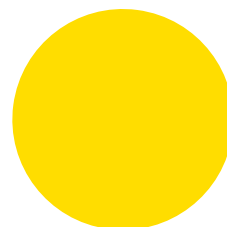
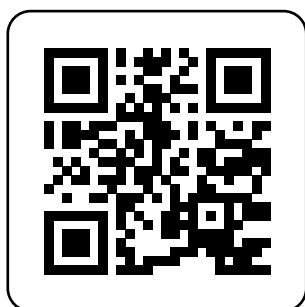




Proposta **Seguro de Saúde Individual**



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

Nome	
Morada	
Município	Província
	País
Data de Nascimento	Sexo
	Masculino
	Feminino
Nacionalidade	Documento de Indentificação
	B.I.
	Passaporte
N.º Documento	Data de Validade
NIF	Profissão
Telefone	E-mail

2 Pessoa Segura 1 (Titular)

Preencher se diferente do Tomador do Seguro

Nome	
Morada	
Município	Província
	País
Data de Nascimento	Sexo
	Masculino
	Feminino
Nacionalidade	Documento de Indentificação
	B.I.
	Passaporte
N.º Documento	Data de Validade
NIF	Profissão
Telefone	E-mail
Nome p/ Cartão	Plano
	Basic
	Plus
	Gold
	Premium

Sol Seguros, S.A.

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

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

www.solseguros.ao



3 Pessoas Seguras Dependentes

Pessoa Segura 2

Nome

Nome p/ Cartão Data de Nascimento

NIF BI / Passaporte

Sexo Masculino Feminino Plano Basic Plus Gold Premium

Pessoa Segura 3

Nome

Nome p/ Cartão Data de Nascimento

NIF BI / Passaporte

Sexo Masculino Feminino Plano Basic Plus Gold Premium

Pessoa Segura 4

Nome

Nome p/ Cartão Data de Nascimento

NIF BI / Passaporte

Sexo Masculino Feminino Plano Basic Plus Gold Premium

Pessoa Segura 5

Nome

Nome p/ Cartão Data de Nascimento

NIF BI / Passaporte

Sexo Masculino Feminino Plano Basic Plus Gold Premium

Pessoa Segura 6

Nome

Nome p/ Cartão Data de Nascimento

NIF BI / Passaporte

Sexo Masculino Feminino Plano Basic Plus Gold Premium

Pessoa Segura 7

Nome

Nome p/ Cartão Data de Nascimento

NIF BI / Passaporte

Sexo Masculino Feminino Plano Basic Plus Gold Premium

4 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

5

Pessoa Segura	1	2	3	4	5	6	7	
1. Indique o seu peso e altura.	Peso (Kg) Altura (cm)							
2. Faz ou foi aconselhado a fazer algum tratamento para a tensão arterial?							Sim	Não
3. Fuma mais do que 15 cigarros por dia?							Sim	Não
4. Consome ou consumiu qualquer tipo de drogas não prescritas pelo médico?							Sim	Não
5. Consome bebidas alcoólicas?							Sim	Não
6. Esteve ou está hospitalizado por motivo de doença ou acidente?							Sim	Não
7. Esteve ou está sob tratamento médico superior a 2 semanas?							Sim	Não
8. É objecto de alguma vigilância médica ou toma algum medicamento regularmente?							Sim	Não
9. Encontra-se actualmente incapacitado total ou parcialmente de exercer a sua actividade profissional?							Sim	Não
10. Na sua actividade profissional ou nos momentos de lazer está exposto a algum risco notoriamente perigoso?							Sim	Não
11. Foi sujeito a alguma restrição no âmbito de um seguro de vida, invalidez ou doença?							Sim	Não
12. Tem programado ou foi-lhe recomendado alguma intervenção cirúrgica ou internamento hospitalar?							Sim	Não
13. Submeteu-se a algum exame médico ou prevê consultar algum médico brevemente e efectuou ou prevê efectuar algum RX, ECG, Análises ou outros meios complementares de diagnóstico?							Sim	Não
14. Já se submeteu a alguma intervenção cirúrgica (incluindo biópsia) ou sofre de algum defeito congénito, deformação física, defeito do ouvido ou da vista?							Sim	Não
15. Recebeu algum conselho médico ou tratamento relacionado com SIDA, ou hepatite B ou C ou com alguma condicionante relacionada com SIDA ou hepatite B ou C, ou com alguma doença transmitida sexualmente?							Sim	Não
16. Tem presente algum seguro de vida em vigor neste Segurador?							Sim	Não
17. Tem alguma percentagem de invalidez?							Sim	Não
18. Está actualmente reformado?							Sim	Não
19. Sofreu ou sofre de diabetes, cancro, problemas relacionados com o coração ou com o sistema circulatório?							Sim	Não
20. Sofreu ou sofre de doenças neurológicas ou cerebrovasculares?							Sim	Não
21. 21. Sofreu ou sofre de distúrbios nervosos ou depressão nervosa?							Sim	Não
22. Sofreu ou sofre de insuficiência renal ou outra doença do aparelho urinário?							Sim	Não
23. Sofreu ou sofre de doença relacionada com coluna vertebral ou articulações?							Sim	Não
24. Sofreu ou sofre de doenças da pele? (alergias, psoríase, lupus)							Sim	Não
25. Sofreu ou sofre de doenças como colesterol, triglicéridos elevados, anemia ou outras afecções?							Sim	Não
26. Sofreu ou sofre de alguma outra enfermidade não mencionada anteriormente?							Sim	Não
Se alguma resposta for positiva, deverão ser fornecidos detalhes e/ou enviar documentação clínica								Anexo

6

Declaro que a presente autorização é concedida de forma livre e informada.

O Segurado

www.solsequros.ao



4

Observações

[illegible]

8

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 Mwlaza, S/N, 1º Andar, Talatona, Luanda, Angola.

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

www.solseguros.ao