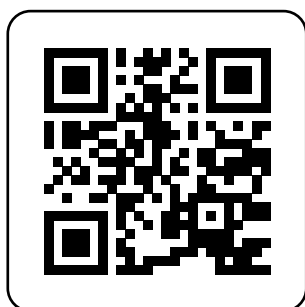




Proposta **Seguro Automóvel**





(Utilize Letras Maiúsculas)

Mediador N.º											Agência																																
Cobrador N.º											Data e hora de entrada			/			/			:																							
N.º Simulação											N.º Cotação											N.º Apólice																					
Novo											Alteração											Substituição de Viatura											Automóvel Individual										
Já é cliente Sol Seguros?	Sim										Não										N.º Cliente											N.º Apólice											

Duração do Contrato

Ano e seguintes											Temporário N.º Dias																
Início do Seguro			/			/													Vencimento / Termo do Seguro			/			/		

Forma de Pagamento

Anual											Trimestral											Semestral											Única										
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1 Tomador do Seguro (Segurado)

Nome / Denominação Social																																																													
Morada / Sede																																																													
Município											Província											País																																							
Data de Nascimento			/			/													Sexo	Masculino										Feminino																															
Nacionalidade											Documento de Identificação	B.I.										Passaporte																																							
N.º Documento											Data de Validade			/			/																																												
NIF											Estado Civil	Solteiro(a)										Casado(a)										Divorciado(a)										Viúvo(a)																			
Profissão											Trabalhador p/ conta de outrem											Trabalhador p/ conta própria																																							
Telefone											E-mail																																																		
Carta Condução N.º											Data da Carta			/			/																																												
País Emissor											Categoria	A										B										C										D										Profissional									

Pessoa Colectiva

NIF											Registo Comercial																					
CAE											Alvará / Licença											N.º Empregados										
Actividade Principal																																
Local de Cobrança																																



2 Condutor Habitual

(Preencher se diferente do Tomador de Seguro)

Nome																																												
Morada																																												
Município									Província									País																										
Data de Nascimento					/					/					Sexo	Masculino				Feminino																								
Nacionalidade									Documento de Identificação	B.I.								Passaporte																										
N.º Documento									Data de Validade					/					/																									
NIF									Estado Civil	Solteiro(a)				Casado(a)				Divorciado(a)				Viúvo(a)																						
Profissão									Trabalhador p/ conta de outrem								Trabalhador p/ conta própria																											
Telefone									E-mail																																			
Carta Condução N.º									Data da Carta					/					/																									
País Emissor									Categoria	A				B				C				D				Profissional																		
Ligação ao Tomador do Seguro	Cônjuge								Filho(a)								Pai / Mãe								Empregado (a)								Outro											

3 Qualidade em que faz o Seguro

Proprietário Reserva de Propriedade Locatário Usufrutuário Condutor Credor (indique no Ponto 4)

4 Entidade Credora e/ou Locadora

Nome																										
Morada																										
Município									Província									Tipo	Individual				Colectiva			
NIF									N.º de Contrato de Locação																	
Telefone									E-mail																	
Local de Cobrança																										

5 Débito Directo

Pagamento Recorrente									Pagamento Pontual									N.º da Conta Bancária											
Local de Domicílio da Conta																													
IBAN									A	O				0				6											
BIC / SWIFT																													

Sol Seguros, S.A.
Sede: Edifício Sol, Rua Rei Mwana a Mwila, S/N, 2 Andar, Talatona, Luanda, Angola
Telefone: +244 923 120 160 E-Mail: geral@solseguros.ao

www.solseguros.ao


6 Dados do Veículo

Matrícula		-		-		-		N.º de Chassis																
Marca								Modelo									Ano							
Cilindrada (cm³)								Potência (cv)					Lotação				Peso Bruto (Kg)							
Combustível								N.º Kms					Cor											
Categoria																								
Ligeiro Passageiros					Motociclo					Camioneta					Camião					Articulado				
Ligeiro misto					Ciclomotor					Máquina					Autocarro					Diversos				
Uso																								
Particular					Aluguer c/ condutor					Táxi até 5 lugares					Táxi Colectivo					Instrução e Exame				
Ambulância					Bombeiros					Pronto Socorro					Atrelados/Reboque					Outro				
Estado do Veículo																								
Novo				Bom				Razoável				Mau				Danos no Veículo?*				Sim		Não		
Reboque que assume a Matrícula do Rebocador																								
Peso Bruto (Kg)					Marca					Marca														

*Em caso afirmativo é interdida a contratação de coberturas de danos próprios.

7 Questionário Geral

(Preenchimento Obrigatório)

É o primeiro Seguro Automóvel do Cliente (em qualquer seguradora?)	Sim	Não	Seguradora						
N.º Apólice								Em Vigor	Anulada
								Data de Anulação	
Existem Débitos	Sim	Não	N.º sinistros (últ. 2 anos)					Data do último Sinistro	
Zona Habitual de circulação	Zona 1 (zona urbana de Luanda)				Zona 2 (outras províncias)				
O Veículo a Segurar:									
i. Faz transporte de matérias perigosas?	Sim	Não	Indicar Tipo						
ii. Circula dentro de Aeroportos?	Sim	Não	Quais?						
iii. Transporta passageiros na Caixa de Carga?	Sim	Não							

As situações i. ii. e iii. estão sempre excluídas da garantia da apólice e só podem ser aceites pelos serviços técnicos da Sol Seguros, S.A.



