

Produto: ZDMAQ

NOVO

ALTERAÇÃO

|            |             |         |    |                   |       |             |
|------------|-------------|---------|----|-------------------|-------|-------------|
| Cód. Prot. | N.º Cotação | D. Com. | EC | Data da Aprovação | Visto | N.º APÓLICE |
|------------|-------------|---------|----|-------------------|-------|-------------|

Nota: As zonas sombreadas são para preenchimento da Tranquilidade. - Preencha os espaços em letra de imprensa. - Assinalar com um "X" os casos aplicáveis.

**Se já é Cliente da TRANQUILIDADE, indique por favor um dos seguintes elementos**

|             |             |           |
|-------------|-------------|-----------|
| N.º Cliente | N.º Apólice | Matrícula |
|-------------|-------------|-----------|

**TOMADOR DO SEGURO: - Dados Obrigatórios**

|  |       |   |  |               |  |
|--|-------|---|--|---------------|--|
| Nome   |       | Título/Sigla  |  | Nacionalidade |  |
| Morada   |       |   |  |               |  |
| N.º  | Andar | Cx Postal   | Cidade   |               |  |
| Província  |       |   | Município  |               |  |
| N.º Contribuinte   |       |   | Tipo Cliente: Individual <input type="checkbox"/> Colectivo <input type="checkbox"/> |               |  |
| Cliente Individual: Data Nascimento  |       | Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |  |               |  |
| Cliente Colectivo: CAE   |       | Descrição:  |  |               |  |
| N.º Empregados: 1 a 4 <input type="checkbox"/> 5 a 9 <input type="checkbox"/> 10 a 19 <input type="checkbox"/> 20 a 49 <input type="checkbox"/> 50 a 199 <input type="checkbox"/> +de 200 <input type="checkbox"/> |       |   |  |               |  |

**- Contactos**

|  |                                    |   |  |
|--|------------------------------------|---|--|
| Telefone:  | Telemovel:                         | Fax:  | E-mail:                                |
| Contacto Preferencial: Agente <input type="checkbox"/> | Correio <input type="checkbox"/>   | E-mail <input type="checkbox"/>                       | Fax <input type="checkbox"/>           |
| Telefone <input type="checkbox"/>                      | Telemovel <input type="checkbox"/> | Período Preferencial: Semana <input type="checkbox"/> | Fim de Semana <input type="checkbox"/> |
| Nome de Contacto                                       |                                    | Hora: 9/18 <input type="checkbox"/>                   | 18/21 <input type="checkbox"/>         |

**- Dados Complementares**

|   |  |   |   |   |   |
|---|--|---|---|---|---|
| Cliente Individual: B.I.  | Passaporte   |   |   |   |   |
| Carta de Condução N.º:  | Tipo   | Data  |   |   |   |
| Estado Civil: Casado <input type="checkbox"/>   | União de Facto <input type="checkbox"/>                      | Divorciado <input type="checkbox"/>               | Separado <input type="checkbox"/>                             | Solteiro <input type="checkbox"/>                     | Viúvo <input type="checkbox"/>              |
| N.º Filhos  |  |   |   |   |   |
| Situação Profissional: Quadro Superior <input type="checkbox"/>   | Técnico/Profissional de Nível Médio <input type="checkbox"/> | Técnico Especializado <input type="checkbox"/>    | Administrativo <input type="checkbox"/>                       | Pessoal de Serviços/Vendedor <input type="checkbox"/> | Operário e Similar <input type="checkbox"/> |
| Doméstica <input type="checkbox"/> Não Activo (Estudante, Reformado, Desempregado) <input type="checkbox"/> Outra, qual? <input type="checkbox"/> |  |   |   |   |   |
| Sector de Actividade: Agricultura/ /Pescas <input type="checkbox"/>   | Indústria <input type="checkbox"/>                           | Construção <input type="checkbox"/>               | Transportes/ /Comunicações e Energia <input type="checkbox"/> | Comércio <input type="checkbox"/>                     | Banca/Seguros <input type="checkbox"/>      |
| Educação, Saúde e Acção Social <input type="checkbox"/>   |  | Outros Serviços <input type="checkbox"/>          | Outro, qual? <input type="checkbox"/>                         |   |   |
| Habilitações Literárias: Ensino Básico (até 9ºano) <input type="checkbox"/>   | Ensino Secundário (até 12ºano) <input type="checkbox"/>      | Bacharelato/Licenciatura <input type="checkbox"/> | Pós-Graduação/Mestrado/Doutoramento <input type="checkbox"/>  |   |   |
| Cliente Colectivo: Forma Jurídica: Emp. Nome Individual <input type="checkbox"/>  | Soc. Unipessoal <input type="checkbox"/>                     | Soc. por Quotas <input type="checkbox"/>          | Soc. Anónima <input type="checkbox"/>                         | Outra, qual? <input type="checkbox"/>                 |   |
| Ano de Início de Actividade:  |  |   |   |   |   |

**INÍCIO DO SEGURO**

**DURAÇÃO DO SEGURO**

**PERIODICIDADE DE PAGAMENTO**

|      |    |   |                               |    |                                |                                    |                                     |
|------|----|---|-------------------------------|----|--------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| Data | ou | Um Ano e Seguintes <input type="checkbox"/> | Data Vencimento               | ↔  | Anual <input type="checkbox"/> | Semestral <input type="checkbox"/> | Trimestral <input type="checkbox"/> |
| Hora |    | Temporário <input type="checkbox"/>         | Dias <input type="checkbox"/> | ou | Data Fim                       | ↔                                  | Única <input type="checkbox"/>      |

O risco que pretende garantir está ou esteve seguro em qualquer outro Segurador? Sim  Não

Em caso afirmativo, a garantia dos referidos riscos foi suspensa ou anulada por falta de pagamento de prémios? Sim  Não

**MODALIDADE DE PAGAMENTO**

Aviso para a morada acima indicada.

Se pretende envio do aviso para outra morada indique a mesma a seguir: \_\_\_\_\_

## QUALIDADE EM QUE EFECTUA O SEGURO

Proprietário  Usufrutuário  Locatário  Credor  Outra  Qual? \_\_\_\_\_

## LOCAL DE RISCO

Nome ou Lugar ou Rua/N.º/Fracção  \_\_\_\_\_  
Província \_\_\_\_\_ Município \_\_\_\_\_

## COBERTURA BASE

Capital Seguro: Conforme valor indicado na "Folha de Inventário dos Equipamentos" no campo "Valor de Substituição".

Franquia: 10% do sinistro com o mínimo de

|         |  |
|---------|--|
| \$500   | para máquinas com valor até \$10.000               |
| \$1.000 | para máquinas com valor entre \$10.001 e \$50.000  |
| \$2.000 | para máquinas com valor entre \$50.001 e \$250.000 |

## COBERTURAS OPCIONAIS

| Descrição  | Capital Seguro                    |
|--|-----------------------------------|
| Encargos com Horas Extraordinárias e Transportes (excepto aéreos) <input type="checkbox"/> | \$ _____ (Máx. 5% do Cap. Seguro) |
| Encargos com Fretes Aéreos <input type="checkbox"/>  | \$ _____ (Máx. 5% do Cap. Seguro) |
| Fenómenos Sísmicos <input type="checkbox"/>  | Valor do Equipamento Seguro       |
| Actos de Grevistas <input type="checkbox"/>  | Valor do Equipamento Seguro       |
| Actos de Vandalismo <input type="checkbox"/>   | Valor do Equipamento Seguro       |
| Transportes Terrestres <input type="checkbox"/>  | Valor do Equipamento Seguro       |
| Responsabilidade Civil Laboração <input type="checkbox"/>                                  | \$ _____ (Máx. \$50.000)          |
| Furto ou Roubo <input type="checkbox"/>  | \$ _____                          |

Franquia: As franquias aplicáveis a cada uma das coberturas opcionais serão as constantes nas Condições Particulares.

## INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES SOBRE O ÂMBITO DAS COBERTURAS

Extensão dos Danos na Via Pública

Pretende incluir os danos sofridos pela máquina ou causados a terceiros (desde que tenha sido subscrita a cobertura de Responsabilidade Civil Laboração) quando a máquina segura se encontra em laboração na via pública? Sim  Não

## INDICAÇÕES INDISPENSÁVEIS

De que tipo de máquinas se trata? \_\_\_\_\_

O equipamento a segurar já sofreu algum sinistro grave, anteriormente? Não  Sim  Descreva o(s) sinistro(s) na Folha de Inventário.

O equipamento foi adquirido em novo? Sim  Não  Quais as peças ou partes que o não foram? \_\_\_\_\_

O equipamento está sob a garantia dos fornecedores ou montadores? Não  Sim  Até que data? \_\_\_\_\_

Existe contrato de manutenção? Não  Sim  Qual a empresa encarregada da manutenção? \_\_\_\_\_

O equipamento a segurar destina-se a aluguer? Sim  Não

O equipamento destina-se a laboração em pedreiras, barragens, obras fluviais ou marítimas e outros locais particularmente acidentados, longínquos e de difícil acesso?

Não  Sim  Especifique \_\_\_\_\_

N.º Cliente

|                                |  |       |            |           |                          |        |         |             |  |
|--------------------------------|--|-------|------------|-----------|--------------------------|--------|---------|-------------|--|
| Nome                           |  |       |            |           |                          |        |         |             |  |
| Título/Sigla                   |  |       |            |           | Nacionalidade            |        |         |             |  |
| Morada                         |  |       |            |           |                          |        |         |             |  |
| N.º                            |  | Andar |            | Cx Postal |                          | Cidade |         |             |  |
| Província                      |  |       |            |           | Município                |        |         |             |  |
| N.º Contribuinte               |  |       |            |           | Data Nascimento          |        |         | Sexo: M   F |  |
| B.I.                           |  |       |            |           | Tipo Cliente: Individual |        | Empresa |             |  |
| Telefone:                      |  |       | Telémovel: |           | Fax:                     |        | E-mail: |             |  |
| N.º Contrato Locação / Crédito |  |       |            |           | Com Termo Em             |        |         |             |  |

### OBSERVAÇÕES

---



---



---



---

### MOEDA DO CONTRATO

Sem prejuízo das referências efectuadas na apólice a valores monetários poderem, a todo o tempo, serem apresentadas em moeda nacional de acordo com a taxa de câmbio em vigor à data, o Tomador do Seguro concorda que o presente Contrato seja celebrado em moeda estrangeira nomeadamente em Dólares Norte Americanos.

### DECLARAÇÃO PAGAMENTO DOS PRÉMIOS

Quando o prémio ou fracção inicial não for pago no momento da celebração do contrato, fica desde já acordado entre a Tranquilidade - Corporação Angolana de Seguros, SA e o Tomador do Seguro, de acordo com o estipulado na legislação aplicável, que o prazo máximo para pagamento do prémio será de trinta (30) dias a contar da data de início do contrato ou da data em que a Tranquilidade informe o Tomador do Seguro das condições em que está disposta a garantir o risco, quando após a recepção da proposta, a Tranquilidade lhe tenha solicitado informações adicionais para a avaliação do risco.

**Nota: Até o Tomador do Seguro proceder ao efectivo pagamento do prémio ou fracção inicial, o contrato encontra-se suspenso, não produzindo quaisquer efeitos.**

### DECLARAÇÃO DE DADOS PESSOAIS (AUTORIZAÇÕES)

O Cliente /Tomador do Seguro declara terem-lhe sido colocadas à disposição, no acto da celebração do contrato, as Condições Gerais aplicáveis ao Contrato de Seguro e prestadas todas as informações relevantes para a subscrição do mesmo, nomeadamente as suas principais características, âmbito das garantias e exclusões e demais esclarecimentos exigíveis nos termos previstos na legislação em vigor.

O Cliente /Tomador do Seguro garante a exactidão e completude das declarações prestadas na presente proposta sob pena do referido contrato poder vir a ser anulado ou considerado nulo, nos termos previstos na legislação em vigor.

O Cliente /Tomador do Seguro expressamente consente que os dados pessoais facultados à Tranquilidade sejam objecto de tratamento pela mesma, mediante a respectiva integração numa base de dados e que sejam por aquela comunicados, sob regime de absoluta confidencialidade, a sociedades pertencentes ao mesmo Grupo económico, a mediadores de seguros a ela vinculados e a demais sociedades necessárias para o efectivo cumprimento das obrigações assumidas através do contrato, com o fim de adequar o fornecimento e publicidade dos produtos comercializados a cada pessoa.

