



## Proposta de Seguro

Nº da Proposta	<input type="text"/>	Data	<input type="text"/>
Nº da Apólice	<input type="text"/>	Funcionário	<input type="text"/>
Código do Balcão	<input type="text"/>	Nº de Funcionário	<input type="text"/>
Código do Mediador	<input type="text"/>	Moeda do Contrato	<input type="checkbox"/> USD <input type="checkbox"/> AOA
Código do Cobrador	<input type="text"/>	Cliente da Protteja	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Visto de Aceitação	<input type="text"/>	Se Sim, qual o Nº de Cliente?	<input type="text"/>

### 1. Tomador do Seguro

Nome da Empresa:

Morada

Localidade  Contribuinte  Cx. Postal

Telefone  Telemóvel  Fax

Email:

### 2. Dados do Colaborador (Só preencher para os casos de um único Trabalhador)

(Utilizar letra de imprensa)

Nome

Morada

Localidade  Município  Cx. Postal

Telefone  Telemóvel  Fax

Sexo  M  F Data de Nascimento  Estado Civil

E-mail

B.I. / Passaporte  Nacionalidade

Data de emissão  Local de Emissão  NIF

Profissão  Naturalidade  CAE

Tratamento  Dr.(a)  Exmo. (a)  Sr.(a)  Outro \_\_\_\_\_

### 3. Antecedentes do Seguro

O presente risco está ou esteve seguro?  Sim  Não Se Sim, indique a Seguradora?

Apólice Nº  Motivo da anulação

Prémio anterior  Existem débitos por falta de pagamento?  Sim  Não

Pessoa de Contacto

### 4. Dados Gerais

Data de início:  /  /  Data termo/ renovação  /  /

Canal de cobrança:  Caixa  Multicaixa  Transferência bancária

Fraccionamento: Anual  Semestral  Trimestral

#### Protteja Seguros, S.A.

NIF: 5417166103 Capital Social: AOA1.000.000.000,00 (1 Bilhão de Kwanzas)  
 Nº de Registo Comercial: Nº 0037-11/110110 Certificado de Licença: Nº13/ISS/MF/12  
 Morada: Rua José Pedro Tuca, Nº32, Bairro dos Coqueiros, Luanda, Angola  
 Contactos: +244 933100149/+244914475082 Email: geral@prottejaseguros.co.ao  
 Web: www.prottejaseguros.co.ao



## Proposta de Seguro

### 5. Dados de Adesão

**Operação:**  Nova adesão a apólice  Modificação de adesão

**Qualidade do Tomador:**  Individual  Entidade jurídica

**Tipo de Apólice:**  Individual  Grupo **Número de Membros:**

**Plano de Coberturas:**  Essencial  Essencial+  Normal  Normal+  Completo  Completo+

**Nota:** Os planos Essencial+, Normal+ e Completo+ incluem o Plano Adicional que contempla as coberturas de Evacuação e Repatriamento.

**Modalidade de Reembolso da Apólice:**

Reembolso ao Beneficiário  Reembolso ao Tomador  Reembolso ao Titular

### 6. Pessoas a Segurar (Só preencher para os casos de um único trabalhador)

**Tomador do Seguro**  **Dependentes**

#### Dependentes

#	Nome próprio	Apelido	Relação com o preponente* (filho(a), esposo(a), etc.)	Data de Nascimento		
				Dia	Mês	Ano
1						
2						
3						
4						

\* Filhos até 24 anos, desde que estudantes a tempo inteiro. Prova será exigida.

### 7. Assinaturas

#### Condições Preexistentes

Este seguro exclui quaisquer condições clínicas que tenham sido diagnosticadas ou requerido tratamento médico (incluindo medicamentos prescritos ou para as quais eu (nós) tenha/tenhamos procurado aconselhamento médico (incluindo "check-up") ou sintomas não diagnosticados quer sejam investigados ou não dentro de um período de dois anos imediatamente anteriores ao primeiro dia do seguro.

Eu (nós) compreendo/compreendemos que a seguir a dois anos de cobertura de seguro contínuo as condições clínicas preexistentes tornar-se-ão elegíveis para benefício, se na primeira vez em que receber tratamento eu (nós) não tenha/tenhamos:

(a) consultado qualquer Médico para tratamento ou aconselhamento médico, ou (b) administrado medicação (incluindo medicamentos prescritos, dietas especiais, injecções) para tal condição clínica ou qualquer condição relacionada por um período contínuo de dois anos.

#### Declaração

Eu pela presente solicito inscrição no plano juntamente com as pessoas a serem seguradas listadas acima. Declaro com perfeita consciência em nome de todas as pessoas a serem seguradas sob esta proposta que li e entendi perfeitamente a definição de Condições Preexistentes. Acorda-se que esta declaração e informação aqui prestada constituirão a base do(s) contratos(s) entre a(s) Pessoa(s) Segura(s) e o Segurador.

Declaro autorizar os profissionais ou instituições de saúde de que me tenha socorrido, a prestar aos serviços clínicos da Gestora de Serviços de Saúde ou da Seguradora, os exames ou cópias dos exames e quaisquer outros documentos relacionados com este processo e que estes tenham por conveniente solicitar, bem como toda a informação por esta solicitada, relativa ao meu estado de saúde e aos serviços clínicos prestados, nomeadamente, para efeitos de facturação.

**Local:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Protteja Seguros, S.A.

\_\_\_\_\_  
Tomador do Seguro

#### Protteja Seguros, S.A.

NIF: 5417166103 **Capital Social:** AOA1.000.000.000,00 (1 Bilião de Kwanzas)  
**Nº de Registo Comercial:** Nº 0037-11/110110 **Certificado de Licença:** Nº13/ISS/MF/12  
**Morada:** Rua José Pedro Tuca, Nº32, Bairro dos Coqueiros, Luanda, Angola  
**Contactos:** +244 933100149/+244914475082 **Email:** geral@prottejaseguros.co.ao  
**Web:** www.prottejaseguros.co.ao