

PROPOSTA
Seguro de Acidentes Pessoais

Mediador nº	Nº Simulação	Data e Hora de entrada ____/____/____ : ____
Cobrador nº	Nº Cotação	
	Nº Apólice	

Novo Alteração

Já é cliente SOL Seguros?	Sim	Não	Nº Cliente	____	Nº Apólice	____
---------------------------	-----	-----	------------	------	------------	------

Duração do contrato	Periodicidade de pagamento		Início do Seguro
Ano e seguintes	Anual	Trimestral	____/____/____
Temporário. Nº Dias:	Semestral	Única	Vencimento/Termo do Seguro ____/____/____

1. Tomador do Seguro/Pessoa Segura			
Nome			
Morada			
Município	Província	Caixa Postal	____
E-mail			
IBAN	Telefone		
Tipo de Cliente	Pessoa Singular	ENI	Pessoa Colectiva
Data de Nascimento/Constituição da sociedade		____/____/____	
NIF	CAE	Nº BI	
Se Pessoa Singular ou ENI indique sexo	M	F	Profissão
			Código

2. Pessoa Segura (preencher se diferente do Tomador do Seguro)			
Nome			
Morada			
Município	Província	Caixa Postal	____
E-mail			
Data de nascimento	____/____/____	Sexo	M F
Estado Civil		Profissão	
Nacionalidade	NIF	Nº BI	

3. Beneficiário(s) em caso de Morte (se a pessoa segura for distinta do Tomador de Seguro é necessário a autorização da Pessoa Segura para a alteração da posição de beneficiário)			
Preencher se diferente de herdeiros legais, campos de preenchimento obrigatório caso pretenda designar nominativamente os beneficiários em caso de morte.			
1. Beneficiário	% de benefício		
Nome			
Morada			
Município	Província	Caixa Postal	____
E-mail			
Data de nascimento	____/____/____	Sexo	M F
Estado Civil		Nº BI	
2. Beneficiário	% de benefício		
Nome			
Morada			
Município	Província	Caixa Postal	____
E-mail			
Data de nascimento	____/____/____	Sexo	M F
Estado Civil		Nº BI	

PROPOSTA
Seguro de Acidentes Pessoais

Caso pretenda designar genericamente os beneficiários em caso de morte e estes sejam diferentes de herdeiros legais, indique-os abaixo:

4. Modalidade Contratada

Profissional e Extraprofissional

Extraprofissional

5. Coberturas e Capitais Seguros

Coberturas Base	Capitais/Limites de indemnização (AOA)				
Morte					
Invalidez Permanente					
Morte ou Invalidez Permanente					
Incapacidade Temporária					
Incapacidade Temporária Absoluta por Internamento Hospitalar					
Despesas de Tratamento e Repatriamento*	85.000,00	240.000,00	400.000,00	600.000,00	800.000,00
Despesas de Funeral*					

* O valor contratado não pode exceder 20% do capital por Morte.

6. Graus de Desvalorização / Períodos de Carência (Franquia)
Invalidez Permanente por Acidente - Grau de Desvalorização

Garantia apenas de Invalidez Permanente Total a:	100%
Garantia somente da Invalidez Permanente Superior a:	50%

Período de Carência/ Franquia nas Coberturas

Incapacidade Temporária	3 dias	7 dias	15 dias	30 dias
Incapacidade Temporária Absoluta por Internamento Hospitalar	3 dias	7 dias	15 dias	30 dias

7. Extensões de Cobertura

Prática desportiva federada ou de organização oficial

Prática de Alpinismo e Paraquedismo

Artes Marciais e Boxe

Caça de Animais Ferozes e Caça Submarina

Desportos de Inverno

Atletas Profissionais

Motorismo

Pilotagem de aeronaves

Manuseamento ou utilização de explosivos

Permanência de Pessoa Segura no Estrangeiro

PROPOSTA
Seguro de Acidentes Pessoais
8. Questionário Referente à Pessoa Segura
(Preenchimento Obrigatório)
1. Estado de Saúde

- Goza de Boa Saúde? ☐ Sim ☐ Não. Se não, indique as razões
- Sofre de epilepsia, perdas de consciência, paralisia, diabete, tuberculose, perturbações cardiovasculares, doenças da coluna ou medulares, doença do sangue, reumatismo agudo ou crónico, varizes? ☐ Sim ☐ Não. Especifique
- Tem alterações de visão, audição ou motoras? ☐ Sim ☐ Não. Especifique
- Tem alguma deficiência ou incapacidade? ☐ Sim ☐ Não. Especifique
- Qual o grau de incapacidade atribuído? %
- É canhoto? ☐ Sim ☐ Não Peso Kg Altura cm

 2. Está ao abrigo de um seguro de acidentes de trabalho? ☐ Não ☐ Sim. Em que companhia

3. É colaborador, responsável de departamento? ou director/administrador?

 4. Qual a indústria ou comércio em que exerce a sua profissão? Em que empresa ou serviço?

5. Dedicar-se a trabalho manual de maneira activa, ou só dirige e ou vigia?

 6. Trabalha com máquinas com serras eléctricas? ☐ Sim ☐ Não. Especifique

 7. Tem ocupações além da actividade profissional que exerce, desempenhadas com carácter regular? ☐ Não ☐ Sim. Quais?

 8. Tem outras ocupações de carácter não profissional? ☐ Não ☐ Sim. Quais?

 9. Tem deslocações frequentes? ☐ Não ☐ Sim. Qual o meio de transporte?

 10. Manipula substâncias perigosas ou explosivos? ☐ Não ☐ Sim. Quais?

 11. Trabalha em andaimes, telhados, pontes, minas, pedreiras ou postes? ☐ Não ☐ Sim.

9. Outros Seguros

 O risco proposto está seguro? ☐ Não ☐ Sim

Em caso afirmativo indique: Seguradora

 Nº de Apólice

 Capital AOA
Declarações

PRÉMIOS: O Segurado/Tomador do Seguro expressamente reconhece que caso o prémio ou fracção do mesmo não sejam pagos de imediato ou até à data limite indicada no aviso de pagamento, a apólice fica suspensa pelo período de 30 dias, e as suas garantias sem efeito, sendo definitivamente resolvida após essa data sem necessidade subsequente de notificação pela Sol Seguros, S.A.

INFORMAÇÃO: O Segurado/Tomador de Seguro declara que as informações prestadas são completas e exactas e foram postas à sua disposição as Condições Gerais e Especiais, assim como foram prestados todos os esclarecimentos sobre as mesmas condições assim como tomou conhecimento das principais garantias, exclusões e Franquias. As omissões, informações incompletas ou falsas no que respeita aos dados fornecidos, serão da responsabilidade do Segurado/Tomador.

DADOS PESSOAIS: O Segurado/Tomador do Seguro autoriza que os dados pessoais recolhidos pela Sol Seguros, S.A. possam ser objecto de tratamento mediante a inclusão em bases de dados e possam, sob absoluta confidencialidade, ser cedidos a empresas do mesmo grupo económico desde que compatíveis com a finalidade dos mesmos. Autoriza igualmente a gravação de chamadas telefónicas efectuadas no âmbito da relação contratual entre Segurado/Seguradora.

Local e Data

Assinatura Tomador/Segurado

_____, _____ de _____ de _____
