SEGURO)

(UTILIZE LETRAS MAIÚSCULAS, NÃO ABREVE O APELIDO, NEM OS TRÊS PRIMEIROS NOMES)

NOME:

DATA DE NASCIMENTO: NATURALIDADE: NACIONALIDADE:

SEXO: M F ESTADO CIVIL: CASADO SOLTEIRO DIVORCIADO VIÚVO UNIÃO DE FACTO

B. I AUT. DE RESIDÊNCIA PASSAPORTE N° DATA DE EMISSÃO:

LOCAL: CONTRIBUINTE N°:

MORADA:

MUNICÍPIO: PROVÍNCIA:

TELEF./TELEM.: EMAIL:

PROFISSÃO/ACTIVIDADE: REMUNERAÇÃO MENSAL LÍQUIDA AUFERIDA:

ENTIDADE PATRONAL/EMPRESA

TIPOLOGIA DO CONTRATO DE TRABALHO DATA DE EMISSÃO:

3 COBERTURAS

- Morte resultante de Acidente;
- Morte resultante de Doença;
- Desemprego Involuntário.

Existe um período de carência de 6 meses para as coberturas de Morte resultante de Doença. Para as coberturas de Morte resultante de Acidente e Desemprego Involuntário não se aplica qualquer período de carência.

4 CAPITAIS SEGUROS E PRÉMIOS

Remuneração Mensal Líquida x 12 meses (valores em Kwanzas): _____

Nota: O Prémio a pagar varia em função do salário da pessoa segura.

5 DADOS DA APÓLICE

DATA DE INÍCIO DO CONTRATO

FRACCIONAMENTO*:

FRACCIONAMENTO	
ANUAL	<input type="checkbox"/>
SEMESTRAL	<input type="checkbox"/>
TRIMESTRAL	<input type="checkbox"/>
MENSAL	<input type="checkbox"/>

FORMAS DE PAGAMENTO AGENTE/MEDIADOR MULTICAIXA TRANSFERÊNCIA BANCÁRIA

(*) Fraccionamento trimestral e mensal só com a opção de débito bancário e sem encargos de fraccionamento.

6 BENEFICIÁRIO(S)

Se a Pessoa Segura for distinta do Tomador do Seguro, é necessária a autorização da Pessoa Segura para a alteração da posição de Beneficiário. Preencher se diferente de Herdeiros Legais. Campo de preenchimento obrigatório caso pretenda designar nominativamente os beneficiários em caso de morte.

1º BENEFICIÁRIO

NOME: _____

MORADA: _____

BAIRRO: _____ MUNICÍPIO: _____

CIDADE: _____ PROVÍNCIA: _____

TELEF./TELEM.: _____ EMAIL: _____

PROFISSÃO ACTUAL (FUNÇÃO QUE DESEMPENHA): _____ SEXO: M F

B. I AUT. DE RESIDÊNCIA PASSAPORTE N° DATA DE EMISSÃO:

CONTRIBUINTE N°:

2º BENEFICIÁRIO

NOME: _____

MORADA: _____

BAIRRO: _____ MUNICÍPIO: _____

CIDADE: _____ PROVÍNCIA: _____

TELEF./TELEM.: _____ EMAIL: _____

PROFISSÃO ACTUAL (FUNÇÃO QUE DESEMPENHA): _____ SEXO: M F

B. I AUT. DE RESIDÊNCIA PASSAPORTE Nº DATA DE EMISSÃO:

CONTRIBUINTE Nº:

7 DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA A SUBSCRIÇÃO

- Proposta de Seguro devidamente preenchida e assinada;
- Cópia do BI do Segurado e respectivos beneficiários;
- Cópia do Contrato de Trabalho por Tempo Indeterminado;

