

NOVO  ZUAUT – Automóvel Individual  ALTERAÇÃO  Substituição do Veículo   
 ZUAFO – Frota Automóvel  Alteração de Coberturas

Cert. Prov. Seguro	Cód. Prot./DC	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  Actividade:   
 N.º Empregados: 1 a 4  5 a 9  10 a 19  20 a 49  50 a 199  + de 200

### – Contactos Obrigatórios

Telefone:  Telemóvel:  Fax:  E-mail:   
 Contacto Preferencial: Agente  Correo  E-mail  Fax  Telefone  Telemóvel  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 9.º ano)  Ensino Secundário (até 12.º ano)  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

Data   
 Hora

### DURAÇÃO DO SEGURO

ou  Um Ano e Seguintes  Data Vencimento   
 Temporário  Dias  ou  Data Fim

### PERIODICIDADE DE PAGAMENTO

▶  Anual  Sem.  Trim.   
 ▶  Única

### 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	Condutor	Reserva Propriedade	Locação Financeira	Outra	(Credor: Indique na página seguinte)
--------------	----------	---------------------	--------------------	-------	--------------------------------------

**VEÍCULO A SEGUAR (Preencher de acordo com o modelo do veículo. Em caso de frota, anexar listagem)**

Código Estatístico :				
Matrícula	Marca	Modelo / Versão		
N.º Chassis / Quadro	Cilindrada (c.c.)	N.º Lugares	Peso Bruto	
Data da 1.ª Matrícula (mês/ano)				

**Tipo de Veículo**

<input type="checkbox"/> Ligeiro	<input type="checkbox"/> Camioneta	<input type="checkbox"/> Articulado	<input type="checkbox"/> Misto
<input type="checkbox"/> Motociclo	<input type="checkbox"/> Máq. Constr. Civil	<input type="checkbox"/> Táxi	<input type="checkbox"/> Outro :
<input type="checkbox"/> Autocarro	<input type="checkbox"/> Tractor Agrícola	<input type="checkbox"/> Camião	<input type="checkbox"/> _____

**Uso do Veículo**

<input type="checkbox"/> Particular	<input type="checkbox"/> Colectivo
<input type="checkbox"/> Aluguer c/ Condutor	<input type="checkbox"/> Outro :
<input type="checkbox"/> Aluguer s/ Condutor	<input type="checkbox"/> _____

**ANTECEDENTES DE RISCO DO CLIENTE (Preenchimento Obrigatório) – B / M \_\_\_\_\_ %**

É o primeiro Seguro Automóvel do Cliente (em qualquer Seguradora)?	Não	Sim	Seguradora	N.º Apólice	
Em vigor	Anulada	Data de anulação	Existem débitos?	Sim	Não
Data a partir da qual teve seguro	N.º de Sinistros nos 2 últimos anos	Data do último Sinistro			

**UTILIZAÇÃO**

Riscos Opcionais associados à utilização do veículo :

**A garantia destes riscos opcionais pela Apólice de Seguro fica dependente da sua expressa indicação por parte do Cliente / Tomador de Seguro na presente Proposta e da aceitação condicionada da Tranquilidade. Caso os respectivos itens a seguir indicados não sejam assinalados, consideram-se os riscos aí previstos excluídos.**

<input type="checkbox"/> Serviço de reboque (Em caso afirmativo identifique o reboque no respectivo campo)
<input type="checkbox"/> Transporte de passageiros na caixa de carga do veículo seguro
<input type="checkbox"/> Circulação em zonas aeroportuárias de acesso restrito
<input type="checkbox"/> Transporte de matérias perigosas. Indique: Designação da Mercadoria: _____
<input type="checkbox"/> Realização de transportes internacionais (no caso dos autocarros e veículos articulados).

