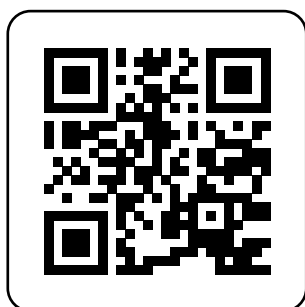
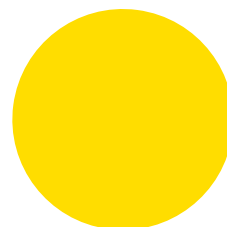




Proposta **Seguro de Vida Risco**



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		
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

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	
Pessoa Colectiva	
NIF	
Registo Comercial	
CAE	
Alvará / Licença	
N.º Empregados	
Actividade Principal	

2 Primeiro Segurado

Nome	
Morada	
Município	
Província	
País	
Data de Nascimento	
Sexo	
Masculino	
Feminino	

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



Nacionalidade		Documento de Indentificação	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		

3 Segundo Segurado

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		Estado Civil	Solteiro(a)	Casado(a)
			Divorciado(a)	Viúvo(a)
Profissão		Trabalhador p/ conta de outrem	Trabalhador p/ conta própria	
Telefone		E-mail		

4 Coberturas e Capital

Morte	Capital (AOA)	
Invalidez Absoluta e Definitiva (IAD)	Capital (AOA)	
Invalidez Total e Permanente por Acidente (ITP)	Capital (AOA)	

5 Beneficiários

Morte	Herdeiros legais do(s) Segurado(s)	Credor Hipotecário	Outros Beneficiários*
Credor Hipotecário			

*Indique quais no campo respectivo

6 Outros Beneficiários

Beneficiário 1	
Nome	
NIF	BI / Passaporte
Beneficiário 2	
Nome	
NIF	BI / Passaporte



Beneficiário 3

Nome

NIF BI / Passaporte

Beneficiário 4

Nome

NIF BI / Passaporte

7 Credor / Locador Financeiro

Nome

Morada

Município Província Tipo Individual Colectiva

NIF N.º de Contrato de Crédito / Locação

Telefone E-mail

Local de Cobrança

8 Débito Directo

Pagamento Recorrente Pagamento Pontual N.º da Conta Bancária

Local de Domicílio da Conta

IBAN A O 0 6

BIC / SWIFT

9 Declaração de Saúde

(Preencher o Questionário Clínico)

Primeiro Segurado

Tem ou já alguma vez teve restrições na sua capacidade de trabalho ou interrupções na sua actividade profissional por doença ou acidente? Sim Não

Já sofreu algum acidente, foi submetido ou está a aguardar a realização de uma intervenção cirúrgica ou internamento hospitalar? Sim Não

Está infectado pelo HIV (vírus da Sida) ou por Hepatite de qualquer natureza? Sim Não

Segundo Segurado

Tem ou já alguma vez teve restrições na sua capacidade de trabalho ou interrupções na sua actividade profissional por doença ou acidente? Sim Não

Já sofreu algum acidente, foi submetido ou está a aguardar a realização de uma intervenção cirúrgica ou internamento hospitalar? Sim Não

Está infectado pelo HIV (vírus da Sida) ou por Hepatite de qualquer natureza? Sim Não

Assinaturas Conforme o Documento de Identificação

Lido e Aprovado Local Data - -

O Tomador do Seguro

Primeiro Segurado

Segundo Segurado

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

10

11

12



13 Questionário Clínico

	Primeiro Segurado		Segundo Segurado	
1. Indique o seu peso e altura.	Peso		Peso	
	Altura		Altura	
2. Faz ou foi aconselhado a fazer algum tratamento para a tensão arterial?	Sim	Não	Sim	Não
3. Fuma mais do que 15 cigarros por dia?	Sim	Não	Sim	Não
4. Consome ou consumiu qualquer tipo de drogas não prescritas pelo médico?	Sim	Não	Sim	Não
5. Consome bebidas alcoólicas?	Sim	Não	Sim	Não
6. Esteve ou está hospitalizado por motivo de doença ou acidente?	Sim	Não	Sim	Não
7. Esteve ou está sob tratamento médico superior a 2 semanas?	Sim	Não	Sim	Não
8. É objecto de alguma vigilância médica ou toma algum medicamento regularmente?	Sim	Não	Sim	Não
9. Encontra-se actualmente incapacitado total ou parcialmente de exercer a sua actividade profissional?	Sim	Não	Sim	Não
10. Na sua actividade profissional ou nos momentos de lazer está exposto a algum risco notoriamente perigoso?	Sim	Não	Sim	Não
11. Foi sujeito a alguma restrição no âmbito de um seguro de vida, invalidez ou doença?	Sim	Não	Sim	Não
12. Tem programado ou foi-lhe recomendado alguma intervenção cirúrgica ou internamento hospitalar?	Sim	Não	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	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	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	Sim	Não
16. Tem presente algum seguro de vida em vigor neste Segurador?	Sim	Não	Sim	Não
17. Tem alguma percentagem de invalidez?	Sim	Não	Sim	Não
18. Está actualmente reformado?	Sim	Não	Sim	Não
19. Sofreu ou sofre de diabetes, cancro, problemas relacionados com o coração ou com o sistema circulatório?	Sim	Não	Sim	Não
20. Sofreu ou sofre de doenças neurológicas ou cerebrovasculares?	Sim	Não	Sim	Não
21. Sofreu ou sofre de distúrbios nervosos ou depressão nervosa?	Sim	Não	Sim	Não
22. Sofreu ou sofre de insuficiência renal ou outra doença do aparelho urinário?	Sim	Não	Sim	Não
23. Sofreu ou sofre de doença relacionada com coluna vertebral ou articulações?	Sim	Não	Sim	Não
24. Sofreu ou sofre de doenças da pele? (alergias, psoríase, lupus)	Sim	Não	Sim	Não
25. Sofreu ou sofre de doenças como colesterol, triglicéridos elevados, anemia ou outras afecções?	Sim	Não	Sim	Não
26. Sofreu ou sofre de alguma outra enfermidade não mencionada anteriormente?	Sim	Não	Sim	Não

Se alguma resposta for positiva, deverão ser fornecidos detalhes e/ou enviar documentação clínica

Anexo

14 Declaração Clínica

O(s) Segurado(s) declara(m) que as informações prestadas no Questionário Clínico são verdadeiras, completas e exactas, não tendo omitido quaisquer factos relevantes para a apreciação do risco.

Autoriza(m) o Segurador a obter, junto de entidades ou profissionais de saúde, a informação clínica necessária para efeitos de aceitação, recusa ou verificação do contrato de seguro do ramo Vida, nos termos legais.

Declara(m) que a presente autorização é concedida de forma livre e informada.

Assinaturas Conforme o Documento de Identificação

Lido e Aprovado Local Data - -

Primeiro Segurado

Segundo Segurado

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