

ÁREA DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DA FIDELIDADE ANGOLA.

PROPOSTA Nº <input type="text"/>	APÓLICE Nº <input type="text"/>	PROPOSTA DE:
PRODUTOR _____ Nº <input type="text"/>	COBRADOR _____ Nº <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> SEGURO NOVO <input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO
FUNÇÃOÁRIO _____ Nº <input type="text"/>	VISTO ACEITAÇÃO _____ DATA <input type="text"/>	CLIENTE FIDELIDADE:
		<input type="checkbox"/> NÃO
		SIM Nº CLIENTE <input type="text"/>
		MOEDA DE CONTRATO <input type="checkbox"/> AOA

1

## TOMADOR DO SEGURO\*

(UTILIZE LETRAS MAIÚSCULAS, NÃO ABREVEIE O APELIDO, NEM OS TRÊS PRIMEIROS NOMES)

NOME \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO/CONSTITUIÇÃO DA SOCIEDADE

PROFISSÃO/ACTIVIDADE \_\_\_\_\_

B.I PASSAPORTE  DATA DE EMISSÃO

CONTRIBUINTE Nº

PESSOA COLECTIVA  PARTICULAR  SEXO M  F

MORADA \_\_\_\_\_

BAIRRO \_\_\_\_\_ MUNICÍPIO \_\_\_\_\_

CIDADE \_\_\_\_\_ PROVÍNCIA \_\_\_\_\_

TELEFONE  TELEMÓVEL

EMAIL \_\_\_\_\_

\* Preenchimento obrigatório.

2

## DADOS DA APÓLICE

INÍCIO

FORMAS DE PAGAMENTO \_\_\_\_\_ AGÊNCIA/ MULTICAIXA \_\_\_\_\_

DÉBITO EM CONTA NIB

## 3 PLANO MULTICARE FIDELIDADE A CONTRATAR

INDIQUE A OPÇÃO DE COBERTURA E CAPITAL QUE PRETENDE SUBSCREVER:

### EASY

COBERTURAS	1	2	3
Internamento	10.000.000	20.000.000	40.000.000
Medicamentos	N.A	N.A	N.A
Maternidade - Parto Cesariana			
Maternidade - Parto Normal			
Maternidade - Interrupção Involuntária da Gravidez			
Assistência Clínica em Viagem	1.000.000		
• Acompanhamento da Pessoa Segura	100.000		
Emergências Médicas em Angola	Ilimitada		

### PLUS

COBERTURAS	1	2	3	4
Internamento	10.000.000	20.000.000	40.000.000	40.000.000
Ambulatório	500.000	600.000	750.000	1.000.000
Medicamentos	50.000	60.000	75.000	100.000
Maternidade - Parto Cesariana	N.A	N.A	N.A	N.A
Maternidade - Parto Normal				
Maternidade - Interrupção Involuntária da Gravidez				
Assistência Clínica em Viagem	1.000.000			
• Acompanhamento da Pessoa Segura	100.000			
Emergências Médicas em Angola	Ilimitada			

### SMART

COBERTURAS	1	2	3	4
Internamento	10.000.000	20.000.000	40.000.000	40.000.000
Ambulatório	500.000	600.000	750.000	1.000.000
Medicamentos	50.000	60.000	75.000	100.000
Maternidade - Parto Cesariana	750.000	750.000	750.000	1.000.000
Maternidade - Parto Normal	400.000	500.000	500.000	750.000
Maternidade - Interrupção Involuntária da Gravidez	120.000	120.000	120.000	200.000
Assistência Clínica em Viagem	1.000.000			
• Acompanhamento da Pessoa Segura	100.000			
Emergências Médicas em Angola	Ilimitada			

## 4 CO-PAGAMENTOS E FRANQUIAS

Mapa de co-pagamentos e franquias aplicáveis a todos os planos:

COBERTURAS	ANGOLA			PORTUGAL			
	PRESTAÇÕES NA REDE	PRESTAÇÕES POR REEMBOLSO		PRESTAÇÕES assumidas directamente pela Fidelidade		PRESTAÇÕES POR REEMBOLSO	
		Fidelidade	Cliente	Fidelidade	Cliente	Fidelidade	Cliente
<b>Internamento Hospitalar</b> (V.min/V.máx) Despesas Hospitalares Honorários Médicos Valor Máximo de K	10% 25.000/50.000 AOA	90% 775,00 AOA	10%	90%	10% 25.000/50.000 AOA		
<b>Ambulatório</b> Consultas Análises Clínicas Ecografias Tratamentos RX Ressonância Magnética TAC Urgências	3.500,00 AOA 1.250,00 AOA 5.000,00 AOA 1.250,00 AOA 2.000,00 AOA 15.000,00 AOA 10.000,00 AOA 8.000,00 AOA	80% 80% 80% 80% 80% 80% 80% 80%	20% 20% 20% 20% 20% 20% 20%	--- --- --- --- --- --- ---	--- --- --- --- --- --- ---	80% 80% 80% 80% 80% 80% 80%	20% 20% 20% 20% 20% 20%
Parto Normal	50.000,00 AOA	50%	50%	*	50.000,00 AOA		
Cesariana	50.000,00 AOA	50%	50%	*	50.000,00 AOA		
Interrupção Invol. da Gravidez	50.000,00 AOA	50%	50%	*	50.000,00 AOA		
Medicamentos N.A	N.A	80%	20%			80%	20%
Assistência Clínica em Viagem	0%						
Emergências Médicas em Angola	0%						

\* Remanescente a cargo da Fidelidade.

## 5 OUTROS SEGUROS

O RISCO PROPOSTO ESTÁ ABRANGIDO POR OUTRO(S) TIPO DE SEGURO?

