

PROPOSTA  
**SEGURO DE  
AVARIA DE MÁQUINAS**

# TRANQUILIDADE

DATA DE ENTRADA

Produto : ZDAVA

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						
	Títul/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:	Telemóvel:	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"/>	Telemóvel <input type="checkbox"/>	Período Preferencial : Semana <input type="checkbox"/>	Fim de Semana <input type="checkbox"/>	Hora: 9 / 18 <input type="checkbox"/>	18 / 21 <input type="checkbox"/>
Nome de Contacto									

### — 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"/>	Víuvo <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 ?					
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"/>	Hoteleira e Restauração <input type="checkbox"/>	Adm. Pública <input type="checkbox"/>
	Educação, Saúde e Acção Social <input type="checkbox"/>	Outros Serviços <input type="checkbox"/>	Outro, qual ?					
Habilitações Literárias:	Ensino Básico (até 9.º ano) <input type="checkbox"/>	Ensino Secundário (até 12.º ano) <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 ?			
	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	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 / Fração 

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
Actos de Grevistas <input type="checkbox"/>	Valor do Equipamento Seguro
Actos de Vandalismo <input type="checkbox"/>	Valor do Equipamento Seguro
Danos de Bens Adjacentes do Segurado... <input type="checkbox"/>	\$ _____ ( Máx. \$ 50.000)
Responsabilidade Civil Laboração <input type="checkbox"/>	\$ _____ ( Máx. \$ 50.000)
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)
Despesa com remoção de Escombros <input type="checkbox"/>	\$ _____ ( Máx. 5% do Cap. Seguro)

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

**INDICAÇÕES INDISPENSÁVEIS**

Data em que iniciou a exploração \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Em quantos turnos trabalha? \_\_\_\_\_

A máquina a segurar já se encontra segura contra Incêndio e Elementos da Natureza? Não  Sim  Indique a Seguradora \_\_\_\_\_  
e N.º de Apólice \_\_\_\_\_O Cliente /Tomador do Seguro é proprietário de outras máquinas, além das que pretende segurar? Não  Sim  Tipo de máquinas \_\_\_\_\_A máquina a segurar já sofreu algum sinistro grave, anteriormente? Não  Sim  Descreva o(s) sinistro(s) na Folha de Inventário.A máquina foi adquirida em novo? Não  Sim  Quais as peças ou partes que o não foram? \_\_\_\_\_A máquina 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? \_\_\_\_\_

No caso de dispor de um serviço de manutenção próprio, identifique os elementos que constituem seu corpo técnico : \_\_\_\_\_

A máquina a segurar destina-se a aluguer? Sim  Não

CREDOR  / LOCADOR FINANCEIRO  / FINANCIADOR

										N.º Cliente									
Nome																			
Título/Sigla										Nacionalidade									
Morada																			
N.º		Andar		Cx. Postal		Cidade		Município											
Provincia																			
N.º Contribuinte					Data Nascimento					Sexo: M   F									
B.I.					Tipo de Cliente:					Individual   Empresa									
Telefone:			Telemóvel:			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, 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 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	<input type="text"/>
Canal de Cobrança	<input type="text"/>		
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

