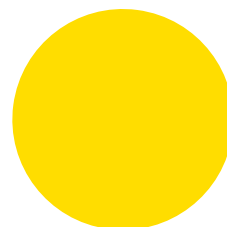
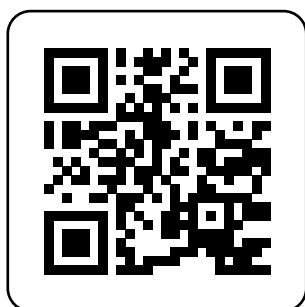




Proposta **Seguro de Saúde Grupo**



SOL
Seguros
Seguro para todos nós



(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	Inclusão	Mudança de Plano
Já é cliente Sol Seguros?	Sim	Não	N.º Cliente
			N.º Apólice
Duração do Contrato			
Ano e seguintes			
Início do Seguro		Vencimento / Termo do Seguro	
Forma de Pagamento		Canal de Pagamento	
Anual	Semestral	Agência	Multicaixa
		Transferência Bancária	Débito em Conta

1 Tomador do Seguro

Empresário em Nome Individual	Pessoa Colectiva	Volume de Negócios (AOA)	
Nome / Denominação Social			
Morada / Sede			
Município	Província	País	
Telefone	E-mail		
Empresário em Nome Individual			
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)
Actividade		Alvará	N.º Empregados
Pessoa Colectiva			
NIF		Registo Comercial	
CAE		Alvará / Licença	N.º Empregados
Actividade Principal			

2 Outros Seguros de Saúde

O Risco Proposto está abrangido por outro Contrato de Seguro?	Sim	Não	Seguradora
Se sim, qual a data de início e fim da Apólice?	Início		Fim

3

Valores em AOA

4

[illegible]



5

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 do Seguro (Conforme Documento de Identificação)

Lido e Aprovado Local Data - -

Sol Seguros, S.A.

Sede: Edifício Sol - Rua Rei Mwana a Mwila, S/N, 1º Andar, Talatona, Luanda, Angola.

Telephone: +244 923 120 160 **E-Mail:** geral@solseguros.ao

www.solseguros.ao