

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

(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 _____

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

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

Canal de cobrança: Caixa Multicaixa Transferência bancária

4. 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:

Modalidade de Reembolso da Apólice:
 Reembolso ao Beneficiário Reembolso ao Tomador

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



Proposta de Seguro

5. Pessoas a Segurar

Estudantes

Dependentes

#	Nome próprio	Apelido	Relação com o proponente*	Data de Nascimento		
				Dia	Mês	Ano
1						
2						
3						
4						

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

6. Questionário de Saúde

Responda por favor às perguntas abaixo indicadas divulgando toda a informação pertinente se qualquer doença ou sintomatologia for do seu conhecimento ou dela se suspeite. Exemplos típicos de doenças ou sintomas são: varizes, alergias, dores de costas, paludismo, hemorróidas, problemas ginecológicos (irregularidades menstruais, etc.), problemas de ouvidos, nariz, garganta ou quaisquer dores, inchaços ou caroços.

Esta informação deve ser divulgada mesmo que não tenha sido consultado um médico e refere-se ao proponente e a todos os dependentes a segurar.

O preenchimento da informação seguinte é obrigatório para todas as pessoas seguras.

Questionário

	Proponente		Dependente 1		Dependente 2		Dependente 3		Dependente 4	
	Nome:		Nome:		Nome:		Nome:		Nome:	
Peso (Kg) _____										
Altura (Cm) _____										
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
1. Sofre ou sofreu de doenças do coração? Miocardites, Arritmias, Coronárias, Angina de peito, Enfarte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sofre ou sofreu de doenças do aparelho digestivo? Fígado, Cirrose, Hepatite, Pancreatite, Colite, Úlceras, Hénias, Diverticulos, Cálculos, Litiases.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sofre ou sofreu de doenças dos rins, vias urinárias ou genitais? Insuficiência renal, Diálise, Útero, Ovários, Prostata, Pedra no rim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sofre ou sofreu de doenças do aparelho respiratório? Enfisema, Asma, Bronquite, Tuberculose, Broquite crónica, Pneumotórax, Hemoptises.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sofre ou sofreu de doenças dos vasos ou do sangue? Hemofilia, Linfomas, Mielomas, Anemia, hipertensão arterial em tratamento, Arteriosclerose, Avc, Colesterol, Varizes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sofre ou sofreu de doenças dos ossos ou articulações? Artroses, Artrites, Hénias discais, Osteoporose.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sofre ou sofreu de doenças neurológicas ou mentais? Alzheimer, Parkinson, Escleroses, Meningite, Epilepsia, Neuropatias, Dor ciática.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sofre ou sofreu de doenças metabólicas ou endócrinas? Diabetes, Obesidade, Tíróide.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Sofre ou sofreu de doenças imunológicas ou infecciosas da pele? Sida, Miopatia, Lúpus, Fibrose quística, Psoríase, Urticária.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sofre ou sofreu de doenças dos órgãos dos sentidos? Visão, Audição.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Cancro ou outros tumores malignos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Outras doenças? (caso não conste nos grupos acima)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Proposta de Seguro

6. Questionário de Saúde (continuação)

Se seleccionou "Sim" nas perguntas anteriores, por favor, indique o número da pergunta, as patologias, especialidade, médico assistente, assim como, as respectivas datas.

Nome	Nº	Patologias	Data de diagnóstico	Especialidade	Médico Assistente	Data da última consulta
			__/__/__		Dr. (a):	__/__/__
			__/__/__		Dr. (a):	__/__/__
			__/__/__		Dr. (a):	__/__/__
			__/__/__		Dr. (a):	__/__/__
			__/__/__		Dr. (a):	__/__/__
			__/__/__		Dr. (a):	__/__/__
			__/__/__		Dr. (a):	__/__/__

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, injeções) 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 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