

Proposta de Seguro

Nº da Proposta
 Nº da Apólice
 Código do Balcão
 Código do Mediador
 Código do Cobrador
 Visto de Aceitação
 Data

Funcionário
 Nº de Funcionário
 Proposta de Seguro Novo Alteração
 Moeda do Contrato AOA USD
 Cliente da Protteja Sim Não
 Se Sim, qual o Nº de Cliente?

1. Tomador do Seguro

(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
 Tipo de Pessoa Individual Colectiva Tratamento Dr.(a) Exmo. (a) Sr.(a) Outro _____

2. 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 _____

3. Dados Gerais

Contrato Temporário? Sim Não Se sim, Data efeito Data termo
 Se não,
 Data de efeito: Data de renovação Acerto de Vencimento (Dia e Mês)
 Fraccionamento: Anual Semestral Trimestral Mensal
 Canal de cobrança: Caixa Multicaixa Transferência bancária
 Detalhes do canal de cobrança _____

Protteja Seguros, S.A.



Proposta de Seguro

4. Dados do Risco Coberto

Qualidade do Tomador do Seguro Entidade empregadora Nome Próprio

Secção da Indústria Subsecção da Indústria

Actividade Natureza dos trabalhos

Todos empregados estão incluídos nos trabalhos indicados? Sim Não Número total de empregados

Número de pessoas seguras?

Locais de risco onde se realizam os trabalhos

Emprega força motriz? Sim Não Se Sim, indique natureza da força motriz:

Serviço de transporte realizado pelo pessoal da empresa? Sim Não
Se Sim, indique: Número de veículos: Qual o meio de transporte utilizado?
Número de pessoas que realizam o serviço de transporte:

Realiza trabalhos aos domingos? Sim Não Realiza trabalhos aos feriados? Sim Não

Faz folhas de férias e tem escrituração regular nos termos da lei? Sim Não

Trabalha com matérias perigosas? Sim Não Se Sim, quais as matérias perigosas?
Que pessoal trabalha com as matérias perigosas?

Inferioridade física ou mental de algum trabalhador? Sim Não
Se Sim, indique o(s) seu(s) nome(s) , natureza e grau de incapacidade

Existem menores de 16 anos ou aprendizes entre os empregados a segurar? Sim Não

Se Sim, indique número de menores: Idade Salário:

Há parentes seus entre os empregados a segurar? Sim Não
Se Sim, indique o(s) seu(s) nome(s), salários, graus de parentesco e trabalhos que executam

Organização e manutenção de registos clínicos relativos a cada trabalhador de acordo com a Tabela Nacional de Incapacidade? Sim Não

Organização de serviços de prevenção e segurança constituídos por um responsável próprio e a tempo inteiro?
 Sim Não

Existência de meios de protecção individual e colectiva? Sim Não

Distância do médico, hospital ou farmácia mais próximo (km)

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

4. Dados do Risco Coberto (Continuação)

Horário de trabalho: Normal Extensão (>8 Horas)

Modalidade do Seguro Prémio Fixo Prémio Variável

Nota: É obrigatório serem englobados no mesmo contrato de seguro todos os trabalhadores ao serviço de uma entidade, numa certa actividade económica ou na mesma unidade produtiva.

Para Seguros a Prémio Variável

Qual o montante previsível de salários anuais incluindo o subsídio de férias, 13º mês e outras retribuições? | | | | | | | | | | | | | | | |

Notas: (1) Juntar a esta proposta cópia da última folha de férias.

(2) Entende-se por retribuição aquilo a que, nos termos do contrato, das normas a que o regem ou dos usos, o trabalhador tem direito como contrapartida do seu trabalho. Na contrapartida do trabalho inclui-se a retribuição base e todas as prestações regulares e periódicas feitas, directa ou indirectamente, em dinheiro ou em espécie.

(3) O Tomador de Seguro obriga-se a enviar as folhas de férias até ao dia 14 do mês seguinte ao qual se referem.

Para Seguros a Prémio Fixo, preencher o quadro seguinte:

Tipo de Retribuição: Horária Diária Mensal

Nomes	Profissão e Categoria	Dia	Sem.	Mês	Salário Base	Alim. / Alojamento	Outras retribuições

Notas: (1) No caso do número de empregados seguros ser superior ao espaço disponível na tabela acima, requisitar ficha anexa com espaço extra para o preenchimento de todos os segurados ou disponibilizar informação em suporte digital (ex.: ficheiro excel).

Salário mensal total: | | | | | | | | | | | | | | | | (AOA/USD)

Notas: (1) O salário deve ser preenchido na moeda escolhida para o contrato.

(2) Está excluído do presente contrato, o Tomador do Seguro.

(3) O cônjuge, filhos, parentes ou afins em linha recta até ao 3º grau da linha colateral, assim como os Administradores e Gestores de quaisquer sociedades, só podem estar garantidos quando mantiverem com o Tomador de Seguro um contrato de trabalho remunerado.

Proteja Seguros, S.A.

Proposta de Seguro

5. Coberturas

	Capital
1. Custos com Acidentes	-
2. Morte do Trabalhador Seguro	-
3. Incapacidade Permanente Absoluta	-
4. Incapacidade Permanente Parcial	-
5. Incapacidade Temporária Absoluta com Internamento Hospitalar	-
6. Incapacidade Temporária Absoluta Domiciliária	-
7. Incapacidade Temporária Parcial	-
8. Assistência Clínica	-
9. Medicamentos	-
10. Despesas de Hospitalização	-
11. Funeral	-
12. Despesas de Transporte	-

6. Beneficiários (Preencher para cada um dos segurados – requisitar folha anexa de preenchimento ou enviar informação em formato digital)

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 _____ **Tratamento** Dr.(a) Exmo. (a) Sr.(a) Outro _____
Naturalidade _____ **Ligação com Pessoa Segura** _____

7. Assinaturas

O Tomador de Seguro ao assinar esta proposta garante a exactidão das declarações, nada tendo omitido que possa induzir em erro na apreciação do risco cujo seguro propõe, tal como é sua obrigação, ainda que esta tenha sido preenchida por terceiros e por si apenas assinada. Declara também que tomou conhecimento das condições contratuais aplicáveis ao seguro proposto.

Local: _____ **Data:** ____ / ____ / ____

Protteja Seguros, S.A.

Tomador do Seguro

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