COBERTURAS	CAPITAIS			
	Velocípedes/Ciclomotores	Ligeiros	Pesados Mercadorias / Máquinas Industriais	Pesados Passageiros
Responsabilidade Civil Terceiros	<input type="checkbox"/> AOA 5.548.000	<input type="checkbox"/> AOA 11.096.000	<input type="checkbox"/> AOA 22.192.000	<input type="checkbox"/> AOA 33.288.000
	<input type="checkbox"/> AOA 11.096.000	<input type="checkbox"/> AOA 22.192.000	<input type="checkbox"/> AOA 33.288.000	<input type="checkbox"/> AOA 66.576.000
		<input type="checkbox"/> AOA 33.288.000	<input type="checkbox"/> AOA 66.576.000	<input type="checkbox"/> AOA 110.960.000
		<input type="checkbox"/> AOA 66.576.000	<input type="checkbox"/> AOA 110.960.000	
		<input type="checkbox"/> AOA 110.960.000		
Responsabilidade Civil Passageiros Transportados			Até 40 lugares Até 90 lugares Acima de 90 lugares	<input type="checkbox"/> AOA 22.192.000 <input type="checkbox"/> AOA 33.288.000 <input type="checkbox"/> AOA 66.576.000
Protecção dos Ocupantes e Condutor				
Condutor e Familiares	<input type="checkbox"/>			
Todos os Ocupantes	<input type="checkbox"/>			
Morte ou Invalidez Permanente (MIP)	AOA 850.000	AOA 1.275.000	AOA 2.125.000	AOA 4.250.000
Despesas de Tratamento Condutor e Familiares	AOA 85.000	AOA 127.500	AOA 212.500	AOA 425.000
Despesas de Tratamento Todos os Ocupantes	AOA 63.750	AOA 85.000	AOA 170.000	AOA 255.000
Quebra Isolada de Vidros	<input type="checkbox"/> AOA 63.750	<input type="checkbox"/> AOA 127.500	<input type="checkbox"/> AOA 255.000	<input type="checkbox"/> AOA 425.000
	CAPITAIS			FRANQUIAS
Privação de Uso	AOA 8.500 / dia, máximo AOA 127.500 anuidade			3 dias
Choque, Colisão ou Capotamento	Capital indicado no "Quadro de Danos Próprios"			<input type="checkbox"/> 2% <input type="checkbox"/> 4%
Incêndio, Raio e Explosão				<input type="checkbox"/> 8% <input type="checkbox"/> 12%
Furto ou Roubo				<input type="checkbox"/> 20%
Fenómenos da Natureza e Actos de Vandalismo				<input type="checkbox"/> 2% <input type="checkbox"/> 8%
Fenómenos da Natureza				

<b>DANOS PRÓPRIOS</b>	Valor Actual da Viatura:	AOA
	Extras (excepto rádios de gaveta) discriminar e valorizar	
		AOA
		AOA
		AOA
VALOR TOTAL A SEGUAR :		AOA

**TABELA DE DESVALORIZAÇÃO DE DANOS PRÓPRIOS**

(Preenchimento obrigatório pelos Serviços da Companhia)

Nos termos do Decreto-executivo 58/02, de 5 de Dezembro é aplicada a seguinte desvalorização: \_\_\_\_\_ %

**VEÍCULO A RETIRAR:**

Matrícula	Marca / Modelo
-----------	----------------



## INFORMAÇÕES OBRIGATÓRIAS A PREENCHER PELOS SERVIÇOS DA COMPANHIA

### INSPEÇÕES PERIÓDICAS

Se algum dos veículos indicados nesta proposta estiver sujeito a Inspeções Periódicas indique:

Matrícula		Inspeção válida até	
Matrícula (Reboque)		Inspeção válida até	

### COBERTURA DANOS PRÓPRIOS EM VIATURAS USADAS

Nota: A cobertura de Danos Próprios para viaturas com danos, ainda que ligeiros, não poderá ser aceite.

A viatura não tem danos      N.º kms do veículo

### Documentos anexos à Proposta:

- Carta de Condução
- Registo de Propriedade/Declaração de Venda
- Livrete
- Certificado de Tarifação
- Certificado de Inspeção Automóvel
- Certificado de Inspeção Automóvel (Reboque)

Verificado por:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## DECLARAÇÃO PAGAMENTO DOS PRÉMIOS

Quando o prémio ou fracção inicial não for pago no momento da celebração do contrato, fica desde já acordado entre 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 e 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.

As omissões, inexactidões e falsidades, quer no que respeita a dados de fornecimento obrigatório quer facultativos, serão da responsabilidade do Cliente /Tomador do Seguro.

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 style="width: 100%;" type="text"/>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;">Serviços Externos</div>	_____, ____/____/____ <b>CLIENTE/TOMADOR DO SEGURO</b>
Canal de Cobrança	<input style="width: 100%;" type="text"/>		_____
Canal de Captação	<input style="width: 100%;" type="text"/>		Tipo de Venda:    Z1 – Articulada BESA <input type="checkbox"/> ZD – Directa BESA <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>
Prestação de Serviços	<input style="width: 100%;" type="text"/>		Indexador Externo: <input style="width: 100%;" 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.º 5402150761

**☎ 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