

PROPOSTA

Seguro de Acidentes de Trabalho (Trabalhador por conta de outrem)

Produto: ATF - Prémio Fixo ATV - Prémio Variável Novo Alteração

Cod. Prot.	Nº Cotação	EC	Data da aprovação
			____/____/____
Visto		Nº Apólice	

Data de entrada ____/____/____

 Assinatura e Carimbo

Nota: Preencha os espaços em letra de imprensa. Assinalar com um "X" os casos aplicáveis.

Se já é cliente Sol Seguros, indique por favor um dos seguintes elementos

Nº Cliente	____	Nº Apólice	____	Matrícula	____
------------	------	------------	------	-----------	------

1. Tomador do Seguro

Nome	
Título/Sigla	Nacionalidade
Morada	
Município	Provincia
NIF	Caixa Postal
Tipo de Cliente Pessoa Singular Pessoa Colectiva	
Cliente Individual Data de nascimento ____/____/____ Sexo M F	
Cliente Colectivo CAE Descrição	
Nº Empregados 1 a 4 5 a 9 10 a 19 20 a 49 50 a 199 + 2000	

2. Contactos

Telefone	Telemóvel	Fax	E-mail
Contacto Preferencial: Agente	Correio	E-mail	Fax
Período Preferencial: Semana	Fim-de-Semana	Hora: 9/18	18/
Morada			

3. Dados Complementares

Cliente Individual	B.I.	Passaporte					
	Carta de Condução nº	Tipo				Data: ____/____/____	
	Estado Civil:	Casado	União de Facto	Divorciado	Separado	Solteiro	Viúvo
	Situação Profissional:	Quadro Superior	Técnico/Profissional de Nível Médio			Técnico Especializado	
		Administrativo	Pessoal de Serviços/Vendedor			Operário e Similar	
		Doméstica	Não activo (Estudante, Reformado, Desempregado)				
Cliente Colectivo	Sector de Actividade:	Agricultura/Pescas	Indústria	Construção	Transportes/Comunicações/Energia		
		Comércio	Banca/Seguros	Hotelaria e Restauração	Transportes/Comunicações/Energia		
		Adm. Pública	Educação, Saúde e Acção Social				
		Outros Serviços	Qual?				
	Habilitações Literárias:	Ensino Básico (até 9º ano)		Ensino Secundário (até 12º ano)		Bacharelato/Licenciatura	
		Pós Graduação/Mestrado/Doutoramento					
Forma Jurídica:	Emp. Nome Individual	Soc. Unipessoal	Soc. por Quotas	Soc. Anónima			
	Outra. Qual?						
Ano de Início de Actividade:							

Duração do Seguro	Periodicidade de pagamento*	Início do Seguro
Ano e seguintes Data Venc. ____:____ Temporário. Dias Data Fim ____:____	Anual Semestral Trimestral Mensal** **Aplicável apenas para ATV Única	____/____/____ Hora ____:____

* Quando a forma de pagamento escolhida for a MENSAL, fica desde já acordado que não haverá lugar ao envio prévio dos avisos para pagamento dos prémios, sendo as datas em que são devidas cada uma das fracções e respectivos valores indicados nas Condições Particulares da Apólice

PROPOSTA
Seguro de Acidentes de Trabalho (Trabalhador por conta de outrem)
5. Modalidade de Pagamento

Aviso para a morada acima indicada.
 Se pretende envio do aviso para outra morada, indique a mesma a seguir:

6. Local do Risco

Natureza dos Trabalhos

Actividade predominante

Código Actividade Económica (CAE)

Localização do risco

Código Estatístico

Modalidade: Completo

Pensões

7. Pessoal a Segurar

	Nomes	(1) I/E/A	Categoria Profissional	Pessoal a Tempo Parcial	Retribuição				
				Nº Horas por Semana	Ordenado Mensal Salário Diário Salário Hora	M D H	Alimentação e/ ou Alojamento	Outros Subsídios	Equiparada
Prémio Fixo*									

* A Cobertura garante um número de Trabalhadores e retribuições antecipadamente conhecido. (1) I - Inclusão; E - Exclusão; A - Actualização.

Prémio Variável**	Nº Total de Trabalhadores	Nº Total de Menores Aprendizes e Estagiários	TOTAL DE RETRIBUIÇÕES ANUAIS PREVISTAS PARA TODO O PESSOAL (permanente e eventual), incluindo subsídio de férias e de Natal e outras remunerações com carácter de regularidade. (Juntar fotocópia da última folha de salários remetida ao Instituto Nacional de Segurança Social). AOA _____

** A cobertura garante um número de Trabalhadores e retribuições variáveis em função das folhas de salários e enviar pelo Tomador de Seguro.

