

AGÊNCIA: _____ SEGURO NOVO ALTERAÇÃO

MEDIADOR: _____ CÓDIGO DO MEDIADOR: _____ REFERÊNCIA N°: _____

INÍCIO DO CONTRACTO [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] FIM DO CONTRACTO [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

DURAÇÃO DO CONTRACTO: _____ ANO SEGUINTE

FORMA DE PAGAMENTO: ANUAL SEMESTRAL TRIMESTRAL MENSAL

NOTA: Pagamentos diferentes de Anual, serão sujeitas a análise da Direcção Técnica e reservam-se para Seguros de Empresas. O Pagamento mensal só será aceite se efectuado por débito directo em conta e mediante aprovação.

TOMADOR DO SEGURO

NOME/SIGLA: _____

MORADA: _____

LOCALIDADE: _____ TELEFONE: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

E-MAIL: _____ NIF: []

PROFISSÃO: _____

DATA DE NASCIMENTO: [] B.I. N° []

ESTADO CÍVIL: _____ SEXO: F M

SEGURADO

NOME/SIGLA: _____

MORADA: _____

LOCALIDADE: _____ TELEFONE: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

E-MAIL: _____ NIF: []

PROFISSÃO: _____

DATA DE NASCIMENTO: [] B.I. N° []

ESTADO CÍVIL: _____ SEXO: F M

DÉBITO EM CONTA

IDENTIFICAÇÃO DO TOMADOR DO SEGURO/TITULAR CONTA

NOME _____

B.I. Nº _____ NIF: _____ TELEFONE: _____

BANCO _____

IBAN/NIB _____

DATA _____ LOCAL _____

Assinatura do Titular da conta

MODALIDADE DO SEGURO

SEGURO INDIVIDUAL (Por favor, preencher a lista)

BENEFICIÁRIOS DO SEGURO	GRAU DE PARENTESCO

SEGURO EMPRESA (Lista das Pessoas Seguras deve ser enviada à Global Seguros, S.A.)

Nº DE PESSOAS SEGURAS: _____

(Todas as alterações que afectem o contracto deverão ser comunicadas à Seguradora no prazo de 8

OPÇÕES DE CAPITAL A CONTRATAR

Opção I 1.000.000,00 AOA

Opção II 1.500.000,00 AOA

DECLARAÇÃO DE SAÚDE E EMPREGO (Preenchimento obrigatório)

Declaro que estou de boa saúde e que no último ano não estive sujeito a qualquer tratamento médico regular nem fui aconselhado a ser hospitalizado para me submeter a uma intervenção cirúrgica ou a tratamento médico. Mais declaro que, nos últimos três anos, não interrompi a minha actividade profissional por motivos de saúde durante mais de três semanas consecutivas e que estou actualmente a exercê-la normal e regularmente. Declaro ainda que sei que as omissões ou falsas declarações conduzem à nulidade da minha adesão ao presente contrato.

Proponente

SIM NÃO

SE RESPONDEU NÃO À DECLARAÇÃO DE SAÚDE E EMPREGO

ELEMENTOS RELATIVOS AO PROPONENTE / PESSOA SEGURA:

Já o aconselharam a consultar um médico, a ser hospitalizado, a submeter-se a algum tratamento ou intervenção cirúrgica? SIM NÃO

Sofre ou sofreu de alguma doença grave ou crónica (cardíaca, pulmonar, diabetes, albumina, reumatismo agudo, depressão nervosa, poliomielite, etc)? SIM NÃO

Tem ou teve alguma doença que o tenha obrigado a interromper a sua actividade laboral durante mais de 15 dias consecutivos nos últimos 5 anos? SIM NÃO

Tem alguma alteração física ou funcional, teve algum acidente grave, foi submetido a alguma intervenção cirúrgica ou recebeu alguma transfusão de sangue? SIM NÃO

Já foi submetido a testes de despistagem de seropositividade de HIV, Hepatite "B" ou "C"? Há ou houve na sua família casos de doenças hereditárias? SIM NÃO

Já lhe foi recusada a celebração de um seguro de vida, de doença ou de acidentes pessoais, ou o mesmo foi celebrado em condições especiais? SIM NÃO

É reformado? SIM NÃO

Fuma? SIM NÃO

Consome bebidas alcoólicas? SIM NÃO

Pratica desporto? SIM NÃO

SIM NÃO

Qual/Quais?

De Competição? SIM NÃO

PROPONENTE

PESO: _____ Kg ALTURA _____ m TENSÃO ALTERIAL: Min _____ Max _____

Se respondeu SIM a alguma das questões, especifique e pormenorize abaixo:

SEGUROS EXISTENTES NA GLOBAL SEGUROS

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> ACIDENTES DE TRABALHO | <input type="checkbox"/> CONSTRUÇÃO E/OU MONTAGEM | <input type="checkbox"/> MERCADORIAS TRANSPORTADAS |
| <input type="checkbox"/> AUTOMÓVEL | <input type="checkbox"/> MULTIRRISCOS HABITAÇÃO | <input type="checkbox"/> RESPONSABILIDADE CIVIL |
| <input type="checkbox"/> AVIAÇÃO | <input type="checkbox"/> MULTIRRISCOS EMPRESA | <input type="checkbox"/> OUTROS |

CONTRACTOS COM OUTRAS SEGURADORAS

O risco que pretende cobrir está ou esteve, no seu todo ou em parte noutra seguradora? SIM NÃO

Se sim, indique qual a seguradora _____ Nº Apólice _____ Prémio _____

A apólice está anulada? _____ Qual o motivo? _____

Teve quantos sinistros este ano? _____

PRÉMIOS EM DÍVIDA

Relativamente aos mesmos contratos de seguro, existem quaisquer débitos por liquidar à anterior seguradora?

SIM NÃO

DECLARAÇÃO

1. São exactas e completas as declarações por mim prestadas e que tomei conhecimento de todas as informações necessárias à celebração do(s) presente(s) contrato(s), tendo-me sido entregues as respectivas Condições Gerais, 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. Tanto o Tomador do Seguro como a(s) Pessoa(s) Segura(s) declaram ter tomado conhecimento da possibilidade de realização de Exames Médicos e/ou Exames Auxiliares de Diagnóstico que se tornem necessários, nomeadamente pela conjugação do Capital com a idade da Pessoa Segura ou por força da existência de outros seguros de vida.
 3. Autorizo a cedência dos dados pessoais disponibilizados, sob o regime de absoluta confidencialidade, à Global Seguros, desde que compatível com a finalidade de recolha dos mesmos.
 4. Autorizo que se proceda 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 à gestão da relação contratual.
 5. Autorizo a Seguradora a efectuar, se assim o entender, o registo magnético das chamadas telefónicas que forem realizadas, no âmbito da relação contratual ora proposta, quer na 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.
 6. Os dados recolhidos serão processados e armazenados informaticamente e destinam-se à utilização nas relações contratuais com a Seguradora 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 interessados podem ter acesso à informação que lhes diga directamente respeito, solicitando a sua correcção, aditamento ou eliminação, mediante contacto directo ou por escrito com os balcões da Global Seguros.

_____ a _____ de _____ de _____

(Assinatura do Tomador de Seguro)

(Assinatura da Pessoa Segura)