

3 COBERTURAS

COBERTURAS	POPULAR
	1
Linha de Atendimento Clínico	X
Nº de consultas na Linha de Atendimento Clínico	Ilimitado
Subsídio Diário por Internamento Hospitalar	5.000.00 AOA/Dia (max.150.000 AOA)

4 PRÉMIO

PRÉMIO TOTAL

Prémio Total em função do número de pessoas incluídas na apólice conforme tabela seguinte:

Popular 1	PRÉMIOS TOTAIS (AOA)
Total por Pessoa	5.000,00
Total por Família	10.000,00

5 OUTROS SEGUROS

O RISCO PROPOSTO ESTÁ ABRANGIDO POR OUTROS TIPO DE SEGURO?

NÃO SIM SE SIM, INDIQUE A SEGURADORA: _____

INÍCIO DA APÓLICE FIM DA APÓLICE

6 PESSOAS SEGURAS*

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

PESSOA SEGURA 1

NOME _____

CONTRIBUINTE Nº SEXO M F DATA DE NASCIMENTO

TELEFONE TELEMÓVEL

E-MAIL _____

PROFISSÃO _____

PESSOA SEGURA 2

GRAU PARENTESCO COM A PESSOA SEGURA 1 _____ SEXO M F DATA DE NASCIMENTO

NOME _____

CONTRIBUINTE Nº TELEF./TELEM.

E-MAIL _____ PROFISSÃO _____

PESSOA SEGURA 3

GRAU PARENTESCO COM A PESSOA SEGURA 1 _____ SEXO M F DATA DE NASCIMENTO

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

NOME _____

CONTRIBUINTE Nº

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

 TELEF./TELEM.

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

E-MAIL _____ PROFISSÃO _____

PESSOA SEGURA 4

GRAU PARENTESCO COM A PESSOA SEGURA 1 _____ SEXO M F DATA DE NASCIMENTO

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

NOME _____

CONTRIBUINTE Nº

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

 TELEF./TELEM.

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

E-MAIL _____ PROFISSÃO _____

PESSOA SEGURA 5

GRAU PARENTESCO COM A PESSOA SEGURA 1 _____ SEXO M F DATA DE NASCIMENTO

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

NOME _____

CONTRIBUINTE Nº

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

 TELEF./TELEM.

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

E-MAIL _____ PROFISSÃO _____

PESSOA SEGURA 6

GRAU PARENTESCO COM A PESSOA SEGURA 1 _____ SEXO M F DATA DE NASCIMENTO

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

NOME _____

CONTRIBUINTE Nº

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

 TELEF./TELEM.

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

E-MAIL _____ PROFISSÃO _____

PESSOA SEGURA 7

GRAU PARENTESCO COM A PESSOA SEGURA 1 _____ SEXO M F DATA DE NASCIMENTO

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

NOME _____

CONTRIBUINTE Nº

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

 TELEF./TELEM.

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

E-MAIL _____ PROFISSÃO _____

PESSOA SEGURA 8

GRAU PARENTESCO COM A PESSOA SEGURA 1 _____ SEXO M F DATA DE NASCIMENTO

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

NOME _____

CONTRIBUINTE Nº

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

 TELEF./TELEM.

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

E-MAIL _____ PROFISSÃO _____

PESSOA SEGURA 9

GRAU PARENTESCO COM A PESSOA SEGURA 1 _____ SEXO M F DATA DE NASCIMENTO

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

NOME _____

CONTRIBUINTE Nº

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

 TELEF./TELEM.

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

E-MAIL _____ PROFISSÃO _____

* Preenchimento obrigatório.

6 DECLARAÇÕES

Confirmando que todas as declarações e respostas acima prestadas são completas e verdadeiras, integrando a presente Proposta de Seguro Saúde Popular. 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.
5. Em caso de fraccionamento, autorizo a Fidelidade Angola a proceder ao débito directo nas datas dos vencimentos dos recibos.

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