– Entende-se por Retribuição tudo o que a lei considera como seu elemento integrante e todas as prestações (em dinheiro ou espécie) que tenham carácter de regularidade(ex.: comissões, prémios de produção e assiduidade, comparticipação de lucros, etc.).

– Os menores de 18 anos aprendizes, praticantes e estagiários têm de ser seguros por salário equiparado ao da média dos trabalhadores da profissão a que se destinam.

PROPOSTA

Seguro de Acidentes de Trabalho (Trabalhador por conta de outrem)

8. Informações Complementares

(Preenchimento Obrigatório)

Caso se verifique ou preencha alguma das seguintes situações, responda às mesmas :

Utiliza matérias explosivas, corrosivas, inflamáveis, tóxicas ou outras perigosas ? Quais são e que pessoal trabalha com elas? _____

Entre o pessoal a segurar há parentes, sócios ou administradores ? Indique os nomes, no caso dos parentes, e grau de parentesco: _____

Nos trabalhos realizados é empregue força motriz? Qual a sua natureza? Indique o género, o n.º e potência das máquinas, bem como o n.º de operários nelas empregados: _____

Entre o pessoal a segurar é desempenhada a função de transporte? Indique a espécie e o n.º de veículos e o n.º de pessoas com quem eles trabalham: _____

É exercida actividade laboral aos Domingos, Feriados ou fora do horário normal de trabalho? _____

A que distância se encontra o médico, a farmácia e o hospital mais próximo? _____

Algumas das pessoas seguras tem uma incapacidade física ou mental? Indique quais e o tipo de incapacidade: _____

PROPOSTA

Seguro de Acidentes de Trabalho (Trabalhador por conta de outrem)**9. Observações**

10. Moeda do Contrato

Sem prejuízo das referências efectuadas na apólice a valores monetários poderem, a todo o tempo, serem apresentadas em moeda nacional de acordo com a taxa de câmbio em vigor à data, o Tomador do Seguro concorda que o presente Contrato seja celebrado em moeda estrangeira nomeadamente em Dólares Norte Americanos.

11. Declaração Pagamento dos Prémios

Quando o prémio ou fracção inicial não for pago no momento da celebração do contrato, fica desde já acordado entre a Sol Seguros Corporação Angolana de Seguros, S.A. e o Tomador do Seguro, de acordo com o estipulado na legislação aplicável, que o prazo máximo para pagamento do prémio será de trinta (30) dias a contar da data de início do contrato ou da data em que a Sol Seguros informe o Tomador do Seguro das condições em que está disposta a garantir o risco, quando após a recepção da proposta, a Sol Seguros lhe tenha solicitado informações adicionais para a avaliação do risco.

Nota : Até o Tomador do Seguro proceder ao efectivo pagamento do prémio ou fracção inicial, o contrato encontra-se suspenso, não produzindo quaisquer efeitos.

12. Declaração de Dados Pessoais (Autorizações)

O Cliente / Tomador do Seguro declara terem-lhe sido colocadas à disposição, no acto da celebração do contrato, as Condições Gerais aplicáveis ao Contrato de Seguro e prestadas todas as informações relevantes para a subscrição do mesmo, nomeadamente as suas principais características, âmbito das garantias e exclusões e demais esclarecimentos exigíveis nos termos previstos na legislação em vigor.

O Cliente / Tomador do Seguro garante a exactidão e completude das declarações prestadas na presente proposta sob pena do referido contrato poder vir a ser anulado ou considerado nulo, nos termos previstos na legislação em vigor.

O Cliente / Tomador do Seguro expressamente consente que os dados pessoais facultados à Sol Seguros sejam objecto de tratamento pela mesma, mediante a respectiva integração numa base de dados e que sejam por aquela comunicados, sob regime de absoluta confidencialidade, a sociedades pertencentes ao mesmo Grupo económico, a mediadores de seguros a ela vinculados e a demais sociedades necessárias para o efectivo cumprimento das obrigações assumidas através do contrato, com o fim de adequar o fornecimento e publicidade dos produtos comercializados a cada pessoa.

O Cliente / Tomador do Seguro poderá ter acesso à informação que lhe diga directamente respeito, solicitando a sua correcção, aditamento ou eliminação, mediante contacto directo ou por escrito, junto da Sol Seguros.

Qualquer alteração à morada ou sede do Tomador do Seguro acima indicada deverá ser comunicada, por carta registada com aviso de recepção, à Sol Seguros no prazo de 30 dias a contar da data em que se verifica, sob pena de as comunicações ou notificações que a Sol Seguros venha a efectuar para a morada desactualizada serem consideradas válidas e eficazes.

Local e Data

_____, ____ de _____ de _____

O Mediador

Assinatura Cliente/Tomador do Seguro
