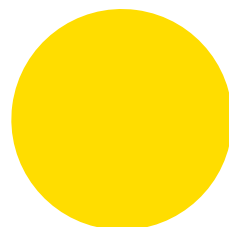
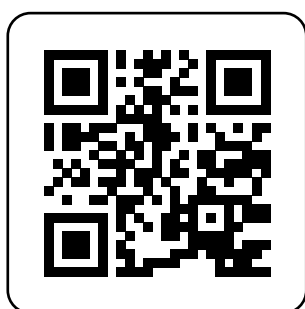




Proposta **Seguro de Vida Microcrédito**



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			
Meses		N.º Meses	
Início do Seguro		Vencimento / Termo do Seguro	
Forma de Pagamento			
Único			

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

2 Coberturas e Capital

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



3

456

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



7 Declaração de Dados Pessoais e Informação Clínica

Autorização para Recolha e Tratamento de Informação Clínica

O Tomador do Seguro e o(s) Segurado(s) autorizam expressamente o Segurador, ou o médico por este designado, directa ou indirectamente, incluindo por intermédio dos beneficiários designados ou herdeiro(s), a solicitar e obter junto de quaisquer entidades, médicos ou profissionais de saúde que os tenham tratado ou examinado, todos os elementos clínicos e médicos hospitalares considerados necessários.

Esta autorização abrange, nomeadamente, informações relativas a intervenções cirúrgicas, internamentos hospitalares, consultas médicas, exames complementares de diagnóstico e demais observações clínicas relevantes.

Finalidades da Autorização

A recolha e utilização da informação clínica destinam-se exclusivamente aos seguintes fins:

- Avaliação da aceitação ou recusa da celebração do contrato de seguro do ramo Vida;
- Apuramento da existência de falsas declarações relativas ao estado de saúde do(s) Segurado(s), susceptíveis de influenciar a decisão de aceitação do contrato e de determinar a sua anulabilidade, nos termos legais;
- Determinação das causas e consequências de qualquer sinistro participado ao Segurador, quer pelo(s) próprio(s) Segurado(s), quer pelos respectivos beneficiários ou herdeiro(s), designadamente em situações de Morte ou Incapacidade.

Autorização às Entidades de Saúde

Para os efeitos referidos nos números anteriores, o Tomador do Seguro e o(s) Segurado(s) autorizam igualmente, desde já e de forma expressa, as referidas entidades, médicos e profissionais de saúde a facultarem ao médico designado pelo Segurador, inclusive após o falecimento do(s) Segurado(s), todas as informações e documentos que lhes sejam solicitados no âmbito da presente autorização.

Declaração de Consentimento Livre e Informado

O Tomador do Seguro e o(s) Segurado(s) declaram expressamente que a presente autorização é concedida de forma livre, esclarecida e informada, tendo pleno conhecimento da sua finalidade, alcance e consequências legais.

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.

Declara 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 telefónicas realizadas no âmbito da relação contratual entre o Segurado e a Seguradora.

Assinatura do Tomador / Segurado (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.

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

www.solseguros.ao



9 Questionário Clínico

Tomador de Seguro / Segurado			
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. 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

10 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.

Assinatura do(s) Segurado(s) (Conforme Documento de Identificação)

Lido e Aprovado Local Data - -