

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

N.º Cliente	N.º Apólice	Matrícula
Nome		
Títul/Sigla		Nacionalidade
Morada		
N.º	Andar	Cx. Postal
Província		Município
N.º Contribuinte	Data Nascimento	Sexo: M F
B.I.	Profissão	
Carta de Condução N.º	Tipo	Data
Estado Civil :		
Telefone:	Telemóvel:	Fax:
E-mail :		

ÂMBITO DA COBERTURA

Riscos Genéricos

Riscos Profissionais e Extra-Profissionais

Só Riscos Extra-Profissionais (só possível quando a Pessoa Segura estiver abrangida por uma Apólice de Accidentes de Trabalho)

Riscos Especiais (mediante parecer técnico e sujeito ao pagamento de sobreprémio)

Prática desportiva, federada ou associativa, bem como os respectivos treinos Modalidade _____

Prática de alpinismo, artes marciais, boxe, caça de animais ferozes, caça submarina, desportos de Inverno, motonáutica, motorismo, pára-quedismo, tauromaquia ou outros desportos ou actividades análogas na sua perigosidade Modalidade / Actividade: _____

Pilotagem de Aeronaves Em que qualidade: _____ Tipo de Aeronave: _____

Fins a que se destina: _____

Utilização de Veículos Motorizados de Duas Rodas

Catadismos da Natureza

Riscos Políticos

Preencher os capitais nas coberturas pretendidas :

COBERTURAS BASE	CAPITAL SEGURO (1)	FRANQUIA
Morte <input type="checkbox"/>	_____	Sem Franquia
Invalidez Permanente (2) <input type="checkbox"/>	_____	Sem Franquia Se pretender aplicação de franquia marque X 10% <input type="checkbox"/> 25% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/>
Morte ou Invalidez Permanente (2) <input type="checkbox"/>	_____	Sem Franquia Se pretender aplicação de franquia para o Risco de Invalidez Permanente marque X 10% <input type="checkbox"/> 25% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/>
COBERTURAS COMPLEMENTARES (3)	Subsídio Diário de:	Sem Franquia
Incapacidade Temporária <input type="checkbox"/>	_____	Se pretender aplicação de franquia marque X 3 dias <input type="checkbox"/> 7 dias <input type="checkbox"/> 15 dias <input type="checkbox"/> 30 dias <input type="checkbox"/>
Incapacidade Temporária Absoluta só em caso de Internamento Hospitalar <input type="checkbox"/>	_____	Sem Franquia Se pretender aplicação de franquia marque X 3 dias <input type="checkbox"/> 7 dias <input type="checkbox"/> 15 dias <input type="checkbox"/> 30 dias <input type="checkbox"/>
Despesas de Tratamento e Repatriamento <input type="checkbox"/>	_____	Sem Franquia Se pretender aplicação de franquia indique: \$ _____
Despesas de Funeral <input type="checkbox"/>	_____	Sem Franquia Se pretender aplicação de franquia indique: \$ _____

(1) Os capitais indicados para cada uma das coberturas representam os valores máximos a que a Tranquilidade se obriga em cada anuidade de seguro salvo na cobertura de Despesas de Tratamento quando se seja feita reposição de capital.

(2) Em relação ao risco de Invalidez Permanente, em alternativa ao regime geral, pretende (apenas uma única opção):

- Aplicar a Tabela Nacional de Incapacidades
- Apenas a garantia de Invalidez Permanente Total
- O pagamento da Indemnização pelo dobro quando a desvalorização for igual ou superior a 50%

(3) Só podem ser concedidas em conjunto com qualquer das Coberturas Base.

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, S.A. 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 cobradas 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.

Pessoa Segura 1 _____ Pessoa Segura 2 _____

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