NÃO

SIM

SE SIM, INDIQUE A SEGURADORA: \_\_\_\_\_

INÍCIO DA APÓLICE

D | D | M | M | A | A | A | A

FIM DA APÓLICE

D | D | M | M | A | A | A | A

6

## PESSOAS SEGURAS\*

(UTILIZE LETRA DE IMPRENSA, NÃO ABREVE O APELIDO, NEM OS TRÊS PRIMEIROS NOMES)

### PESSOA SEGURA 1

NOME \_\_\_\_\_  
NOME ABREVIADO PARA O CARTÃO \_\_\_\_\_ DATA DE NASCIMENTO 

D	D	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

  
CONTRIBUINTE Nº 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 SEXO M F  
EMAIL \_\_\_\_\_  
TELEFONE 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 TELEMÓVEL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

  
PROFISSÃO \_\_\_\_\_

### PESSOA SEGURA 2

GRAU DE PARENTESCO COM A PESSOA SEGURA 1 \_\_\_\_\_  
NOME \_\_\_\_\_  
NOME ABREVIADO PARA O CARTÃO \_\_\_\_\_ DATA DE NASCIMENTO 

D	D	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

  
CONTRIBUINTE Nº 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 SEXO M F  
EMAIL \_\_\_\_\_  
TELEFONE 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 TELEMÓVEL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

  
PROFISSÃO \_\_\_\_\_

### PESSOA SEGURA 3

GRAU DE PARENTESCO COM A PESSOA SEGURA 1 \_\_\_\_\_  
NOME \_\_\_\_\_  
NOME ABREVIADO PARA O CARTÃO \_\_\_\_\_ DATA DE NASCIMENTO 

D	D	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

  
CONTRIBUINTE Nº 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 SEXO M F  
EMAIL \_\_\_\_\_  
TELEFONE 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 TELEMÓVEL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

  
PROFISSÃO \_\_\_\_\_

### PESSOA SEGURA 4

GRAU DE PARENTESCO COM A PESSOA SEGURA 1 \_\_\_\_\_  
NOME \_\_\_\_\_  
NOME ABREVIADO PARA O CARTÃO \_\_\_\_\_ DATA DE NASCIMENTO 

D	D	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

  
CONTRIBUINTE Nº 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 SEXO M F  
EMAIL \_\_\_\_\_  
TELEFONE 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 TELEMÓVEL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

  
PROFISSÃO \_\_\_\_\_

\* Preenchimento obrigatório.

## 7 DECLARAÇÕES

Para efeitos de celebração do presente contrato de seguro, declaro que:

1. São exactas e completas as declarações por mim prestadas e tomei conhecimento de todas as informações necessárias à celebração do presente contrato, tendo-me sido entregues as respectivas Condições Gerais e Especiais, para delas tomar integral conhecimento, e prestados todos os esclarecimentos sobre as mesmas condições, nomeadamente sobre garantias e exclusões, com as quais estou de acordo.
2. Autorizo a consulta dos dados pessoais disponibilizados, sob regime de absoluta confidencialidade, às empresas que integram o grupo desde que compatível com a finalidade da recolha dos mesmos.
3. Autorizo a FIDELIDADE ANGOLA - COMPANHIA DE SEGUROS, S.A. a proceder à recolha de dados pessoais complementares junto de organismos públicos, empresas especializadas e outras unidades económicas, tendo em vista a confirmação ou complemento dos elementos recolhidos necessários a gestão da relação contratual.
4. Autorizo a FIDELIDADE ANGOLA - COMPANHIA DE SEGUROS, S.A., a efectuar se assim o entender, o registo das chamadas telefónicas que forem realizadas, no âmbito da relação contratual ora proposta, quer em fase de formação do contrato, quer durante a vigência do mesmo, e bem assim a proceder à sua utilização para quaisquer fins lícitos, nomeadamente, para execução dos serviços contratados, para melhoramento e controlo dos mesmos e como meio de prova.

Os dados recolhidos serão processados e armazenados informaticamente e destinam-se à utilização nas relações contratuais com a FIDELIDADE ANGOLA-COMPANHIA DE SEGUROS, S.A. e seus subcontratados. As omissões, inexactidões e falsidades, quer no que respeita a dados de fornecimento obrigatório, quer facultativo, são da responsabilidade do Cliente.

Os dados recolhidos bem como aqueles que vierem a ser fornecidos aquando da participação de um sinistro serão comunicados à Agência Angolana de Regulação e Supervisão de Seguros (ARSEG) para a constituição do Ficheiro Nacional de sinistros e fraudes.

Os dados agora recolhidos poderão ser comunicados à Agência Angolana de Regulação e Supervisão de Seguros (ARSEG) para a constituição da Base de Dados "Prémios Não pagos", sempre que, sem fundada justificação, os tomadores de seguro não satisfizerem as suas obrigações de pagamento relativamente aos contratos de seguro que celebrarem.

Os interessados podem ter acesso à informação que lhes diga directamente respeito, solicitando a sua correcção, aditamento ou eliminação mediante contacto directo ou por escrito, nos balcões da Companhia.

Esta informação não dispensa a leitura atenta das Condições Gerais, especiais e particulares do contrato.

CONFIRME SE RESPONDEU A TODAS AS QUESTÕES. SE TIVER SIDO OUTRA PESSOA A RESPONDER A ESTE FORMULÁRIO,  
NÃO ASSINE SEM CONFIRMAR QUE TODAS AS RESPOSTAS SÃO EXACTAS.

O MEDIADOR

DATA

O TOMADOR DO SEGURO

LOCAL \_\_\_\_\_ DATA