8 Garantias e Limites

Coberturas	SOL Essencial	SOL Confortável	SOL Super	Franquia
Responsabilidade Civil	Capital (AOA)	Capital (AOA)	Capital (AOA)	
Ciclomotores	6 688 000	—	—	S/ Franquia
Ligeiros/Motociclos	13 376 000 26 752 000 53 504 000	13 376 000 26 752 000 53 504 000	13 376 000 26 752 000 53 504 000	S/ Franquia
Pesados/Máquinas	26 752 000 44 880 000	26 752 000 44 880 000	26 752 000 44 880 000	S/ Franquia
Responsabilidade Civil Facultativa				
Ocupantes e Condutor Morte ou Invalidez Permanente (MIP) Despesas de Tratamento Ocupantes / Condutor (DCON)	—	MIP: 850 000 DCON: 85 500/127 500 MIP: 1 700 000 DCON: 127 500/191 250 MIP: 2 550 000 DCON: 340 000/510 000	MIP: 850 000 DCON: 85 500/127 500 MIP: 1 700 000 DCON: 127 500/191 250 MIP: 2 550 000 DCON: 340 000/510 000	S/ Franquia
Choque, Colisão ou Capotamento	—	—		S/ Franquia
Incêndio, Raio ou Explosão	—	—		2% 4% 8% 12% 20%
Quebra Isolada de Vidros	—	Opcional 125 000 250 000 500 000 850 000	125 000 250 000 500 000 850 000	S/ Franquia
Fenómenos da Natureza	—	—	Opcional	2% 4% 8% 12% 20%
Furto ou Roubo	—	Opcional		2% 4% 8% 12% 20%
Protecção Jurídica	—	Opcional	Opcional	2% 4% 8% 12% 20%
Privação de Uso	—	—	Opcional	3 Primeiros dias
Actos de Vandalismo	—	—	Opcional	2% 4% 8% 12% 20%

9 Danos Próprios

(Aplicável a tabela de Desvalorização prevista no Dec. Executivo 58/02 de 05/12)

1.	Valor actual do Veículo		AOA											,		
2.	Extras a Valorizar															
	Extra 1			AOA										,		
	Extra 1			AOA										,		
	Reboque sem matrícula			AOA										,		
	Total Extras			AOA										,		
	Valor Total a Segurar (1+2)			AOA										,		

Sol Seguros, S.A.
Sede: Edifício Sol, Rua Rei Mwana a Mwlaza, S/N, 2 Andar, Talatona, Luanda, Angola
Telephone: +244 923 120 160 **E-Mail:** geral@solseguros.ao

www.solseguros.ao



10 Inspeção de Danos Próprios em Usados

Nome do Funcionário

N.º Funcionário

--	--	--	--	--	--	--

 Assinatura _____

11 Observações

A series of five horizontal lines for handwriting practice. Each line is accompanied by a set of vertical lines that create a grid of boxes, similar to a musical staff or a ledger. The first line has a solid purple line at the bottom, while the others have solid black lines. The vertical lines are evenly spaced and extend across the width of the page.

12 Declarações

Prémios e Efeitos do Não Pagamento

O Segurado ou Tomador do Seguro reconhece expressamente que o não pagamento do prémio ou de qualquer fracção do mesmo, no momento da contratação ou até à data limite indicada no respectivo aviso de pagamento, determina a suspensão automática da apólice pelo período de 30 dias, ficando todas as garantias contratadas sem efeito durante esse período.

Decorrido esse prazo sem regularização do pagamento, a apólice considera-se definitivamente resolvida, sem necessidade de qualquer notificação adicional por parte da Sol Seguros. S.A.

Declaração de Informação e Conhecimento Contratual

O Segurado ou Tomador do Seguro declara que todas as informações por si prestadas são completas, verdadeiras e exactas.

Declaro ainda que lhe foram disponibilizadas as Condições Gerais e Condições Especiais aplicáveis, bem como prestados os esclarecimentos necessários ao seu correcto entendimento, tendo tomado pleno conhecimento das principais garantias, exclusões e franquias contratadas.

Quaisquer omissões, declarações incorrectas ou informações falsas relativas aos dados fornecidos são da inteira responsabilidade do Segurado ou Tomador do Seguro, nos termos da lei aplicável.

Tratamento de Dados Pessoais

O Segurado ou Tomador do Seguro autoriza expressamente que os dados pessoais recolhidos pela Sol Seguros, S.A. sejam tratados e incluídos em bases de dados, para efeitos de gestão da relação contratual e cumprimento de obrigações legais.

Autoriza igualmente que, sob estrita confidencialidade, esses dados possam ser partilhados com empresas pertencentes ao mesmo grupo económico, desde que tal partilha seja compatível com a finalidade da sua recolha.

Autoriza ainda a gravação de chamadas telefônicas realizadas no âmbito da relação contratual entre o Segurado e a Seguradora.

Assinatura do Tomador / Seurado (Conforme Documento de Identificação)

Lido e Aprovado Local Data - -