8 DECLARAÇÃO DE ESTADO DE SAÚDE

TEM TIDO BAIXA PROLONGADA POR DOENÇA? SIM NÃO

É PORTADOR DE QUALQUER INCAPACIDADE OU DEFEITO FÍSICO? TEVE OU TEM QUALQUER DOENÇA? SIM NÃO

SOFREU ALGUMA INTERVENÇÃO CIRÚRGICA? SIM NÃO

DURANTE OS ÚLTIMOS 6 MESES, ESTEVE DOENTE OU SOFREU ALGUM ACIDENTE COM RECURSO A TRATAMENTO MÉDICO? SIM NÃO

SE SIM, INDIQUE O(S) MOTIVO(S) SIM NÃO

GOZA DE BOA SAÚDE? NÃO SIM SE NÃO, INDIQUE PORQUÊ _____

TOMA ALGUM MEDICAMENTO REGULARMENTE? NÃO SIM SE SIM, QUAL E PORQUÊ _____

ALTURA ____m PESO ____Kg TENSÃO ARTERIAL ____min ____máx

9 SEGUROS ANTERIORES

TEM SEGUROS DE VIDA ACEITES COM AGRAVAMENTOS? NÃO SIM SE SIM, EM QUE SEGURADORA E QUAIS OS MOTIVOS _____

FOI-LHE ALGUMA VEZ RECUSADA A CELEBRAÇÃO DE UM SEGURO DE VIDA, DE DOENÇA OU ACIDENTES PESSOAIS?
 NÃO SIM SE SIM, EM QUE SEGURADORA E QUAIS OS MOTIVOS _____

11 DECLARAÇÕES

Confirmo que todas as declarações e respostas acima prestadas são completas e verdadeiras, integrando a presente Proposta de Seguro Protecção Salarial. Para efeitos de celebração do presente contrato de Seguro, declaro que:

1. São exactas e completas as declarações por mim prestadas e tomei conhecimento de todas as informações necessárias à celebração do presente contrato, tendo-me sido entregues as respectivas Condições Gerais e Especiais, para delas tomar integral conhecimento, e prestados todos os esclarecimentos sobre as mesmas condições, nomeadamente sobre garantias e exclusões, com as quais estou de acordo.
2. Autorizo 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.
3. Autorizo a FIDELIDADE ANGOLA - COMPANHIA DE SEGUROS, S.A., a proceder à recolha de dados pessoais complementares junto de organismos públicos, empresas especializadas e outras unidades económicas, tendo em vista a confirmação ou complemento dos elementos recolhidos necessários a gestão da relação contratual.
4. Autorizo a FIDELIDADE ANGOLA - COMPANHIA DE SEGUROS, S.A., a efectuar se assim o entender, o registo das chamadas telefónicas que forem realizadas, no âmbito da relação contratual ora proposta, quer em fase de formação do contrato, quer durante a vigência do mesmo, e bem assim a proceder à sua utilização para quaisquer fins lícitos, nomeadamente, para execução dos serviços contratados, para melhoramento e controlo dos mesmos e como meio de prova.
5. As falsas declarações, omissões ou declarações inexactas implicam a anulação do contrato e a Seguradora terá direito a ser reembolsada das indemnizações já pagas, bem como a receber os prémios vencidos.

Os dados recolhidos serão processados e armazenados informaticamente e destinam-se à utilização nas relações contratuais com a FIDELIDADE ANGOLA - COMPANHIA DE SEGUROS, S.A. 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 dados recolhidos bem como aqueles que vierem a ser fornecidos aquando da participação de um sinistro serão comunicados à Agência Angolana de Regulação e Supervisão de Seguros (ARSEG) para a constituição do Ficheiro Nacional de sinistros e fraudes.

Os dados agora recolhidos poderão ser comunicados à Agência Angolana de Regulação e Supervisão de Seguros (ARSEG) para a 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 interessados podem ter acesso à informação que lhes diga directamente respeito, solicitando a sua correcção, aditamento ou eliminação mediante contacto directo ou por escrito, nos balcões da Companhia.

Esta informação não dispensa a leitura atenta das Condições Gerais, especiais e particulares do contrato.

CONFIRME SE RESPONDEU A TODAS AS QUESTÕES. SE TIVER SIDO OUTRA PESSOA A RESPONDER A ESTE FORMULÁRIO, NÃO ASSINE SEM CONFIRMAR QUE TODAS AS RESPOSTAS SÃO EXACTAS.

TOMADOR DO SEGURO

LOCAL: _____

DATA:

PESSOA SEGURA

DATA: