

Produto: ZDVI1

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	Colectivo			
Cliente Individual:	Data Nascimento	Sexo: M	F			
Cliente Colectivo:	CAE	Descrição:				
N.º Empregados:	1 a 4	5 a 9	10 a 19	20 a 49	50 a 199	+de 200

- Contactos

Telefone:	Telémovel:	Fax:	E-mail:						
Contacto Preferencial: Agente	Correio	E-mail	Fax	Telefone	Telémovel	Período Preferencial: Semana	Fim de Semana	Hora: 9/18	18/21
Nome de Contacto									

- Dados Complementares

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

INÍCIO DO SEGURO

DURAÇÃO DO SEGURO

PERIODICIDADE DE PAGAMENTO

Data	ou	Um Ano e Seguintes	Data Vencimento	▶ Anual	Semestral
Hora		Tipo de Prémio: Nivelado	Anual Renovável:		

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: _____

PRIMEIRO SEGURADO - Preencher apenas se diferente do Tomador do Seguro

										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:					Telémovele:					Fax:					E-mail:				

SEGUNDO SEGURADO - Preencher apenas se diferente do Tomador do Seguro

										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:					Telémovele:					Fax:					E-mail:				

COBERTURAS

COBERTURAS	OPÇÕES - Assinalar com "X" a opção escolhida			
	Protecção Simples <input type="checkbox"/>	Protecção Clássica <input type="checkbox"/>	Protecção Plus <input type="checkbox"/>	Protecção Premium <input type="checkbox"/>
Morte	√	√	√	√
Invalidez Absoluta e Definitiva	-	√	√	√
Invalidez Total e Permanente	-	-	-	√
Invalidez Total e Permanente por acidente	-	-	√	-

CAPITAL SEGURO

BENEFICIÁRIOS

Morte: Herdeiros legais do Segurado Credor Hipotecário Outros Beneficiários*

Invalidez: Segurado(s) em partes iguais Credor Hipotecário Outros Beneficiários*

Credor Hipotecário: _____

*Indique quais no campo respectivo.

OUTROS BENEFICIÁRIOS

Nome: _____

Nº Contribuinte: _____ Nº B.I.: _____

Nome: _____

_____ Nº Contribuinte: _____

Nº B.I.: _____

Nome: _____

_____ Nº Contribuinte: _____

Nº B.I.: _____

Nome												N.º Cliente					
Título/Sigla						Nacionalidade											
Morada																	
N.º		Andar		Cx Postal				Cidade									
Província						Município											
N.º Contribuinte						Data Nascimento						Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>					
B.I.						Tipo Cliente: Individual <input type="checkbox"/>			Empresa <input type="checkbox"/>								
Telefone:				Telémovelel:				Fax:				E-mail:					
N.º Contrato Locação / Crédito								Com Termo Em									

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Para Segurados com idade até 59 anos e Capital Seguro até 50.000,00 USD e não reformados.

Primeiro Segurado

Tem ou já alguma vez teve restrições na sua capacidade de trabalho ou interrupções na sua actividade profissional por doença ou acidente?.. Não Sim
Já sofreu algum acidente, foi submetido ou está a aguardar a realização de uma intervenção cirúrgica ou internamento hospitalar?..... Não Sim
Está infectado pelo HIV (vírus da Sida) ou por Hepatite de qualquer natureza?..... Não Sim

Segundo Segurado

Tem ou já alguma vez teve restrições na sua capacidade de trabalho ou interrupções na sua actividade profissional por doença ou acidente?.. Não Sim
Já sofreu algum acidente, foi submetido ou está a aguardar a realização de uma intervenção cirúrgica ou internamento hospitalar?..... Não Sim
Está infectado pelo HIV (vírus da Sida) ou por Hepatite de qualquer natureza?..... Não Sim

Lido e Aprovado: _____, ____/____/____

Assinaturas: _____
(Conforme BI) O Tomador do Seguro Primeiro Segurado Segundo Segurado

OBSERVAÇÕES

MOEDA DO CONTRATO

Sem prejuízo das referências efectuadas na apólice a valores monetários poderem, a todo o tempo, ser apresentadas em moeda nacional de acordo com a taxa de câmbio em vigor à data, o Tomador de 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 e Especiais 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 Tomador do Seguro e os Segurado(s) AUTORIZA(M) igualmente o Segurador ou o médico por este designado, directa ou por intermédio dos beneficiários designados ou herdeiro(s) deste(s), a inquirir junto de qualquer entidade, médicos ou profissionais de saúde que o(s) tenha(m) tratado e/ou examinado, a pedir todos os elementos clínicos e/ou médicos e/ou hospitalares necessários sobre o seu estado de saúde relacionados com intervenções cirúrgicas, internamentos hospitalares, consultas médicas, e exames complementares de diagnóstico ou observações para efeito de:

- Aceitação ou recusa de celebração do contrato de seguro do ramo vida;
- Apuramento da existência de falsas declarações sobre o estado de saúde do(s) Segurado(s) susceptíveis de influenciarem a decisão de aceitação do contrato de seguro do ramo de vida e de gerarem a anulabilidade deste;
- Determinação das causas e consequências de qualquer sinistro que seja participado ao Segurador, pelo(s) próprio(s) Segurado(s), ou ainda pelos seus beneficiários ou herdeiros, em caso de Morte ou Incapacidade deste(s).

Para efeitos do disposto no ponto anterior, o Tomador do Seguro e os Segurado(s) também desde já expressamente AUTORIZA(M) as referidas entidades, médicos e profissionais de saúde a prestarem ao médico designado pelo Segurador, mesmo depois de constatada a morte, as informações e documentos que lhes sejam por este solicitados no âmbito da autorização agora conferida.

O Tomador do Seguro e o(s) Segurado(s) DECLARA(M) expressamente que esta autorização foi prestada por forma inteiramente livre e com integral informação sobre os fins a que se destina. DECLARA(M) ainda, ter tomado conhecimento que o presente Contrato será afecto à carteira de seguros do seu Mediador, competindo a este último assegurar a prestação de quaisquer informações relacionadas com os deveres de informação.

O Mediador	<input type="text"/>	Serviços Externos	_____, ____ / ____ / ____ CLIENTE/TOMADOR DE SEGURO	
Canal de Cobrança	<input type="text"/>		PRIMEIRO SEGURADO	SEGUNDO SEGURADO
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"/>	

QUESTIONÁRIO CLÍNICO

Se não estiver enquadrado na Declaração de Saúde, agradecemos que preencha o questionário abaixo indicado

Preencher pelos Segurados com idade superior a 59 anos ou Capital Seguro superior a 50.000,00 USD ou reformados.

	1º SEGURADO	2º SEGURADO
1. Indique o seu peso e altura	Peso: _____ kg Altura: _____ cm	Peso: _____ kg Altura: _____ cm
2. Faz ou foi aconselhado a fazer algum tratamento para a tensão arterial?	Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>
3. Fuma mais do que 15 cigarros por dia?	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>
4. Consome ou consumiu qualquer tipo de drogas não prescritas por médico?	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>
5. Consome bebidas alcoólicas?	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>
6. Esteve ou está hospitalizado por motivo de doença ou acidente?	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>
7. Esteve ou está sob tratamento médico superior a 2 semanas?.	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>
8. É objecto de alguma vigilância médica ou toma algum medicamento regularmente?	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>
9. Encontra-se actualmente incapacitado total ou parcialmente de exercer a sua actividade profissional?	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>
10. Na sua actividade profissional ou nos momentos de lazer está exposto a algum risco notoriamente perigoso?	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>
11. Foi sujeito a alguma restrição no âmbito de um seguro de vida, invalidez ou doença?	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>
12. Tem programado ou foi-lhe recomendado alguma intervenção cirúrgica ou internamento hospitalar?	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>
13. Submeteu-se a algum exame médico ou prevê consultar algum médico brevemente e efectuou ou prevê efectuar algum RX, ECG, Análises ou outros meios complementares de diagnóstico?	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>
14. Já se submeteu a alguma intervenção cirúrgica (incluindo biópsia) ou sofre de algum defeito congénito, deformação física, defeito do ouvido ou da vista?.	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>
15. Recebeu algum conselho médico ou tratamento relacionado com SIDA, ou hepatite B ou C ou com alguma condicionante relacionada com SIDA ou hepatite B ou C, ou com uma doença transmitida sexualmente?	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>
16. Tem presente algum seguro de vida em vigor neste Segurador?	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>
17. Tem alguma percentagem de invalidez?	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>
18. Está actualmente reformado?.	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>
19. Sofreu ou sofre de diabetes, cancro, problemas relacionados com o coração ou com o sistema circulatório?	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>
20. Sofreu ou sofre de doenças neurológicas ou cerebrovasculares?	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>
21. Sofreu ou sofre de distúrbios nervosos ou depressão nervosa?	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>
22. Sofreu ou sofre de insuficiência renal ou outra doença do aparelho urinário?	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>
23. Sofreu ou sofre de doença relacionada com a coluna vertebral ou articulações?	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>
24. Sofreu ou sofre de doenças da pele (alergias, psoríase, lupus)?.	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>
25. Sofreu ou sofre de doenças como colesterol, triglicéridos elevados, anemia ou outras afecções?.	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>
26. Sofreu ou sofre de alguma outra enfermidade não mencionada anteriormente?	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>
Se alguma resposta for positiva, deverão ser fornecidos detalhes e/ou enviar documentação clínica.	Anexo <input type="checkbox"/>	

DECLARAÇÃO

O(s) Segurado(s) declara(m) ter respondido, nesta data, com exactidão ao Questionário Clínico que se encontra nesta Proposta, não tendo conhecimento de ser(em) portador(es) de nenhuma doença, para além das acima referidas, se for o caso, nem omitido qualquer situação relevante para efeitos de apreciação do risco por parte da Tranquilidade Corporação Angolana de Seguros, S.A. que seja do seu conhecimento, ainda que a mesma não conste expressamente de qualquer uma das perguntas acima formuladas.

O(s) Segurado(s) autoriza(m) expressamente o Segurador a inquirir junto de qualquer entidade que o(s) tenha tratado e/ou examinado, a pedir todos os elementos clínicos e/ou médicos e/ou hospitalares necessários sobre o seu estado de saúde relacionados com intervenções cirúrgicas, internamentos hospitalares, consultas médicas, e exames complementares de diagnóstico para efeito de aceitação ou recusa da celebração do contrato de seguro do ramo vida ou para efeito de apuramento da existência de falsas declarações sobre o estado de saúde do(s) Segurado(s) susceptíveis de influenciarem a decisão de aceitação do contrato de seguro do ramo vida e de gerarem a anulabilidade deste.

O(s) Segurado(s) declara(m) expressamente que esta autorização foi prestada por forma inteiramente livre e com integral informação sobre os fins a que se destina.

Lido e Aprovado: _____, ____/____/____

Assinaturas: (Conforme BI) _____
Primeiro Segurado
Segundo Segurado

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