O Cliente /Tomador do Seguro poderá ter acesso à informação que lhe diga directamente respeito, solicitando a sua correcção, aditamento ou eliminação, mediante contacto directo ou por escrito, junto da Tranquilidade.

Qualquer alteração à morada ou sede do Tomador do Seguro acima indicada deverá ser comunicada, por carta registada com aviso de recepção, à Tranquilidade no prazo de 30 dias a contar da data em que se verifica, sob pena de as comunicações ou notificações que a Tranquilidade venha a efectuar para a morada desactualizada serem consideradas válidas e eficazes.

|                       |                      |                   |   |  |  |
|-----------------------|----------------------|-------------------|---|--|--|
| O Mediador            | <input type="text"/> | Serviços Externos | _____, ____/____/____   |  |  |
| Canal de Cobrança     | <input type="text"/> |                   | CLIENTE/TOMADOR DO SEGURO   |  |  |
| Canal de Captação     | <input type="text"/> |                   | Tipo de Venda: Z1 - Articulada BESA <input type="checkbox"/> ZD - Directa BESA <input type="checkbox"/> |  |  |
| Prestação de Serviços | <input type="text"/> |                   | Indexador Externo: <input type="text"/>   |  |  |

**TRANQUILIDADE**

SEDE Edifício ESCOM  
Rua Marechal Brós Tito, 35  
15.º D - Luanda - Angola  
Capital Social Integralmente Realizado: AOA 747.790.000  
Contribuinte n.º5402150761

**Linha Clientes:**  
Telefone: 936 197 350 / 1 / 2  
Fax: 936 197 349  
Número fixo: +244 226 434 510  
www.tranquilidade.ao  
apoio@tranquilidade.co.ao

## FOLHA DE INVENTÁRIO DOS EQUIPAMENTOS

N.º TOTAL DE MÁQUINAS \_\_\_\_\_

| CÓDIGO ESTATÍSTICO<br>O<br>(Cobertura Base) | CARACTERÍSTICAS PRINCIPAIS DA MÁQUINA<br>(Descrição completa, incluindo o nome do construtor, o tipo, capacidade ou potência, carga, peso, tensão, intensidade de corrente, combustível, pressão, temperatura, etc.) | NÚMERO DE SÉRIE | ANO DE CONSTRUÇÃO | MATRÍCULA | QUEBRAS OU AVARIAS ANTERIORES<br>(Descrição sucinta de sinistros anteriores) | VALOR DE SUBSTITUIÇÃO<br>Indicar o valor de substituição da máquina, considerando como tal o valor de uma máquina nova, do mesmo tipo e capacidade (incluindo o valor do transporte, despesas de alfândega e de montagem) |
|---|--|-----------------|-------------------|-----------|--|---|
|   |  |                 |                   |           |  |   |
|   |  |                 |                   |           |  |   |
|   |  |                 |                   |           |  |   |
|   |  |                 |                   |           |  |   |
|   |  |                 |                   |           |  |   |
|   |  |                 |                   |           |  |   |
|   |  |                 |                   |           |  |   |
|   |  |                 |                   |           |  |   |
|   |  |                 |                   |           |  |   |
|   |  |                 |                   |           |  |   |
|   |  |                 |                   |           |  |   |
|   |  |                 |                   |           |  |   |
|   |  |                 |                   |           |  |   |
|   |  |                 |                   |           |  |   |
|   |  |                 |                   |           |  |   |
|   |  |                 |                   |           |  |   |
|   |  |                 |                   |           |  |   |
|   |  |                 |                   |           |  |   |
|   |  |                 |                   |           |  |   |
|   |  |                 |                   |           |  |   |
|   |  |                 |                   |           |  |   |
|   |  |                 |                   |           |  |   |
|   |  |                 |                   |           |  |   |
|   |  |                 |                   |           |  |   |
|   |  |                 |                   |           |  |   |
|   |  |                 |                   |           |  |   |
|   |  |                 |                   |           |  |   |
|   |  |                 |                   |           |  |   |
|   |  |                 |                   |           |  |   |
|   |  |                 |                   |           |  |   |
|   |  |                 |                   |           |  |   |
|   |  |                 |                   |           |  |   |
|   |  |                 |                   |           |  |   |
|   |  |                 |                   |           |  |   |